

pas rares chez la femme. Il est d'avis qu'il faut considérer comme telles bon nombre de prétendus cancers guéris par les préparations iodées. C'est aussi notre manière de voir, bien que les tumeurs d'une nature différente de celle des productions gommeuses nous paraissent pouvoir céder parfois à l'emploi des préparations d'iode.

Richet écrit au sujet de la syphilis mammaire (1) : « On rencontre dans la mamelle une variété de tumeur qui survient sous l'influence de la diathèse syphilitique; c'est la tumeur syphilitique du sein, analogue à cette tumeur de nom semblable qu'on trouve au testicule. Cette tumeur se présente dans l'origine avec tous les caractères d'une tumeur squirrheuse, et j'avoue, dans un cas observé à l'hôpital Lourcine, avoir été sur le point de pratiquer l'extirpation du sein, lorsque la découverte d'une autre tumeur, sinon semblable, au moins analogue, dans l'épaisseur du mollet, m'arrêta et me fit réfléchir. La disparition simultanée de ces deux tumeurs sous l'influence d'un traitement approprié acheva de m'ouvrir les yeux. »

Dans son *Traité des maladies du sein*, le professeur Velpeau (2) fait mention de quatre cas de lésions syphilitiques observés par Maisonneuve. Il s'agissait, dans l'un de ces cas, d'une simple tumeur gommeuse; dans les trois autres, il y avait à la fois ulcération des téguments et engorgement circonscrit du tissu de la glande mammaire. Dans tous, il existait simultanément d'autres manifestations syphilitiques, telles que gommès à la tête, périostoses, ulcères aux jambes. La guérison a été promptement obtenue par les préparations iodurées. Le même chirurgien donne de plus la relation du fait suivant que lui a communiqué le professeur Richet. Une femme de vingt-deux ans présentait au sein droit une tumeur ferme du volume d'une petite pomme avec élancements douloureux et rétraction du mamelon. Cette tumeur, devenue fluctuante au bout d'un certain temps, fut ouverte, et il s'en échappa un liquide visqueux mélangé de flocons, tout à fait analogue à celui qui s'échappe des gommès syphilitiques. Les parois du foyer restaient indurées et manifestaient peu de tendance à la cicatrisation, lorsque survint au tiers inférieur de la jambe gauche une tumeur dure, empâtée, indolente, large comme une pièce de cinq francs et analogue à celle du sein. Au bout de deux mois de traitement par les pilules de Sédillot et l'iodure de potassium, la malade se trouva entièrement guérie. Un cas que l'on peut rapprocher du précédent a été rapporté par le docteur Icard, de Lyon. Une femme âgée de cinquante ans, atteinte de chancre syphilitique dix ans auparavant, présente de nombreuses cicatrices cutanées, une destruction du voile du palais, des accidents épileptiformes, une gomme sous-cutanée et une périostose de la clavicule. Un des seins est le siège, à sa partie inférieure et externe, d'une tumeur inégale, dure, bosselée, douloureuse à la pression, avec un point ramolli et fluctuant. Trois ganglions indurés et du volume d'une amande existent dans l'aisselle. Sous l'influence d'un traitement antisiphilitique, la tumeur et les ganglions diminuèrent de volume; la malade reprit ses forces. Cependant une ulcération s'établit au niveau du point ramolli; mais bientôt cette ulcération se cica-

(1) Richet, *Traité d'anatomie chirurgicale*, p. 513, 1^{re} édit., 1857.
(2) Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2^e édit., p. 534.

trisa, la guérison eut lieu et se continuait encore six mois plus tard (1). Hennig (2) rapporte qu'il a trouvé, à l'autopsie d'une femme, une tumeur gommeuse occupant la partie moyenne de chacune des mamelles.

Telles sont les données que nous possédons relativement aux lésions syphilitiques des glandes mammaires. Ces données sont assez pauvres; pourtant les faits qui précèdent ne nous paraissent laisser aucun doute sur l'existence de ces lésions. Ils nous apprennent au moins que les mamelles peuvent être affectées de tumeurs semblables ou même identiques aux tumeurs gommeuses que nous avons rencontrées dans le tissu cellulaire, et que nous retrouverons plus tard dans d'autres organes.

Diagnostic. — Le diagnostic de la mastite syphilitique, celui de la mastite gommeuse surtout, repose sur l'évolution spéciale à cette affection et sur la connaissance des antécédents pathologiques des malades. Le carcinome et l'adénome du sein sont les principales affections avec lesquelles on pourrait se confondre les lésions syphilitiques des mamelles. Mais la tumeur cancéreuse distingue par un développement plus continu, par les ulcérations qui en sont la suite, et par les lésions ganglionnaires dont elle est fréquemment accompagnée. Les antécédents de la malade, les altérations concomitantes, et ce fait que l'affection syphilitique des mamelles offre souvent une disposition symétrique (observation de Sauvage, etc.), sont autant de circonstances qui viennent puissamment en aide au diagnostic. L'adénome présente de plus grandes difficultés: on le reconnaît à la lenteur de son évolution et à cette dureté toujours égale qui contraste avec le ramollissement progressif de la tumeur gommeuse.

