

trémities des os longs, dans le diploé des os plats et même dans le canal médullaire (Escarraguel, Dupuytren, Ph. Boyer).

R. Volkmann signale un cas de *cysticerque des os*, développé dans une phalange.

Symptômes. — Quelle que soit la nature du kyste, la marche de l'affection est constamment la même; au début la tumeur est dure, le plus souvent indolente, sans changement de couleur à la peau; bientôt elle augmente de volume et donne à la main qui la presse la sensation d'une crépitation comparable au froissement du parchemin sec. Ce bruit est dû à la dépression de la lame osseuse amincie; pendant la compression cette coque osseuse se déprime, aussi arrive-t-il quelquefois qu'au bout de quelques tentatives on ne sent plus la crépitation, car l'os est tout à fait déprimé, et ce n'est que plus tard, lorsque la coque a repris sa forme, que l'on peut percevoir la même sensation. Quand les progrès de la tumeur ont complètement détruit la portion osseuse, le périoste est soulevé; on peut alors sentir la fluctuation; la peau a conservé sa coloration normale, elle est tendue en avant de la tumeur.

Si la maladie existe à l'une des mâchoires, la mastication est difficile, les sons ne sont plus articulés qu'avec peine. Le kyste s'est-il développé dans les os de la tête ou du rachis, on observe des signes de compression cérébrale, des vertiges, de la paralysie, etc. Si le kyste a pris naissance dans le corps d'un os long, celui-ci n'est bientôt plus assez solide pour supporter le poids du corps ou pour obéir à la contraction des muscles; c'est alors que des fractures dites *spontanées* se produisent au plus léger mouvement; celles-ci, réduites et tenues dans l'immobilité, ne se consolident pas.

Cette affection marche avec une excessive lenteur, mais tôt ou tard le kyste prend un accroissement qui nécessite l'intervention de l'art. On a vu des kystes hydatiques s'ouvrir dans les articulations et développer une *arthrite aiguë*.

Le *diagnostic* est excessivement obscur, sinon impossible au début. Plus tard, les parois de la poche deviennent minces: on peut sentir la crépitation particulière que nous avons signalée, on reconnaît donc un kyste, mais la ponction exploratrice seule peut faire reconnaître la présence et la nature du liquide.

Le *pronostic* est toujours sérieux; les kystes multiloculaires sont plus graves que les autres, à cause du développement énorme qu'ils présentent parfois.

Traitement. — Les kystes des os ne guérissent que par l'ouverture et la suppuration du foyer, au moins tel est le procédé qui a été suivi jusqu'ici par les chirurgiens. Cette ouverture est faite avec l'instrument tranchant ou avec les caustiques; des injections détersives, excitantes, favoriseront la sortie du liquide, empêcheront la putréfaction et provoqueront la suppuration de la membrane sécrétante.

Si le kyste renfermait des hydatides, il serait largement ouvert, soit avec le bistouri, soit à l'aide d'une ou plusieurs couronnes de trépan ou la scie. On enlèverait alors toutes les hydatides, on extrairait avec soin leur enveloppe commune, on la désorganiserait par des caustiques introduits dans le foyer à l'aide de bourdonnets de charpie ou par le fer rouge. Une suppuration très-abondante suit cette opération et pendant ce temps l'os revient peu à peu sur lui-même.

Aux membres, la *résection* est quelquefois préférable à l'opération que nous avons décrite plus haut; cependant on ne pourra l'appliquer que dans les cas où le kyste est peu volumineux. S'il s'étendait dans le canal médullaire d'un os long, l'*amputation* serait l'opération indiquée.

