

plus en plus, représentant grossièrement la rampe d'un limaçon ou ressort de montre. Cette structure semble être générale dans le processus de destruction de l'os et les limites des ulcérations sont toujours curvilignes (fig. 138) cette disposition n'avait pas échappé aux auteurs qui ont décrit ces lésions syphilitiques.



Fig. 137. — Ostéite gommeuse syphilitique du crâne. (Musée du Val-de-Grâce.)

et ils retrouvaient là les traits caractéristiques communs à beaucoup de syphilitides (FOLLIX). L'os est creusé comme à l'emporte-pièce par ces galeries spirales et il n'est pas rare de retrouver le pivot central autour duquel tourne la volute; il persiste et reste comme un îlot ébourné, corrodé à sa base au-dessus de la face profonde de l'os qui a été en grande partie détruit par la néoplasie.

Par suite des progrès et du développement des bourgeons perforants, des parties assez considérables du tissu osseux peuvent être séparées de leurs

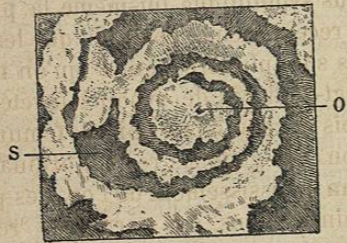


Fig. 138. — Spire décrite par un bourgeon gommeux isolé à la surface du crâne. O, orifice de pénétration, — S, sillon creusé dans l'os ébourné. Figure prise sur la pièce précédente.

connexions avec les tissus vivants, elles constituent ainsi des séquestres extrêmement ébournés, très irréguliers; il est possible de suivre sur quelques points toute la série des transformations depuis la formation de la galerie jusqu'au

détachement du séquestre. La surface des os du crâne altérés par les gommages syphilitiques, curieusement travaillée par ces divers processus, montre à la loupe des arborisations très spéciales qui donnent à cette affection un caractère facile à reconnaître.

Les gommages circonscrites sont susceptibles de guérison sans suppuration; le tissu gommeux se résorbe, il existe ultérieurement une cicatrice déprimée, étoilée, à bords nets; les gommages diffus disparaissent déjà moins facilement; elles aboutissent à des hyperostoses et souvent à des séquestres. Lorsqu'il y a eu perforation complète, la réparation de la perte de substance ne peut plus se faire que par un tissu fibreux nouveau.

Il est nécessaire d'insister un peu sur le mécanisme de la nécrose dans le cas d'ostéomyélite gommeuse parce qu'il a été interprété de diverses façons. Appliquant à la syphilis un processus qu'ils ont décrit pour toutes les nécroses en général, CORNIL et RANVIER admettent que la mort de l'os est la conséquence de l'éburnation extrême du tissu osseux sous l'influence de l'inflammation subaiguë; les canaux de Havers, les cavités médullaires par le fait de l'apposition tendent à s'oblitérer, et le territoire qu'ils irriguent se nécrose. Or

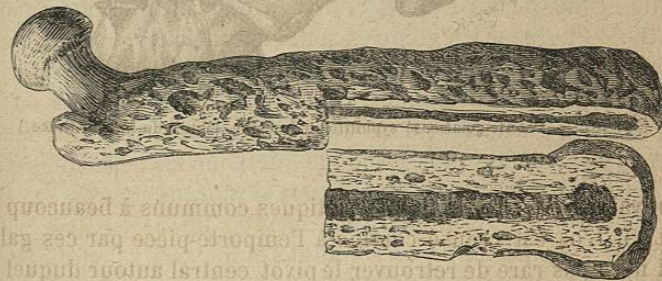


Fig. 139. — Ostéomyélite gommeuse du fémur. Carie syphilitique. (Musée du Val-de-Grâce.)

l'examen des séquestres syphilitiques ne vérifie pas cette interprétation; la condensation y existe bien comme dans les séquestres tuberculeux, mais les canaux vasculaires ne sont pas oblitérés, et nous pensons qu'il est plus juste d'attribuer au processus syphilitique lui-même la production de la nécrose. CHIARI, dans une étude récente, émet l'opinion que les gommages centraux dans la moelle des os longs sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Il en a rencontré sept fois sur vingt-sept cas de syphilis invétérée; leur grosseur varie entre le volume d'un pois et celui d'une noix; le fémur et le tibia semblent être leur siège de prédilection. Ces gommages restent ordinairement silencieuses, se résorbent ou amènent un épaissement de l'os. Les pièces assez nombreuses que nous avons examinées nous ont permis de retrouver sur un certain nombre d'entre elles l'hyperostose signalée par CHIARI et les galeries irrégulières, comme au crâne, mais présentant la forme de vrilles.