Le pronostic des affections syphilitiques du sein est sans gravité, puisqu'il suffit, pour les guérir, de savoir les reconnaître. Il est à regretter, seulement, que leur étude soit encore si incomplète et si obscure; car la connaissance exacte de ces manifestations morbides permettrait, peut-être plus souvent qu'on ne le pense, de substituer à une opération qui n'est pas exempte de danger un traitement sûr et toujours inoffensif.

ARTICLE II. — APPAREIL DE LA LOCOMOTION.

§ 1. — Ostéites syphilitiques.

BIBLIOGRAPHIE. — J. CATANEUS, BENEDICTUS, FRACASTOR, dans *Luisini Aphrodis.*, 439 A, 480 B, 499 D. — GRUNDPECK, SCHELLIG, WIDMANN, RAUT, dans FUCHS, *Die ältesten Schriftsteller über die Lustseuche Deutschlands*, etc., Göttingen, 1843, 60, 65, 66, 74, 99, 297. — VIDUS VIDIVS, *Opera omnia seu Ars medicinalis*, Venetiis, 1611, t. II, lib. XVII. — JOANNES DE VIGO, *De morbo gallico Tractatus* dans *Luisini Aphrodisiacus*, p. 450. — G. FALLOPE, *De morbo gallico liber absolutissimus*, Patavii, 1564, p. 59, et *Aphrodisiac.*, t. II, p. 781 et 826. — BERNARD TOMITANUS, *De morbo gallico*, dans *Aphrodis.*, p. 1102, § *Articularum dolor*. — ALEXANDER TRAJ. PETRONIUS, dans *Aphrod.*, p. 1362. — ARANTIUS, *De tumoribus*, cap. v, 39. — HIER. FABRICII AB AQUAPENDENTE, *Opera chirurgica*, p. 727, de *Gummatibus*, Ludgduni Batav., 1723. — JOAN. CH. HEINE, *Tentamen medico-chirurg. de præcipuis ossium morbis*, § 29. —

(1) J. Icard, *Note sur un cas de tumeur syphilitique simulant un cancer du sein* (*Journ. de méd. de Lyon*, t. VII, p. 21, janvier 1867).

(2) *Zur Morphologie der Weiblichen Brustdrüse*, Arch. f. Gynäkol. II, p. 331, 1871.

J. L. PETIT, *Traité des maladies des os*. Paris, 1735. — DUVERNEY, *Maladies des os*, Paris, 1751, t. II, p. 479 (sépare les exostoses des nodus). — HEISTER, *Dissertat. de oss. tumoribus*, n° 15. — VAN SWIETEN, *Commentaria in Herm. Boerhaavii Aphorismos*, t. V, p. 438. Paris, 1773. — J. B. MORGAGNI, *Recherches anat. sur les causes et le siège des maladies*. Lettre 58^e, p. 423 de la trad. franç. de DESTOUEZ. — ASTRUC, *De morbis veneris*, etc., traduction française, Paris, 1777. — J. FR. KNOLLE, *De ossium carie venerea*. Lipsiæ, 1763. — J. HOWARD, *Pract. observ. on the vener. disease*. London, 1787. — BÉTTCHER, *Abhandl. von den Krankheiten der Knochen, Knorpel und Sehnen*, Königsberg et Leipzig, 1793, t. II, p. 27. — SANDIFORT, *Museum anatomicum*, Lugd. Batav., 1793, pl. XXII, XXIV, XXIX. — A. BONN, *Descriptio thesauri ossium morbosorum Hoviani*. Amstelodami, 1783, in-4°. — SWEDIAUR, *Traité des maladies syphilitiques*, en français. Paris, 1801, t. II, p. 479. — BENJ. BELL, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II, p. 478, trad. française. Paris, 1802. — DELPECH, *Chirurgie clinique de Montpellier*, Paris et Montpellier, 1823, t. I, p. 373. — HUNTER, *Œuvr. compl.*, note de Babington, p. 565. — DUFOUR, *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 139. — VIDAL (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853. — WALLER, *Sur la syphilis des os*, Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde, année 1854, et Gaz. méd. de Paris, 1855, p. 647. — VIRCHOW, *La syphilis constit.*, Paris, 1860, p. 29 et suiv. — RICORD, *Iconograph.*, et dans *Gaz. des Hôpitaux*, 1845, p. 647. — GOSSELIN, *Remarques sur une nouvelle source d'indication du trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne*, Archiv. gén. de médecine, et Revue méd. chirurg. de Paris, t. XIII, 1853, p. 361. — OWEN DALY, *Syphilitic disease of the sternum*. *Dubl. Hosp. Gaz.*, n° 6, 1857. — BRESLAU, *Syphilitische Schädelatrophie*, Bayer. ärztl. Intelligenz-Blatt, n° 43, 1859, et Archiv f. path. Anat., Bd. XVII, Hft. 3 et 4. — ERICHSEN, *Nécrose de la clavicule*, The Lancet, janvier 1863. — SANDERSON, *Nécrose syphilitique des corps vertébraux, du cou, mort subite*, Amer. med. Times, N. S. VIII, Jan. 1863. — HASSE, *De ostidite gummosa*, Diss. inaug. Halle 1864. — RANVIER, dans *Comptes rend. et mém. de la Société de Biologie*, t. II, 4^e sér., 1865, et *Manuel d'Histologie pathol.*, p. 383, Paris, 1873. — H. OEFFINGER, *Beschreibung zweier Fälle von Knochensyphilis*, Archiv f. pathol. Anat. und Physiol., t. XXXIII, p. 470, 1868. — E. SOLOWEITSCHIK, *Beiträge zur Lehre von der syphilitischen Schadelaffection*, *Ibid.*, t. XXXVIII, p. 55 et 492, 1869. — W. PEPPER, *Syphilis des os du crâne, trépanation*, American Journ. N. S. CXXII, p. 411, avril 1871. — HUTCHINSON, *Lésions syphilitiques des os du crâne*, The Lancet, sept. 1872, p. 334.