BIBLIOGRAPHIE. — Bordenave, *Mém. sur quelques exost. de la mach. inf.*, in *Mém. de l'Ac. roy. de chirurg.*, 1774, t. V, p. 338. — Dupuytren, *Leçons orales de clin. chir.*, 1833, t. III, p. 1. — Dezeimeris, *Note add. à une obs. de M. Fricke, etc.*, in *L'Expérience*, 1838, t. I, p. 529. — Escarraguel, *Des hydatides du tissu osseux*, thèse de Montpellier, 1838, n° 51. — A. Bérard, *Jour. de méd. ou Rép. gén. t. XXII*, p. 510 et *Diction. en 30 vol.* 2^e éd., 1840, t. XXII, p. 150. — Gerdy, *Mal. des org. du mouv.*, 1855, p. 283. — Davaine, *Traité de Entozoaires*, 1860, p. 548. — R. Volkmann, *Knochen cysten. Parasitäre Knochengeschwülste, etc.*, in *Handb. d. allg. u. speciell. Chirurgie v. Pitha u. Billroth*, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 482 et 487 (Bibliogr.), Erlangen, 1865. — P. Broca, *Traité des tumeurs* t. II, 1^{re} part, p. 124, 1869.

ART. VI. — AFFECTIONS SYPHILITIKES DES OS.

Connues depuis longtemps, ces lésions ont été plus spécialement étudiées dans ces dernières années par Dufour, L. Gosselin, R. Virchow, Cornil et Ranvier, Parrot, etc.

En traitant des diverses affections inflammatoires des os, nous avons déjà dit que la périostite, l'ostéite, la carie, la nécrose pourraient avoir une origine syphilitique; mais ces dernières lésions ne présenteraient rien de spécial au point de vue anatomopathologique et n'offriraient de caractères que par leur siège, leur aspect d'en-

semble et surtout leur cause, nous n'y reviendrons donc pas. Cependant il existe aussi une ostéo-périostite, voire même une ostéo-myélite franchement syphilitique, décrite encore sous les noms : d'*ostéite gommeuse* (R. Virchow, R. Volkmann, etc.), d'*ostéo-périostite gommeuse*, de *périostite gommeuse* ou *périostose gommeuse*, etc., selon que la production nouvelle, la *gomme*, est située profondément ou superficiellement dans l'os même ou sous le périoste.

Ici donc, comme pour les affections inflammatoires des os, on s'est efforcé de localiser la lésion et de distinguer une périostite d'une ostéite ou d'une ostéomyélite, ce qui n'est pas toujours possible.

§ 1. — Gommages des os.

Les gommages des os sont des manifestations de la syphilis arrivée à sa 3^e période.

Il ne faut pas les confondre à cet égard avec les *périostites* ou mieux *ostéo-périostites* franchement inflammatoires qui apparaissent avec fréquence au crâne, sur les côtes, le sternum, voire même dans d'autres points du système osseux, et cela dès le début de la syphilis acquise ou même constitutionnelle.

Ces dernières lésions osseuses peuvent survenir peu de jours après le chancre et à l'approche des phénomènes secondaires de la syphilis (Fournier, Mauriac, etc.). Ajoutons enfin que ces périostites ou ostéo-périostites peuvent donner lieu à des exostoses, et qu'elles disparaissent assez vite par un traitement *mixte*.

Anatomie pathologique. — Les gommages des os se développent surtout dans les os superficiellement placés, comme le tibia, la clavicule, le cubitus, les os du crâne et du nez. Elles présentent deux formes, selon qu'elles sont circonscrites (*ostéite gommeuse* de Lancereaux) ou diffuses (*ostéite diffuse* de Lancereaux).

Les gommages circonscrites, bien étudiées aux os du crâne par Virchow, sont situées d'abord sous le périoste externe de ces os, quelquefois cependant entre eux et la dure-mère. La néoformation gommeuse (1) constitue une sorte de cône qui pénètre le tissu osseux et en détermine la raréfaction; aussi lorsque la gomme se transforme et se résorbe, en résulte-t-il une cicatrice déprimée, étoilée, à bords sclérosés, taillés à pic et dont le fond peut être formé par du tissu fibreux. Ces cicatrices, désignées à tort sous le nom de *carie sèche*.

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, 1^{re} partie, p. 186, Paris, 1869.

syphilitique par Virchow, sont entourées d'un tissu osseux sclérosé et parfois d'ostéophytes plats (Cornil et Ranvier) offrant l'aspect de la mousse (R. Volkmann).

