

dans les premiers abcès et "Pus amicrobien" dans les derniers.

Quant aux malades de Hagen-Torn-Shebrowski ce sont 3 hommes chez lesquels des complications apparurent 6 ou 7 semaines après la descente de la température à la normale (21)

Le premier, 16 ans, fait abcès au crâne et au tibia.

Le deuxième, 20 ans, fait abcès aux deux tibias.

Et le troisième, 29 ans, fait six localisations consécutives: phalange digitale, les deux tibias, olécrane gauche, cubitus gauche; de nouveau, le tibia gauche, la 9e côte droite et 4 semaines plus tard, encore le tibia gauche. L'examen bactériologique décela la présence du bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Comme vous l'avez sans doute remarqué, le bacille d'Eberth paraît avoir une prédilection toute particulière pour le tibia mais la vérité est que tous les os longs semblent favoriser sa colonisation. Ainsi, les côtes sont assez fréquemment atteintes comme en témoigne Woplanski (22) et le cas si étrange rapporté par Buschke (23). Il s'agit d'une femme de 66 ans qui fit une typhoïde en 1886 et 7 ans plus tard une ostéo périostite suppurée des côtes dont le pus donna du bacille typhique pur.

Quinke (24) chez 9 typhiques autopsiés trouva 8 fois le bacille d'Eberth dans la moelle des côtes. De fait, la moelle osseuse est un des endroits affectés par l'agent causal de la typhoïde. Wissokowitsch (25), Chantemesse et Widal (26) et Janoski (27) ont déjà d'ailleurs attiré l'attention sur cette localisation préférentielle. Et la chose n'a rien qui doive nous étonner puisque la fièvre typhoïde est une bacillémie.

Nous ne saurions passer sous silence les localisations à l'épine dorsale, si fréquentes à la vérité. De tous côtés on en rapporte un si grand nombre d'observations qu'il faut regarder cette complication osseuse spinale comme une des plus habituelles.

Gibney, le premier, semble l'avoir décrite. Et Lord (28) en 1902 en rapporte 26 cas cueillis dans la littérature médicale. Virchowsky (29) cite le cas d'un jeune homme de 18 ans qui, plusieurs mois après une typhoïde, manifesta des douleurs aiguës aux corps vertébraux avec contracture musculaire du voisinage et rigidité. Après quelques semaines de repos et d'immobilisation tout rentra dans l'ordre.

Arnson (30) cite le cas d'un malade qui 3 mois après une fièvre typhoïde fait de même une spondylite aiguë qui cède à un repos de 3 mois. La séro réaction de Widal, refaite de nouveau pour la circonstance fut nettement positive.

Un collègue canadien, Halpenny, de Winnipeg, après avoir rapporté un cas personnel (31) résume les observations de 72 autres spondylites typhiques. Fraenkel témoigne qu'à l'autopsie le bacille d'Eberth se trouve tout aussi bien dans les vertèbres que dans les autres os.

Généralement, ces spondylites éberthiennes ont un début assez insidieux; le malade se plaint d'abord d'un simple malaise. Mais la douleur augmente bientôt et devient aiguë

exquise quelquefois. On trouve souvent qu'il y a difformité, déviation spinale, contracture musculaire mais il ne peut y avoir prééminence des apophyses épineuses que s'il s'est produit une destruction, un affaissement des corps vertébraux. Ce n'est que dans ces cas extrêmes que la moelle est *secondairement* prise bien qu'elle puisse être affectée isolément et *primairement*.

Enfin, pour résumer la question en quelques points, voici nos conclusions:

Les complications ostéo périostiques de la fièvre typhoïde sont:

1o. Fréquentes.

2o. Elles se manifestent, plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, voire même plusieurs années après la maladie première.

3o. Elles affectionnent le système osseux et particulièrement les os longs et tout spécialement ceux du membre inférieur.

4o. Leur évolution est variable mais se ramène à 4 types qui sont:

A. La forme *aiguë simplement congestive*: douleurs vagues, puis localisées, exaspérées par le mouvement ou la pression. Elles durent de quelques jours à 2 ou 3 semaines et sont souvent suivies d'une hypertrophie locale assez persistante.

B. La forme *aiguë suppurée* dont l'évolution est plus rapide et plus intense que la précédente. Elle conduit à la formation d'une collection suppurée excessivement douloureuse.

C. La forme *chronique hyperplasique* où la localisation éberthienne se fait sans réaction intense. Tout a ici une allure tonpide, parfois se produit un réveil sous aigu passager mais tout se calme définitivement pour laisser persister une exostose manifeste.

D. La forme *chronique suppurée*, véritable abcès froid, d'évolution lente et indolente où le volume de la collection et non la douleur invite le bistouri du chirurgien.

5o. Etiologie: —

Microbienne. Le bacille d'Eberth, soit seul, soit associé au streptocoque, tous deux font bon ménage, soit associé au staphylocoque dont la virulence augmente dans cette association tandis que celle du bacille d'Eberth diminue, et soit enfin, en compagnie du colibacille responsable de la formation de gaz dans les collections purulentes.

6o. Evolution: Lente toujours, peu importe le type aigu ou indolent, l'ostéo périostite traîne en longueur, prend beaucoup de temps à guérir.

7o. Traitement:

Immobilisation, révulsifs et glace loco dolenti, au début. Si les phénomènes s'accroissent d'incision hâtive suivie de désinfection à la tr. d'iode et d'un empaquetage antiseptique hâteront la guérison,

BIBLIOGRAPHIE

1. Neuhaus. — Berlin Klin. Woch. 1886.
2. Rutimeyer. — Centralbl. f. Klin. Med. 1887.
3. Achalmé. — Comptes-rendus Soc. Biol. 1890.