La connaissance des affections syphilitiques des os remonte au XVI^e siècle. Vidus Vidius, Fernel, Gab. Fallope, J. de Vigo sont les auteurs de cette époque qui nous ont laissé sur ce sujet les données les plus importantes. Après avoir parlé des douleurs ostéocopes, G. Fallope mentionne comme il suit les altérations des os : « Verum accidit ut post dolores vel cum doloribus tumores infestent circa articulos, internodia, in media fibula, in medio cubito, et his caput sæpe coronatur, ut regni gallici insignia præ se ferat. Isti tumores, quum contineant materiam crassam, quæ est veluti gummi eliquatum, ideo gummata gallica vocantur a medicis. Hi tumores duorum sunt generum, alter tophaceus est, alter autem minime. Tophacei sunt constantes ex materia penitus lapidosa et videntur veluti tophi ossei, vel materia illa, qua ligantur ossa fracta. Secunda species tumorum est, quando materies est mollis, quæ tripliciter apparet, nam aliquando est veluti laridum, aliquando est minus crassa et est similis polentæ, et est atheroma gallicum. Tertia species est sicut mel et dicitur meliceris gallica. In capite ut plurimum sunt vel substantia laridi vel mellis, vel polentæ. Circa pedes sunt majori ex parte lapidosi et tophacei, ita in tibiis, in intermediis, nunc tophacei, nunc molles existunt.

Loca sunt ligamenta articularum, corpora ossium, periostia, in quibus tumores dolorosissimi sunt; aliquando in superficie ossis crescit affectus iste. Materia est ut plurimum pituitosa, tenax et melancolica, quum natura bene concoquere non potest: aliquando miscetur bilis, et ita fit meliceris: aliquando crassa est, et melancolica, et fit tophus, vel steatomata... » Fernel et Vidus Vidius ne sont pas moins explicites en ce qui concerne les tumeurs gommeuses sous-périostiques, à l'étude desquelles Fabrice d'Aquapendente, un peu plus tard, consacre tout un chapitre de son livre *De Chirurgicis operationibus*. Howard et Sandifort ont laissé des dessins des lésions syphilitiques du crâne. Brandi, Astruc, J. L. Petit, Hunter et beaucoup d'autres syphiligraphes décrivent plus ou moins longuement les altérations spécifiques du système osseux. Dans ces derniers temps, Ricord a figuré la tumeur gommeuse des os longs, et Virchow s'est particulièrement appliqué à faire connaître celle des os larges.

Étude anatomique. — Les ostéites syphilitiques tertiaires, différentes des lésions osseuses de la période secondaire, sont fixes, localisées, peu étendues, profondes et persistantes, susceptibles de récidive après un espace de temps plus ou moins long. Les os superficiellement placés, comme le tibia, la clavicule, le cubitus, les os du crâne et du nez, y sont particulièrement prédisposés, en raison sans doute de leurs accès aux chocs extérieurs. Ces altérations présentent deux modes anatomiques caractérisés, l'un par un processus diffus assez semblable à celui de l'inflammation simple (ostéite diffuse), l'autre par un processus nettement limité, circonscrit (ostéite gommeuse). Nous décrirons simultanément les altérations du périoste et de l'os, à cause de l'intime union de ces parties qui concourent à la formation d'un même organe.

L'ostéite diffuse débute tantôt au voisinage du périoste qui y prend part, tantôt dans la profondeur de l'os; elle est dite périphérique ou superficielle dans le premier cas, tandis qu'elle est profonde ou parenchymateuse dans le second. Dans l'ostéite périphérique, le périoste devient le siège d'une injection et d'une tuméfaction que produit la formation de cellules petites et rondes dans sa partie ostéogénique, et jusque dans les espaces médullaires du voisinage. Dans l'ostéite profonde, l'os injecté présente à la coupe une teinte rouge ou rosée, grisâtre et même jaunâtre sur quelques points. L'examen microscopique révèle qu'à ces différents aspects correspondent des modifications particulières des éléments de la moelle. Au niveau des portions d'un rouge vif, les médullocelles sont plus abondantes, globuleuses, et leurs noyaux deviennent apparents seulement au bout de quelques instants par l'action de l'acide acétique ou de l'eau. Les portions grisâtres et comme glutineuses renferment des cellules beaucoup plus petites que les précédentes, et qui, au lieu d'être libres, sont plongées, en même temps que de nombreux noyaux, au sein d'une substance amorphe ou fibrillaire. Vient-on à suivre ce processus, on constate que le tissu osseux se résorbe progressivement et fait place au produit pathologique, et que cette résorption est précédée sur quelques points d'un agrandissement des ostéoplastes, de sorte qu'au bout d'un certain temps les canalicules osseux et les espaces médullaires sont élargis et comblés par un tissu embryonnaire. Les parties jaunâtres contiennent ce