On a décrit aussi des gommages circonscrites situées profondément dans le tissu osseux ou même dans le canal médullaire des os longs (*ostéo-myélite gommeuse*) et dans le diploé des os plats (Ricord, Dittich, etc.). Ces gommages profonds peuvent supprimer et déterminer des nécroses plus ou moins étendues, voire même les caries des os (Lancereaux), fait qui ne nous paraît pas bien démontré.

Les gommages diffuses des os sont très-fréquentes à la voûte du palais et dans les os placés superficiellement (Cornil et Ranvier). La néoformation se développe à la fois dans l'os et sous le périoste; d'abord molle, rosée, gélatiniforme, elle ne tarde pas à prendre une consistance plus grande et à devenir opaque et blanchâtre. À l'examen microscopique on constate l'existence d'une ostéite raréfiante, et dans les espaces médullaires agrandis on rencontre des nodules gommeux, qui se distinguent des produits tuberculeux par la persistance des vaisseaux qui pénètrent dans la production morbide (Cornil et Ranvier).

Ces gommages diffusés peuvent se résorber, sous l'influence d'une thérapeutique normale; d'autre part, comme les gommages circonscrites, elles peuvent donner naissance à des exostoses, à des hypérostoses, enfin à des séquestres de nécrose. Au lieu d'être éburrés, ces séquestres seraient creusés de cavités renfermant une matière caséuse, reste probable de la néoformation gommeuse plus ou moins transformée (Cornil et Ranvier).

Quelques auteurs, à propos de la nécrose syphilitique des os, ont insisté sur la disposition annulaire, serpiginieuse des ulcérations osseuses (Föllin).

Symptomatologie. — Les phénomènes sont variables, selon la lésion déterminée par la gomme et les accidents qui peuvent survenir.

En général, les gommages des os se traduisent par l'apparition locale de deux symptômes : la douleur et la tuméfaction.

Les douleurs dites *douleurs ostéocopes* sont d'abord vagues, mal délimitées; peu à peu, elles se localisent et deviennent profondes, parfois même déchirantes, térébrantes. Ces douleurs sont nocturnes, semblent dues à la chaleur du lit et se manifestent surtout dans les premières heures de la nuit, d'où l'insomnie dont se plaignent les malades.

Le gonflement est plus ou moins marqué selon le siège de la lésion

et sa nature. Si l'on a affaire à une gomme située profondément, la tuméfaction est mal circonscrite, quelquefois à peine appréciable; si, au contraire, l'altération gommeuse siège dans les couches superficielles de l'os, ou dans les couches profondes du périoste, on observe tantôt un empatement, tantôt une véritable tumeur dure, à base plus ou moins large. La peau qui recouvre l'os altéré offre parfois une légère coloration rosée et même de la chaleur (*ostéo-périostite gommeuse*).

La pression exercée à la surface de ces tumeurs est souvent supportable; toutefois, elle peut déterminer des douleurs assez vives.

D'abord dures, les gommages des os se ramollissent, se laissent déprimer par les doigts; enfin, peuvent donner une sensation de fausse fluctuation ou d'élasticité toute spéciale.

Les tumeurs gommeuses restent souvent stationnaires pendant assez longtemps; si elles sont indolentes, elles ne constituent qu'une simple difformité (*périostose*); mais le plus souvent, sous l'influence d'une médication appropriée, elles diminuent peu à peu et disparaissent en laissant après elles des cicatrices enfoncées parfois, même une perforation, en particulier aux os du crâne.

D'autres fois, au contraire, il se développe à la surface de l'os une véritable tumeur osseuse, une *exostose*, résultat de l'irritation produite par la gomme superficielle. En général, ces exostoses se font remarquer par leur dureté, leur forme aplatie ou arrondie, enfin leur persistance, si on ne fait intervenir un traitement rationnel (Lancereaux).

Dans un certain nombre de cas, soit que l'affection poursuive son évolution normale, ou bien que celle-ci soit accélérée par un traumatisme, la gomme se ramollit, s'enflamme, les téguments rougissent, s'ulcèrent, et il s'écoule au dehors un pus mal lié, mêlé de grumeaux blanchâtres, débris de la tumeur gommeuse. Souvent alors on observe un ulcère de mauvais aspect, dont la cicatrisation est très-lente et difficile à obtenir, si l'on ne recourt pas au traitement spécial.

