

et les vaisseaux sanguins; et dès ce moment, nous sommes en face d'une septicémie d'une véritable "infection générale" comme la définit Osler (18).

Ajoutons que chez le nourrisson dont l'infection typhique est "congénitale" les lésions intestinales n'existent à peu près pas et l'infection est ici de règle, une septicémie. C'est l'opinion qu'exprimaient tout récemment Triboulet et Boyer (17). Enfin Marfan, parlant d'expérience, n'a-t-il pas osé en axiome que: "Chez l'enfant du 2e âge la fièvre typhoïde est bien plus une septicémie qu'une entérite éberthienne."

Dès lors, on comprend facilement qu'à la suite de cette infection généralisée, de nombreuses complications se puissent rencontrer et parmi celles-ci nous allons étudier les ostéo périostites (typhiques) en nous appuyant sur un certain nombre de cas observés dans notre service hospitalier.

LES OSTEO-PERIOSTITES TYPHIQUES

Adélard P. (obs. pers. No 1628) 22 ans se présente à l'hôpital pour tuméfactions douloureuses aux deux jambes.

Antécédents: — Rougeole à 6 ans. Fièvre typhoïde en sept octobre 1909. Il reprend ses occupations en octobre et travaille 3 semaines alors que subitement et sans aucun traumatisme il est pris de douleurs *simultanément* dans les deux tibias, et entre à l'hôpital.

Examen: — Pouls 90 Temp. 103 degrés. Pale, l'air souffrant.

A l'inspection des jambes, on remarque une tuméfaction de 3 x 3 pouces sur la face antérieure de la jambe droite et une autre de 1 x 2 pouces sur la face antérieure de la jambe gauche. Toutes deux siègent à mi-jambe, mais la droite est exquisement douloureuse et présente un point de ramollissement, celle de gauche est moins douloureuse mais plus dure. Serro diagnostique était positif, nous concluons à des foyers d'ostéo périostite, relevant du bacille d'Eberth. L'incision du foyer droit donne issue à un pus épais — ostéo périostite suppurée. A gauche, pas de pus, simple infiltration inflammatoire — ostéo périostite hypertrophique. Le rapport du pathologiste est ainsi libellé:

Examen de pus: — Ce pus a donné une culture pure de bacille d'Eberth. Ce bacille a été identifié par les cultures et par l'agglutination en présence de sérum typhique. (Bernier).

Lorsqu'on étudie l'histoire clinique des typhiques, surtout l'histoire de ceux que l'on peut suivre longtemps après la convalescence, on s'aperçoit bientôt que les complications du côté du système osseux, relevant du bacille d'Eberth sont loin d'être rares.

Keen, le premier croyons-nous, avec démonstrations cliniques à l'appui, releva ce fait dans sa "Toner Lecture" (19) étude qu'il donna en 1876 au Smithsonian Institute de Washington. Dans ce magistral mémoire, il montra combien les complications osseuses sont fréquentes au déclin de la fièvre typhoïde.

A cette époque, Eberth n'avait pas encore isolé son ba-

cille et conséquemment il ne pouvait être question que d'observations cliniques. Plus tard, les bactériologistes vinrent confirmer la véracité des observations dues au sens clinique du chirurgien américain. Ici encore, la clinique avait devancé le laboratoire.

L'observation suivante est tout aussi caractéristique quo lap ramière. Aimé P. (obs. pers. 1666) 24 ans, vu avec notre collègue M. le Dr Hingston fait en Octobre une fièvre typhoïde dont il relève bien. Notons dans ses antécédents une autre typhoïde en 1903. Pas de tuberculose. Fin novembre, apyrexie jusqu'au 4 décembre alors que paraît au tibia gauche une douleur si vive et si intense qu'il est impossible au malade de dormir.

A l'examen, on trouve à mi-jambe région antérieure, une plaque de 1 pouce de diamètre, rouge, soulevée et très sensible au centre où il y a ramollissement. De plus, à mi-cubitus gauche, on découvre une plaque rouge et sensible apparue 2 jours avant.

Janvier 1910. Le foyer du tibia s'est ouvert spontanément — ostéo périostite aigue suppurée.

Le foyer cubital a rétrogradé assez rapidement — ostéo périostite aigue congestive.

Remarquons que chez ce deuxième malade le tibia est encore en cause. De même en était-il chez une fillette de 15 ans M. G. (obs. pers. 15) qui, en convalescence de typhoïde développe une ostéo périostite aigue suppurée de son tibia. Est-ce à dire que le tibia possède le monopole exclusif des complications osseuses éberthiennes? Certes non. Aussi relevons-nous parmi nos observations cliniques celle d'un malade, M. A. G. (obs. pers. 114) 18 ans, qui, après 15 jours d'apyrexie développe un abcès éberthien profond dans chaque cuisse, abcès qu'il fallut ouvrir et drainer: ostéo périostite aigue suppurée.

Telle autre encore: Rose L. (obs. pers. 1416) qui fait une poussée douloureuse à l'ischion après une période de 15 jours d'apyrexie en convalescence de fièvre typhoïde et développe à cette région un abcès qu'il faut ouvrir.

De fait, tous les os, semble-t-il, peuvent présenter des localisations du bacille d'Eberth, localisations qui amènent des réactions variées mais où domine toujours la "douleur aigue".

Parmi les observations publiées sur ce sujet, il en est deux, de particulièrement intéressantes. Ce sont celles de Laignel-Lavastine et celle de Hagen-Torn-Shebrovski.

Voici la première telle que rapportée à la Société Médicale des Hôpitaux. (20)

Femme de 50 ans. Typhoïde à rechutes avec abcès qui la retiennent 9 mois au lit avant de guérir. Au déclin de sa fièvre typhoïde elle fait:

- 1o Abcès à la face interne du tibia gauche.
- 2o " du tibia droit.
- 3o " du 1-3 sup. du cubitus gauche.
- 4o " du fémur droit.
- 5o " a partie supéro ext. de la jambe droite.
- 6o " au 1-3 sup. du fémur gauche.
- 7o " aux côtes inférieures gauches.

L'examen bactériologique a donné: "Entérocoques"