même tissu en voie d'atrophie et de transformation graisseuse. Ces changements n'ont pas entièrement échappé aux observateurs, qui n'avaient pas entre les mains les moyens d'investigation fournis par l'emploi du microscope. Vidal de Cassis écrit à propos de l'ostéite syphilitique : « L'os est d'abord tacheté, ses canalicules se développent, ils contiennent du sang rouge et un liquide transparent semblable au suc osseux ; ce qui du reste se remarque dans toutes les ostéites condensantes, quelle que soit leur nature. Puis il se produit un suc plus épais ressemblant à celui du col ; ou bien, c'est une matière plastique organisable comme celle de certaines périostoses. » Effectivement, le tissu jeune qui comble les espaces médullaires (suc osseux de Vidal de Cassis), s'il n'est modifié par l'action d'un traitement spécial qui favorise sa transformation graisseuse et amène sa résorption, tend généralement à s'organiser en tissu osseux de façon à produire des scléroses des os, des hyperostoses ou des exostoses. De raréfiant qu'elle était tout d'abord, l'ostéite devient condensante par la formation de couches osseuses à l'intérieur des canaux de Havers, qui sont ainsi rétrécis, sinon oblitérés, ou dans les espaces médullaires à la périphérie de l'os, qui devient le siège de saillies plus ou moins considérables. La sclérose syphilitique des os, notamment celle des os crâniens, avait déjà attiré l'attention de Babington, qui note l'épaississement de ces os, leur densité et leur pesanteur ; plus récemment nous avons été à même de signaler la fréquence de cette altération dans la syphilis tertiaire (1). L'os qui en est affecté est lourd et pesant, son tissu, serré et parfois comme éburné, se rompt en éclatant ; les espaces médullaires, comme les canaux de Havers, sont rétrécis ; de la sorte, la circulation du suc nutritif est gênée ou empêchée, et on s'explique comment, dans quelques cas, les os ainsi altérés peuvent être le siège de nécroses plus ou moins étendues.

Les exostoses syphilitiques sont des productions dures, osseuses, du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, généralement divisées en exostoses parenchymateuses et épiphysaires, ou bien en exostoses internes et externes, selon qu'elles font saillie à l'intérieur ou à l'extérieur des cavités osseuses. L'exostose parenchymateuse s'observe après l'ostéite profonde, par suite d'un dépôt osseux, dans l'épaisseur même de l'os. La nouvelle ossification peut revêtir le caractère du tissu aréolaire ou celui du tissu compacte. Constituée par des lames ou des lamelles entre lesquelles existent des aréoles plus ou moins larges, elle a reçu de quelques auteurs l'épithète de celluleuse ou laminée ; formée de tissu compacte, elle est dite éburnée lorsqu'elle produit, avec l'accroissement de volume, l'augmentation de poids et de densité du tissu osseux. L'exostose épiphysaire est le plus souvent le résultat d'une périostite ; elle est ordinairement multiple, accolée à l'os auquel elle finit par adhérer, d'où l'idée de la comparer à une sorte d'épiphyse. Tantôt hémisphérique, elle est d'autres fois conique, allongée ou aplatie, ou bien c'est une crête qui affecte la disposition annulaire de certaines syphilitides (Ricord). A part cette disposition, à laquelle on ne peut cependant attribuer qu'une faible valeur diagnostique, il faut reconnaître que les tumeurs osseuses syphilitiques manquent encore de caractères précis et distincts :

(1) L. Gros et Lancereaux, *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1861.

les descriptions qu'on en a données semblent, du reste, avoir été en grande partie calquées sur celles des tumeurs de même structure, mais d'origine différente. D'un autre côté, l'ostéite diffuse ne diffère guère de l'ostéite simple que par la lenteur de son évolution. Au contraire, l'ostéite circonscrite ou gommeuse se distingue nettement par son produit pathologique composé de masses jaunes, opaques, entourées d'un tissu jeune et vivace.

L'ostéite circonscrite ou gommeuse se caractérise par un néoplasme exubérant, généralement disposé sous forme de nodosités plus ou moins volumineuses, dont la partie centrale a la plus grande tendance à se nécroser. Elle coexiste fréquemment avec l'ostéite diffuse, et, comme cette dernière, elle siège tantôt à la périphérie, tantôt dans la profondeur du tissu osseux, affectant à peu près indistinctement les os longs et les os larges.