Dans quelques cas, enfin, ces ulcérations gommeuses se compliquent de *nécrose* plus ou moins étendue, plus ou moins profonde des os malades. On a aussi signalé des *caries* de cette origine.

Nous n'avons pas besoin de dire que le siège des affections gommeuses des os peut donner lieu à des accidents de voisinage très-graves, en particulier à des accidents cérébraux.

Diagnostic. — Les gommages des os sont, en général, assez faciles

à diagnostiquer, surtout lorsqu'on est renseigné sur les antécédents du malade.

Cependant, lorsqu'elles sont profondes, qu'elles ne déterminent que des douleurs et une très-légère tuméfaction, on pourra songer à une production maligne intra-osseuse. Dans ce cas, les douleurs nocturnes devront être prises en sérieuse considération ainsi que le siège de la lésion, les tumeurs malignes des os ayant comme nous l'avons dit de véritables lieux d'élection et les affections syphilitiques se développant de préférence sur des os placés superficiellement.

Notons cependant, que les douleurs peuvent être les seuls accidents des gommages profonds et il se peut qu'un certain nombre d'*abcès des os* n'aient été autre chose que des gommages méconnues.

Le diagnostic des gommages superficielles est de beaucoup plus facile; la tumeur arrondie plus ou moins circonscrite et parfois fluctuante, qui a reçu le nom de *périostose gommeuse*, et les douleurs ostéocopes, attirent en général l'attention vers la syphilis.

S'il y a une suppuration (*périostose phlegmoneuse et suppurée*), on pourra penser à une ostéo-périostite simple, ou à une carie superficielle; toutefois, l'aspect de l'ulcération; le pus, séreux, granuleux, mal lié; devront mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin, si la gomme tend à donner naissance à une exostose (*périostose plastique*), la tumeur peut être confondue avec une exostose de développement, ou bien une exostose d'origine traumatique. Un examen complet du malade suffit alors pour faire reconnaître la cause productrice de la tumeur osseuse.

Pronostic. — Les gommages des os sont, en général, d'un pronostic bénin, en ce sens qu'elles cèdent à un traitement approprié; mais elles peuvent donner naissance à des accidents graves ou irrémédiables dus à la compression d'organes voisins, comme le cerveau, la moelle, les nerfs crâniens et en particulier le nerf optique. En outre, elles indiquent un état général sérieux, une syphilis arrivée à sa période tertiaire, pouvant par conséquent déterminer d'autres manifestations graves en particulier du côté des viscères (Lancereaux).

Traitement. — Dès le début, il faut utiliser localement les frictions d'onguent mercuriel, l'emplâtre de *Vigo cum mercurio*. A l'intérieur, on donnera l'iodure de potassium.

Lorsque les douleurs seront très-vives, on prescrira les émoullients, les narcotiques; récemment, on a préconisé l'usage du chloral (Vauriac).

Si la tumeur se ramollit et s'enflamme il faut l'ouvrir et la panser

avec des préparations hydrargiriques (onguent mercuriel, emplâtre de Vigo).

De plus, il est indiqué de soumettre les malades à un traitement général tonique et à une bonne hygiène.

§ 2. — Lésions osseuses de la Syphilis héréditaire.

Certaines altérations osseuses, étudiées récemment par Wegner Lewschin (de Kasan) et le professeur Parrot, reconnaissent pour cause la syphilis héréditaire et surviennent pendant la vie intra-utérine ou dans les premiers mois qui suivent la naissance.

Ces lésions osseuses ont été décrites sous les noms d'*ostéo-chondrite* (Wegner), de *dystrophie syphilitique des os* (Parrot); récemment, on a cru devoir rapprocher ces altérations de ce que les Allemands appellent la *carie gommeuse* ou la *carie sèche* (L. Tripiet).