Symptômes. — Les gommages des os, lorsqu'elles débutent superficiellement, se présentent sous la forme de tumeurs aplaties qui font une saillie sphérique à la surface du crâne, du tibia, du sternum et sont le siège de douleurs ostéocopes; leur pourtour est dur, constitué par un rebord osseux qui contraste

avec la sensation de mollesse de la partie centrale. Le centre s'enflamme légèrement quand la résolution ne se fait pas et il se forme un abcès qui donne issue au contenu de la gomme ramollie; l'abcès devient ensuite fistuleux, la suppuration étant entretenue par les séquestres plus ou moins volumineux qui existent toujours. Arrivée à ce degré, la périostéomyélite gommeuse mérite bien le nom de carie que lui avaient donné les anciens; elle est caractérisée par l'ulcération des os et leur destruction par nécrose.

On comprendra aisément que, suivant les régions, les gommages des os peuvent être l'origine de troubles fonctionnels très graves; celles de la tête exposent souvent aux complications méningitiques et encéphaliques; celles de la face et des os de la bouche créent des perforations, des difformités sérieuses; siègent-elles dans les os longs, elles diminuent notablement la solidité des diaphyses qui sont éburnées sur une partie de leur longueur et nécrosées sur l'autre; aussi les fractures consécutives aux gommages des os ne sont-elles pas absolument rares; nous avons déposé au musée du Val-de-Grâce une pièce curieuse où cet accident s'est produit. NEUMANN a également observé le mécanisme de ces fractures spontanées, et démontré qu'elles ne sont pas liées à une altération générale du squelette, mais à une affection gommeuse locale.

Diagnostic. — Lorsque les gommages sont superficielles, comme au crâne, au sternum, leur diagnostic n'offre pas de difficultés; il n'en est plus de même quand il s'agit de gommages profondes, celles des os des membres ou celles qui prennent naissance à la surface de la dure-mère et intéressent la table interne du crâne. A la céphalalgie plus profonde que pour les périostites gommeuses superficielles, il faut ajouter les symptômes cérébraux dépressifs, la diminution de la mémoire et de la plupart des facultés intellectuelles; de plus il y a des signes de compression localisés dont l'étude servira au diagnostic.

En outre, le caractère des douleurs nocturnes, la coïncidence d'autres affections syphilitiques, les antécédents du malade, le siège de la lésion ordinairement au niveau des os superficiels fourniront de précieuses indications.

Traitement. — On a conseillé localement les frictions avec l'onguent mercuriel, les emplâtres mercuriels; le traitement mixte et surtout l'emploi de l'iodure de potassium à doses croissantes sont beaucoup plus efficaces et permettent souvent d'obtenir la résolution des gommages avant leur ramollissement. Ce traitement doit encore être prescrit si les gommages s'enflamment; il faudra en outre ouvrir les abcès, faire dans les foyers cariés des injections détersives, enlever les séquestres s'il est nécessaire. Enfin, pour prévenir la débilitation si fréquente de l'organisme, il sera utile de prescrire un traitement reconstituant.

2° LÉSIONS OSSEUSES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

VALLEIX, RANVIER (1865) GUÉNIOT (1869), etc., avaient déjà signalé des altérations graves des cartilages épiphysaires chez les nouveau-nés; la question a été étudiée avec beaucoup de soin en Allemagne par WEGNER (1870), en France par PARROT (1871). Depuis quelques années, grâce aux recherches de WAL-

DEYER et KOBNER, de HAAB, KASSOWITZ, CORNIL et RANVIER, SHILLING, PELLIZARI et TAFANI, l'histoire des lésions primitives de la syphilis héréditaire est bien connue. Les altérations de la syphilis héréditaire tardive ont également été l'objet de mémoires importants de WEGNER, ROUSSEL, TAYLOR et LANNELONGUE (1881).

A. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRIMITIVE

WEGNER avait admis trois degrés dans l'altération syphilitique des os chez les nouveau-nés, qu'il désigne sous le nom d'*ostéo-chondrite*. Au premier degré, ces os présentent une couche spongio-calcaire anormale de deux millimètres d'épaisseur, intermédiaire entre l'os et le cartilage, constituée par une zone de calcification du tissu cartilagineux, plus épaissie que normalement. Cette couche fragile serait due à une prolifération très active du cartilage, à une incrustation calcaire trop grande et à un arrêt de l'ossification.

Au deuxième degré, la zone spongio-calcaire, double du premier degré, mesure quatre millimètres; elle envoie de plus des travées calcaires jusque dans l'épaisseur du cartilage hyalin; la prolifération cartilagineuse excessive aboutit à la formation d'amas de cellules dans lesquelles pénètrent des vaisseaux. On y trouve du tissu ostéoïde. Aussi dans ce second degré la perturbation de l'ossification est-elle encore plus marquée, il y a de l'os dans les points où il ne doit pas y en avoir normalement.

L'épaississement du périoste et du périchondre au niveau des épiphyses osseuses caractérise le troisième degré. Entre l'épiphyse et la diaphyse il existe une couche molle, gris-rougeâtre, parfois jaunâtre, qui ressemble à du pus; la moëlle diaphysaire elle-même est plus grise. L'interposition de cette couche molle entre les deux parties de l'os diminue leur adhérence; elles peuvent se disjoindre, glisser l'une sur l'autre, et ne sont retenues que par le périoste. Suivant les degrés cette couche molle renferme du tissu de granulation ou des globules de pus.

WEGNER avait déjà été frappé des traits de ressemblance entre cette ostéo-chondrite syphilitique et le rachitisme; mais, comme nous le verrons bientôt, il différencie les deux maladies.

PARROT admet quatre degrés dans les lésions syphilitiques des os des nouveau-nés; les plus souvent altérés sont les os des membres, le crâne, les côtes, les clavicules. Au premier degré, les os plus lourds, se recouvrent d'une couche jaune paille, circonscrite ou diffuse, d'ostéophytes qui parfois doublent l'épaisseur de l'os. Le canal médullaire est plus petit par le fait d'une formation osseuse centrale; les os iliaques, l'omoplate sont épaissis. Au second degré les mêmes caractères paraissent atténués, les couches nouvelles moins denses, plus régulières et plus poreuses. Les lieux d'élection de l'affection siègent au niveau de la partie inférieure de la diaphyse humérale et de la partie supérieure de celle du cubitus. On en trouve aussi à la face antérieure du fémur et à la face interne du tibia.

Le tissu spongieux, au voisinage des extrémités, présente un ensemble de lésions décrites par PARROT sous le nom d'*atrophie gélatiniforme* caractérisée par la présence de taches jaune serin, mais ou rouges, ramollies. Ce tissu

altéré s'étend au tissu compact de la diaphyse, au cartilage chondro-calcaire et plus tard au cartilage épiphysaire qui prend une coloration rouge brun.

Telle est l'origine de ce que PARROT appelle la *pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés*. Sous l'influence de mouvements spontanés ou communiqués, l'os se brise au voisinage du cartilage et les os glissent ou se courbent sur les extrémités décollées, d'où une grande impotence. Si ces foyers s'enflamment, suppurent, le pus se fait jour au dehors ou dans une articulation voisine.

Le troisième degré est caractérisé par la médullisation; elle ne se montre que sur des sujets plus âgés; on retrouve encore quelques ostéophytes et l'altération gélatiniforme, mais en plus il y a une production exagérée de moelle qui se substitue aux ostéophytes sous-périostiques. Cette altération se voit surtout à l'extrémité inférieure de l'humérus. Ainsi on trouve une couche médullaire très abondante sous le périoste et une autre plus forte qui s'étend jusque dans le cartilage épiphysaire hyalin.

Avec le quatrième degré apparaît le tissu spongoïde à la place de la couche chondro-calcaire. Cette modification par le progrès de l'âge tend à se rapprocher du rachitisme.

Y a-t-il identité entre ces lésions syphilitiques et celles du rachitisme? telle est la question qui s'est posée naturellement après les travaux des divers auteurs. Si PARROT, LANNELONGUE croient pouvoir accepter sans réserves cette interprétation, WEGNER, et d'une façon générale la plupart des auteurs allemands n'admettent pas cette identité. En France, CORNIL et RANVIER ne considèrent pas jusqu'à nouvel ordre les lésions des deux affections comme identiques. Il est fort possible que deux maladies différentes soient susceptibles de provoquer dans le processus d'ossification des perturbations de même ordre au moins en apparence.