L'ostéite gommeuse superficielle est caractérisée par des saillies ou tumeurs à base fixe, plus ou moins bien circonscrites, quelquefois molles, semi-fluctuantes, composées d'une substance analogue à une solution de gomme, d'autres fois fermes, consistantes, élastiques, d'aspect lardacé, formées aux dépens de la couche interne du périoste et de la partie la plus superficielle de l'os. Ces tumeurs sont constituées non par un exsudat, mais par un tissu mou, gélatineux, rosé, qui rappelle, dans le principe, les phénomènes de l'accroissement physiologique ; plus tard, ce tissu prend une consistance plus grande, devient opaque, puis jaunâtre. Il est composé de nombreuses cellules globuleuses, ou fusiformes, disposées le plus souvent par couches concentriques au pourtour des vaisseaux restés libres et qui, dans l'état normal, se rendent du périoste à l'os. Cette substance décolle le périoste, presse sur l'os dont elle infiltre les mailles et les canaux, d'où usure et perte de la substance osseuse. Au bout d'un espace de temps relativement court, ce nouveau tissu cesse de s'étendre, puis il s'arrête dans son développement et dépérit peu à peu ; les éléments cellulaires se modifient et s'atrophient par métamorphose graisseuse ; la nodosité, tout d'abord grisâtre, devient opaque et prend une teinte jaunâtre. Cette transformation a pour conséquence la résorption plus ou moins complète du nouveau produit ; rarement celui-ci est le point de départ de suppuration et d'ulcération des parties voisines. A la limite de ce processus de nouvelle formation, l'os enflammé se comporte comme dans l'ostéite diffuse ; il devient dur, sclérosé, hérissé de saillies, ostéophytiques, et ce phénomène contribue à accroître d'autant la dépression qui résulte de la disparition du produit gommeux et de l'usure de l'os à son niveau. Assez commune dans les os du crâne, où elle a été à tort désignée sous le nom de carie par Bertrandi, Babington et Virchow, l'ostéite gommeuse superficielle se développe d'abord sous le périoste épicroânien, ou au-dessus de la dure-mère, quelquefois en même temps dans ces deux points pour de là s'avancer sous la forme d'un cône dans le tissu osseux, dont elle détermine la raréfaction progressive. De cette disposition résulte, par la disparition du nouveau tissu, une dépression stellaire dont le centre revêt la forme d'un enton-

noir, tandis que les bords sclérosés sont pour ainsi dire taillés à pic, anfractueux, ridés et froncés; quelquefois même une perforation véritable de l'os est la conséquence de la rencontre de deux entonnoirs se correspondant comme deux cônes par leurs sommets.

Situées dans l'épaisseur de l'os, les gommages ont pour point de départ la moelle osseuse, surtout celle de la substance spongieuse (ostéo-myélite gommeuse; elles se comportent un peu différemment, suivant qu'elles envahissent un os long ou un os large. Dans les os longs, elles ont pour siège habituel le canal médullaire, ainsi que le montrent les planches de Ricord (1), et se trouvent constituées par une matière de coloration et de consistance lardacées. Ricord, dans un cas, décrit comme il suit cette altération: « Les deux radius, qui étaient le siège de douleurs ostéocopes très-violentes et d'exostoses, présentaient à leur partie inférieure une hypertrophie très-remarquable; le radius droit offrait à un pouce et demi de son extrémité inférieure un renflement assez considérable pour faire croire dans le premier moment à une ancienne fracture mal consolidée; en l'examinant plus attentivement, on ne tardait pas à s'apercevoir qu'il y avait là hypertrophie avec développement des canalicules osseux; l'os était plus rouge et plus poreux que partout ailleurs; le corps médullaire était durci, jaunâtre, et rappelait l'aspect et la consistance du lard ranci; le radius gauche était hypertrophié de la même manière, mais sur une étendue beaucoup plus considérable; toute la moitié inférieure était envahie. » La plupart des os longs peuvent subir ce genre de lésion; dans un second cas observé par Ricord, c'est le tibia qui était atteint. Tout porte à croire que les productions gommeuses de la cavité médullaire des os sont plus fréquentes que ne permet de le supposer le petit nombre de faits connus, et, si on les observe rarement, cela tient évidemment à la négligence qu'on apporte en général dans l'examen anatomique du système osseux. Dans les os larges, ces productions ont pour siège de prédilection les os du crâne, où le plus souvent elles se développent dans le diploé, refoulant, écartant les lames de substance compacte, dont elles finissent par amener la nécrose. Il en était ainsi dans un cas de Dittrich (2) où la substance osseuse se trouvait infiltrée par un exsudat blanc grisâtre, d'aspect lardacé. De même que dans l'ostéite raréfiante, les travées osseuses sont coupées et les espaces médullaires, agrandis, renferment des nodules gommeux dont les vaisseaux sont généralement perméables. Une perforation peut être la conséquence de cette altération.

La résorption du nouveau produit, la suppuration de l'os, la carie et la nécrose, sont les divers modes de terminaison des lésions gommeuses profondes des os. Si, en effet, l'observation et l'analogie portent à supposer que dans certains cas ces lésions sont susceptibles de se résoudre et de disparaître sous l'influence bienfaitrice d'un traitement approprié, il y a lieu de penser que dans d'autres circonstances elles se ramollissent et peuvent devenir le point de départ de l'ostéomyélite suppurée, qui est en général une affection grave. Le passage suivant, que nous empruntons à Astruc, semble tout au moins favora-

(1) *Iconogr.*, pl. VII bis et XXXI.

(2) *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, fasc. I, p. 29.

ble à cette opinion. « On a observé dans les cadavres, dit cet auteur, que la moelle des os était quelquefois enflammée, suppurée et ulcérée, ce qui avait causé dans la cavité des os des douleurs terribles et comme si on les avait cassés, des abcès, des exostoses et des caries. » Ce mode de terminaison est néanmoins rare; plusieurs fois, en effet, on a pris pour du pus ce qui n'était qu'un produit gommeux ramolli.