Nous allons exposer très-brièvement l'histoire de ces lésions d'après le professeur Parrot, qui les divise en quatre degrés avec intermédiaires :

Dans un premier degré, les os sont plus lourds, ils présentent à leur périphérie une couche plus ou moins régulière d'ostéophytes colorés en jaune-paille, de consistance variable et à fibres perpendiculaires à la surface de l'os. Cette couche d'ostéophytes peut acquérir assez d'épaisseur pour doubler le diamètre de l'os; du reste, celui-ci ne présente que très-peu de moelle et n'a pas de canal médullaire. La couche chondro-calcaire séparant le cartilage du tissu spongieux est plane, mamelonnée, plus épaisse que sur un os normal.

Dans le deuxième degré, les caractères précédents subsistent; toutefois, l'os est moins lourd, les couches nouvelles sont moins denses et plus régulières, elles affectent un siège tout spécial: la région inférieure de la diaphyse humérale, la partie supérieure du cubitus, enfin les régions antérieure du fémur et interne du tibia.

L'*atrophie gélatiniforme* est la caractéristique anatomique de cette période; le tissu spongieux des extrémités présente des taches jaunes, rouge-mâis; par places on trouve une substance d'aspect gélatineux, située dans le cartilage, la couche chondro-calcaire et même arrivant jusqu'au tissu compact de la diaphyse. Ce ramollissement combiné souvent à une fracture spontanée qui se produit au voisinage du cartilage, donne lieu à des courbures des os longs. Parfois aussi, au niveau de cette solution de continuité, se produit du pus, et un abcès s'ouvre soit au dehors, soit dans l'articulation

voisine. Cet état atrophique correspond à l'affection dite *pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés* (Parrot).

Le troisième degré est caractérisé par la *médullisation* et s'observe sur les sujets plus âgés. Les ostéophytes et la dégénérescence gélatiniforme persistent parfois; cependant il se manifeste une grande activité dans le développement du tissu médullaire qui se substitue aux ostéophytes et forme des couches entre ceux-ci et la diaphyse proprement dite.

Ces caractères sont surtout accusés à l'extrémité inférieure de l'humérus, au-dessous du trou nourricier; cette extrémité est augmentée d'avant en arrière par des couches ostéophytiques séparées de la diaphyse et les unes des autres par des couches de moelle rouge.

Enfin, au quatrième degré, il apparaît du *tissu spongioïde*, soit à la périphérie des diaphyses, soit à leurs extrémités où il tend à remplacer la couche chondro-calcaire; la déformation caractéristique de l'humérus s'accroît.

A ce moment, chez les enfants ayant en général plus de six mois, l'altération tend à se rapprocher du rachitisme et finit peut-être par se confondre entièrement avec lui?

BIBLIOGRAPHIE. — Gosselin, *Rem. sur une nouv. source d'ind. du trépan dans les ostéites syph. du crâne*, in *Rev. méd. chir.*, t. XIII, p. 361, 1853. — Waller, *Sur la syphilis des os*, in *Gaz. médicale*, 1855, p. 647. — Virchow, *La Syphilis constitut.*, p. 29 et suiv., Paris, 1860. — P.-E. Hase, *De Ostitide gummosa*, Inaug. Dissert., Halle, 1864. — R. Volkmann, *Knochensyphilis* in *Handb. der allg. und spec. Chirurg.*, von Pitha u. Billroth, Bd. II, A. 2, L. 1, s. 262, Erlang., 1865. — R. Virchow, *Pathol. des tumeurs*, t. II, p. 391 (Trad. franc.), Paris, 1869. — Wegner, *U. hereditare Knochensyphilis*, etc., in *Arch. f. path. Anat.* Bd. L, s. 305, Berlin, 1870. — Ch. Mauriac, *Mém. sur les aff. syph. précoces du syst. osseux*, Paris, 1872. — M. Popescu, *Des périostoses secondaires dans la syphilis*, th. de Paris, 1873, n° 181. — J. Parrot, *Sur une pseudo-paralysie*, etc., in *Arch. de phys. norm. pathol.* 1^{re} série, t. IV, p. 319, 470 et 613, 1872. — Id., *Les Lésions osseuses de la syphilis héréditaire*, etc., in *Ibid.*, 2^e série, t. III, p. 133, 1876. — R. W. Taylor, *Bone Syphilis in Children*, New-York, 1875.

Consulter en outre les *Traité spéciaux sur la Syphilis* et les *Classiques*.