Un autre point a été également très discuté dans ces dernières années: il s'agit du décollement épiphysaire et de la suppuration qui peut en être la conséquence. Tandis que WEGNER regarde le décollement épiphysaire comme résultant d'un travail inflammatoire qui s'établit au niveau de la ligne d'ossification, HAAB, VERAGUTH, CORNIL et RANVIER croient qu'il est dû à une fracture produite par une cause extérieure favorisée seulement par un retard de la formation osseuse. SHILLING, dans un travail plus récent acceptant cette dernière opinion, admet que le décollement se produit par une fracture accidentelle que favorise le retard de la formation osseuse et la diffusion de l'infiltration calcaire.

Aujourd'hui nombre d'auteurs pensent que ce décollement peut guérir; PARROT, TAYLOR, KASSOWITZ en ont cité des exemples et pour ce dernier le périoste produirait très fréquemment autour du décollement un cal cartilagineux.

Symptômes. — On comprend combien il est difficile de décrire les symptômes d'une maladie encore assez mal déterminée et sujette à contestation: Les os longs présenteraient des nodosités, des gonflements circonscrits ou diffus, souvent bien difficiles à percevoir; les fractures complètes ne sont pas rares; enfin le décollement produit la pseudo-paralysie décrite par PARROT.

Sous le nom assez impropre d'exostoses crâniennes, le même auteur a décrit

des périostoses circonscrites, arrondies, formant un léger relief, siégeant de préférence sur les deux frontaux et les deux pariétaux au voisinage du bregma; les crânes sur lesquels on observe ces mamelons ont été désignés sous le nom de *natiformes* par PARROT. Les perforations crâniennes, dans cette maladie, sont faciles à reconnaître.

B. — LÉSIONS TARDIVES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

BOUGHARD paraît être l'un des premiers auteurs qui aient attiré l'attention sur cette variété de manifestations osseuses de la syphilis (1873). Entrevue par GOSSELIN, TAYLOR, ROUSSEL, cette affection a été l'objet d'un travail intéressant de LANNELONGUE (1881). En général au delà de l'âge de quatre ans, apparaissent des gonflements osseux multiples. Les manifestations tardives se développent lentement, deviennent l'origine d'hyperostoses noueuses à surface grenue et irrégulière. La suppuration et la nécrose de ces productions sont exceptionnelles. Il n'en serait pas de même des douleurs qui persistent souvent et longtemps, mais qu'un traitement convenable diminue toujours. Ces lésions peuvent être isolées, ou bien coïncider avec un état plus ou moins cachectique du sujet et d'autres syphilides.

Il en résulte à la longue des déformations permanentes, fréquentes sur le tibia, le cubitus, le radius, le fémur et l'humérus; le traitement n'ayant d'action qu'au début, reste inefficace contre les périostoses. Le diagnostic exact de semblables altérations est très délicat; les divergences d'opinions qui se sont manifestées au sein de la Société de chirurgie sur cette question, témoignent assez des difficultés que présente la détermination exacte de la nature de ces productions.

CHAPITRE VIII

LÉSIONS DE NUTRITION DES OS

§ 1^{er}. — Rachitisme

SYNONYME. — Rickets. — Morbus Anglorum.

Bibliographie. — J.-L. PETIT, *Traité des mal. des os*, 1735. — LEVACHER, *Traité du rachitis*, Paris, 1772. — POUTEAU, *Oeuvres posthumes*, 1783, t. 1^{er}. — RUFZ, *Gaz. méd.*, 1834. — J. GUÉRIN, in *Ibid.*, 1839. — GURLT, *De Ossium Rachitide*, etc., Berlin, 1848. — TROUSSEAU et LASÈGUE, *Arch. gén. de méd.*, 1849, t. 1^{er}, p. 257. — BROCA, *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 141. — VIRCHOW, in *Arch. de Virchow*, Bd. V, 1853. — BOUVIER, *Mal. chroniques de l'appareil locomoteur*, 1858, p. 205. — RITTER VON RITTERSHAIN, *Die Path. u. Ther. der Rachitis*, Berlin, 1863. — R. VOLKMANN, in *Handbuch de Pitha et Billroth*, Bd. II, 1865. — J. BÖCKEL, in *Bull. de la Soc. de Pathol. Externe*.