Les nécroses qui succèdent aux lésions gommeuses sont importantes à connaître, en raison des caractères spéciaux qu'elles présentent en général, et surtout dans les os du crâne. La nécrose de ces os marche ordinairement de dedans en dehors: une portion d'os nécrosé, à larges pores, à l'aspect vermoulu pour ainsi dire, mais à surface plane, se sépare de l'os vivant par une ligne de démarcation dentelée, tout en conservant des angles nettement tranchés. Les bords de ce dernier, qui se sclérose de plus en plus, s'élèvent par l'apposition de nouvelles couches osseuses et dépassent la partie mortifiée. Des lésions analogues se forment tantôt à une grande distance, tantôt les unes à côté des autres, et alors les foyers, en se réunissant, occasionnent ces vastes désordres qui détruisent presque toute la voûte crânienne, tandis que l'irritation du périoste manque entièrement, ou est à peine marquée. Des caractères peu différents appartiennent aux nécroses des os longs.

Avant tout, c'est par le séquestre percé de trous et d'orifices qui se réunissent à l'intérieur, que la nécrose syphilitique se distingue des autres formes de nécrose, dans lesquelles le séquestre, quand il provient de la couche corticale, offre une surface lisse, polie, compacte, égale et ayant l'aspect d'un os normal; ajoutons que le tissu environnant est souvent éburné et lourd, ce qui constitue un contraste bien tranché. Enfin les nécroses syphilitiques des os du crâne présentent une disposition qui rappelle les demi-cercles de certaines syphilides annulaires ou semi-annulaires. Cette disposition circulaire ou serpentine, très-manifeste dans les figures 1 et 2, se retrouve encore dans les lésions gommeuses de la peau et des viscères.

Les cicatrices osseuses méritent notre attention. Si l'os a été entièrement détruit dans un point, comme cela s'observe à la cloison des fosses nasales, au palais, etc., en général il ne se forme aucun tissu régénérateur, ou du moins aucune production osseuse. Cela n'est nulle part aussi marqué qu'au crâne, où pourtant les perforations osseuses sont limitées en dedans par

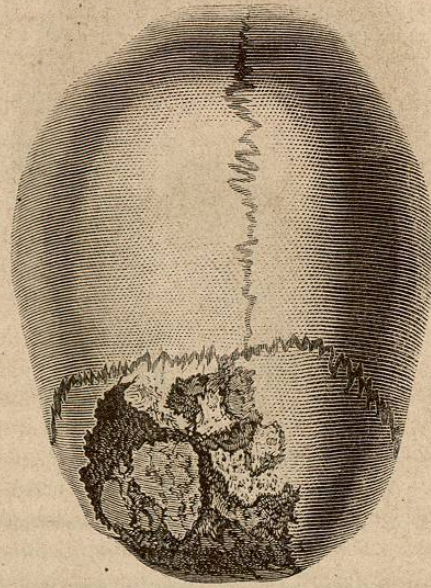


FIG. 1. — Nécrose syphilitique du frontal, séquestres multiples. (Musée Dupuytren.)

un organe susceptible d'ossification, la dure-mère. A l'inverse de ce qui a lieu pour d'autres affections, les lésions syphilitiques sont en cet endroit difficilement réparables par du tissu osseux. On y voit la partie centrale de la cicatrice formée par une masse peu vasculaire, blanchâtre, compacte, se rétrécir de plus en plus, abaisser la voussure naturelle du crâne et finir par amener une dépression plus ou moins profonde en vertu



Fig. 2. — Nécrose syphilitique et perforation du frontal. (Musée Dupuytren.)

retrouvons dans toutes les cicatrices syphilitiques. Au contraire, les parties osseuses périphériques subissent des modifications hyperplastiques : les cavités médullaires se remplissent de plus en plus de substance osseuse, l'os devient dur, épais, lourd, puis tout à fait éburné, et, à sa surface, s'élèvent peu à peu des saillies lisses, petites, unies ou mamelonnées, qui ne présentent ni le volume, ni l'état poreux de celles qui se produisent en si grande abondance dans les nécroses mercurielles ou phosphoriques des os maxillaires. Les perforations de la voûte palatine ont ainsi des bords tranchants, lisses et durs ; un tissu cicatriciel épais, blanchâtre et peu abondant les recouvre. Semblables modifications s'observent encore dans les os du nez. Celui-ci s'affaisse, soutenu par des os épais, souvent éburnés ; au lieu de former un toit, les os propres convergent en sens inverse, forment un sillon profond qui remplace l'arête saillante normale, leur surface est parcourue par de nombreux sillons vasculaires affectant une forme radiée. Cette tendance à la sclérose et à l'hyperostose ne reste pas limitée à l'endroit primitivement affecté, elle s'étend au loin à la périphérie, jusqu'aux os de la base du crâne par exemple. Si la nécrose n'attaque pas la totalité de l'épaisseur d'un os, il reste à sa suite une dépression irrégulière ou en godet, à peine comblée par le tissu régénérateur.

Ce sont là les manifestations immédiates de la diathèse syphilitique sur le système osseux. Il est d'autres lésions osseuses qui, par cela qu'elles ont un rapport plus éloigné avec la syphilis, ne se rattachent pas moins à cette maladie : telles sont les nécroses et les caries consécutives à des ulcères des parties molles, à des productions gommeuses voisines des os et du périoste, etc. Ces lésions, nous devons les signaler, mais nous n'avons pas à les décrire. Une dernière lésion du tissu osseux sur la nature de laquelle on est jusqu'ici peu d'accord, et qui, suivant certains auteurs, aurait, dans quelques cas du moins, une origine syphilitique, c'est le ramollissement

des os. A. Paré (1) signale l'existence de cette altération lorsqu'il dit que la vérole liquéfie les os comme si *c'était métal fondu*. Morgagni cite des exemples qui y ont rapport, et Portal (2) en parle également. Cependant Swediaur et plusieurs autres auteurs d'un mérite également incontestable repoussent l'ostéomalacie syphilitique. Nous partageons l'opinion de Swediaur et nous croyons, comme lui, qu'il n'y a aucun fait bien constaté d'un ramollissement syphilitique des os. Les faits rapportés par Venot de Bordeaux (3), et plusieurs fois invoqués en faveur de ce ramollissement, ne sont en effet rien moins que concluants. L'enseignement auquel ils donnent lieu, c'est que certains points du système osseux peuvent s'altérer chez les syphilitiques, et qu'il peut en résulter une fracture à la suite de la plus légère cause occasionnelle, et rien de plus. Mais cette fracture, quel que soit son siège, rotule, clavicule ou fémur, est bien plutôt l'effet d'une altération toute locale, d'une tumeur gommeuse, par exemple, que d'une modification générale du système osseux, telle que l'ostéomalacie. Nous n'admettons donc pas que la syphilis produise d'autre ramollissement osseux que celui qui peut être la conséquence de l'une des altérations précédentes. Aussi, nous ne pouvons partager l'opinion de Lagneau et de Vallin, qui croient à un ramollissement dont la cause immédiate serait une dégénérescence amyloïde du système osseux. Plus loin, nous éclaircirons ce point, en prouvant que cette dégénérescence n'a jamais qu'un rapport indirect avec la syphilis.

Étude symptomatique. — Les symptômes propres aux affections syphilitiques des os varient avec l'étendue et la nature des lésions anatomiques. Ils sont subjectifs et objectifs. La douleur, le plus important des symptômes subjectifs, mérite une grande attention ; et, s'il arrive de constater son existence sans aucune lésion osseuse appréciable, il n'en est pas moins vrai que le plus souvent elle se lie à une modification matérielle des os ou du tissu fibreux. Ce fait est prouvé par bon nombre d'autopsies qui ont permis de découvrir des altérations de la dure-mère, des exostoses de la table interne des os du crâne dans des cas où, pendant la vie, on avait observé pour tout symptôme des douleurs dites ostéocopes.

Les douleurs, observées dans le cours des diverses altérations syphilitiques des os, plus fréquentes dans l'ostéite diffuse, sont vagues à leur début, et parfois tout le squelette semble endolori ; bientôt elles se localisent au niveau du point malade, et surtout dans les os longs des membres et dans les os du crâne ; elles sont profondes, et les malades les font partir de la moelle des os ; elles sont aiguës, déchirantes, térébrantes, facilement atténuées par la pression, mais quelquefois exaspérées par le moindre attouchement quand surtout le périoste est affecté. Ces douleurs, de plus, sont nocturnes, et c'est là un de leurs caractères les plus précieux, auquel il ne faut

(1) A. Paré, *Œuvr. complètes*, édit. Malgaigne, t. II, p. 527.

(2) Portal, *Traité du rachitisme*. Paris, 1797.

(3) Venot, *Accidents tertiaires de la syphilis, friabilité des os*. Bordeaux, 1846, et *Gaz. méd. de Paris*, 1847.

cependant pas attacher une valeur diagnostique trop grande. Mobile, légère ou nulle pendant le jour, la sensation douloureuse s'exaspère avec le crépuscule pour disparaître avec l'aurore et faire place au sommeil. Les premières heures de la nuit sont les plus cruelles, à cause, sans doute, de l'échauffement des parties sous l'influence de la chaleur du lit. Ricord observe que les malades qui font du jour la nuit et réciproquement présentent des douleurs dont l'apparition est en rapport avec leurs habitudes. Nélaton ajoute que les malades affectés de douleurs ostéocopes peuvent, en voyage, s'en débarrasser entièrement, pourvu qu'ils restent plusieurs nuits sans se mettre au lit. Nous savons d'ailleurs que les Kabyles, dont l'habitude est de coucher sur une natte placée sur le sol, sont exempts de ces douleurs. Vidal prétend toutefois qu'il est des vénériens qui, voulant veiller, restent à l'air ou se promènent en voiture, et qui cependant n'en souffrent pas moins quand l'heure fatale est sonnée, et cela comme s'ils étaient couchés dans un lit bien chaud. Lorsqu'elles ont leur siège dans les os du crâne, ce qui est le cas le plus fréquent, ces douleurs joignent quelquefois, à l'insomnie qui les accompagne, des troubles de la vue, des vertiges et des étourdissements.

Les symptômes objectifs varient selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre modalité anatomo-pathologique. Un gonflement mal circonscrit, empâté dans sa circonférence, est le propre de l'ostéo-périostite ou ostéite superficielle; douloureux à la pression, ce gonflement, lorsque l'os est superficiellement placé, coexiste avec la rougeur ou même avec une légère augmentation de température d'une plus ou moins grande étendue de la peau. La résolution en est le terme ordinaire, rarement il est suivi de suppuration. Pédiculées ou intimement adhérentes à l'os, les exostoses qui surviennent dans ces conditions se font remarquer par leur dureté, leur consistance osseuse, leur forme arrondie ou aplatie, leur tendance à persister pour ainsi dire indéfiniment si on ne fait intervenir un traitement spécifique.

Les gommés du périoste se présentent sous forme de petites tumeurs arrondies, peu douloureuses, de consistance ferme ou un peu molle, et dont l'évolution ne diffère pas notablement de celle des productions du tissu cellulaire sous-cutané. Comme ces dernières, elles peuvent, en se ramollissant, enflammer et ulcérer les tissus voisins et se faire jour à l'extérieur; de là des excavations, des trajets fistuleux plus ou moins longs à se cicatrifier. Lorsqu'elles siègent dans l'épaisseur des os ou dans le canal médullaire, ces mêmes tumeurs n'offrent tout d'abord aucun signe objectif. Une douleur violente est le seul phénomène qui permette de les soupçonner; plus tard, s'il survient une ostéo-myélite ou une nécrose, on constate les symptômes propres à ces complications. Au niveau des os plats et dans les os du crâne en particulier, les tumeurs gommeuses peuvent, en écartant les lames osseuses, produire des saillies et des nécroses qui mettront sur la voie du diagnostic. Celles-ci procèdent, nous le savons, du dedans au dehors; à leur suite restent des cicatrices ou de véritables excavations qui persistent indéfiniment, comme des témoins du passage de la syphilis. Aux os du crâne, où elles ont leur siège habituel, ces cicatrices sont profondes, leurs bords sont épais, indurés, rugueux, inégaux par les ostéophytes qui y sont surajoutés. A la

voûte palatine, c'est dans certains cas une perforation définitive qui succède aux désordres en question.

Aux manifestations symptomatiques de l'altération du tissu osseux s'ajoutent des désordres variés dépendant de la compression ou de l'altération secondaire des organes voisins, et qui sont parfois les seuls signes révélateurs des exostoses internes. Situées au voisinage des muscles, ces tumeurs osseuses peuvent gêner leur contraction et la régularité des mouvements de tout un membre. Leur action sur les vaisseaux est susceptible de produire l'œdème. Comprimés par ces tumeurs, les tubes nerveux s'altèrent et donnent lieu à une atrophie musculaire consécutive (1), à des troubles de la sensibilité et à des douleurs qu'il ne faut pas confondre avec la douleur spéciale qui a pour point de départ la lésion même de l'os. Les effets de la compression sont surtout graves quand l'exostose siège sur les os qui entrent dans la formation d'une cavité renfermant des organes d'une grande importance, comme la cavité crânienne ou rachidienne; toutefois, il faut savoir qu'on a singulièrement exagéré ces effets, et que, par suite de cette erreur, on a trop souvent rattaché à une altération de l'os des désordres dépendant d'une modification anatomique de la substance nerveuse elle-même. C'est assez rarement, en effet, qu'on voit des troubles de la sensibilité ou du mouvement avoir pour origine une lésion syphilitique des os.

L'amaurose, qui est quelquefois la conséquence d'une exostose du sphénoïde, n'affecte en général qu'un seul œil. La paralysie des muscles oculomoteurs et l'exophthalmie témoignent d'une exostose de la cavité orbitaire. Quoique rares, les exostoses du rachis deviennent à leur tour le point de départ de désordres variés toujours en rapport avec la fonction spéciale de la portion de moelle secondairement affectée. Sanderson a observé un cas de mort subite causée par la nécrose des vertèbres cervicales.

Lente et progressive est la marche générale des affections syphilitiques du système osseux. Longue est leur durée, comme celle de la plupart des manifestations de même nature, d'autant plus longue, on peut dire, que le début de la syphilis est plus ancien. Quant aux phases diverses que subissent ces affections et à leur mode de terminaison, nous en avons suffisamment parlé pour n'avoir pas à y revenir.

Diagnostic. — L'exposé qui précède nous a montré comment il est possible de distinguer entre elles les diverses lésions syphilitiques du système osseux. Il nous reste à les différencier maintenant de toutes celles qui peuvent les simuler.

Deux symptômes, la douleur et la tuméfaction, appartiennent à la plupart des affections syphilitiques des os. A ces symptômes s'ajoute quelquefois le dérangement des fonctions de l'organe le plus voisin de l'os lésé. La réunion de ces symptômes, mais surtout la marche lente et le peu de réaction qui les accompagne, tels sont, avec la connaissance des antécédents morbides du malade, les éléments du diagnostic de l'ostéo-périostite syphilitique. Les exostoses

(1) Rodet, *Gaz. médicale de Lyon*, 1859. — L. Gros et Lancereaux, *Traité des affect. nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.