

leur origine. — Consécutives à la périostite, elles restent tout à fait superficielles. — Consécutives à une ostéite diffuse, elles produisent un séquestre lisse, compact, égal, qui ne se sépare pas spontanément de l'os vivant voisin ; — consécutives à une ostéite circonscrite, elles produisent au contraire un séquestre à bords bien tranchés, vermoulu, contenant des cavités remplies de débris gommeux, noirâtre, enchâssé dans l'os voisin comme dans un verre de montre.

B. SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — Les lésions crâniennes de la *syphilis héréditaire infantile* ne diffèrent des précédentes que par des nuances dues

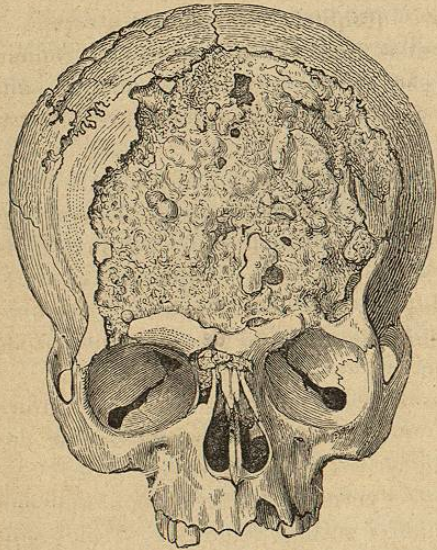


Fig. 53. — Nécrose syphilitique des os du crâne.

à l'âge des sujets : on a signalé des périostites, des ostéites gommeuses, circonscrites ou diffuses ; l'hyperostose prend toutefois souvent le caractère un peu particulier d'ostéophytes superposées à l'os. « Il se forme, dit Parrot, des mamelons aplatis, circulaires, qui se distinguent nettement des parties saines par leur saillie, leurs porosités, et, à l'état frais, par leur couleur rouge ou violacée. Primitivement peu étendus, ils envahissent parfois la plus grande partie de la table externe. A leur niveau, la paroi, notablement épaissie, peut avoir 10, 15, 20 et même 40 millimètres. Leur tissu consiste en

de larges espaces vasculo-médullaires, limités par des trabécules osseuses perpendiculaires à la surface crânienne. » Ces ostéophytes se localisent d'ordinaire au pourtour du bregma, sur les deux frontaux et les deux pariétaux ; quelquefois, des ostéophytes pariétaux, plus développés, partent deux crêtes suivant à droite et à gauche la suture sagittale et qui donnent au crâne un aspect natiforme (Parrot) ; d'autres fois, ce sont les ostéophytes frontaux qui se développent davantage, et donnent au crâne l'aspect en carène ou olympien. (Fournier.) Les lésions crâniennes de la *syphilis héréditaire tardive* n'offrent même pas, avec celles de la syphilis acquise, les nuances que nous venons de noter pour la syphilis héréditaire précoce. Elles leur sont identiques. Le professeur Fournier et M. Charles Mauriac y ont insisté dans leurs *Leçons* et Gangolphe, dans une récente *Étude sur l'hérédosyphilis osseuse tardive*, en figure un cas qui confirme pleinement cette opinion.]

Telles sont les lésions que la syphilis produit sur la boîte crânienne. Nous serions incomplet si nous n'ajoutions qu'elle peut en outre, sans y localiser aucune lésion, rendre chez l'adulte les fractures particulièrement difficiles à réunir, et, chez l'enfant, exercer sur son développement une influence néfaste, qui se traduit par des microcéphalies, des hydrocéphalies, de la crâniomalacie, de l'aplasie, tous vices de développement qui peuvent se montrer également sous l'influence d'autres diathèses ou même de maladies infantiles aiguës ou chroniques, et qu'il serait par conséquent tout à fait illogique de décrire — quoi qu'on l'ait fait pour plus d'une de ces lésions — à la suite de la syphilis héréditaire infantile crânienne.

Symptomatologie. — A. SYPHILIS ACQUISE. — Les lésions crâniennes de la syphilis acquise présentent des caractères cliniques que nous pouvons, d'après l'étude anatomique précédente, prévoir très différents, suivant les cas.

Le plus souvent, il existe à la fois des symptômes locaux et des symptômes fonctionnels ; d'autres fois, il existe seulement des symptômes fonctionnels : nous allons étudier successivement ces deux catégories de faits.

a. *Lésions présentant à la fois des symptômes locaux et des symptômes fonctionnels.* — Ces lésions peuvent se montrer à la période secondaire ou à la période tertiaire.

α. A la période secondaire, souvent à une date très précoce, quinze ou vingt jours après le chancre, on voit parfois survenir des saillies crâniennes, les unes molles, les autres dures.

1° Les saillies molles, dues à de la périostite, se localisent au niveau des régions pariétale, temporale ou surtout frontale : « Elles sont très circonscrites, disait en les décrivant le professeur Fournier, dans une leçon récente (mai 1895), affectant le plus souvent l'étendue et la forme d'une pièce de 50 centimes, quelquefois plus larges, quelquefois plus petites, figurant un léger relief étalé en plateau, relief de un à deux millimètres environ, donnant au toucher la sensation d'une petite bosse rénitente, d'un empâtement phlegmoneux. Quelquefois on a une fluctuation obscure, comme si quelques gouttes de liquide étaient interposées entre l'os et le périoste. Ces lésions sont spontanément douloureuses et déterminent une souffrance vague de tension. Mais surtout, et c'est là leur caractère clinique principal, elles sont extrêmement sensibles, extrêmement douloureuses à la pression, voire au moindre contact. Dès qu'on les touche, le malade sursaute et quelquefois pousse un cri. Lorsque, dans une salle de vénériens et surtout de vénériennes, on trouve un malade non coiffé et la tête couverte d'un bonnet, il est à peu près certain qu'on a affaire à cette lésion. »

2° Les saillies dures sont dues, soit à de la périostose, soit à de l'exostose. — La périostose forme une saillie légère et bien limitée,

douloureuse spontanément, plus douloureuse encore au toucher, en somme analogue, sauf la consistance, à la saillie molle tout à l'heure décrite. — L'exostose offre un volume plus considérable : on en a vu qui atteignaient celui d'un œuf de dinde. « Elles sont immobiles sur la voûte crânienne, ordinairement bien circonscrites et de forme arrondie. Leur nombre est très variable, mais le plus souvent limité à deux ou trois ; il paraît être en raison inverse du volume. Leur accroissement est progressif ; dans certains cas, cependant, il semble se faire avec une grande rapidité. La peau qui recouvre les exostoses n'est pas colorée et glisse facilement sur elle. Une adénopathie cervico-crânienne les accompagne fréquemment. » (Galtier-Boissière.)

Ces diverses lésions secondaires, périostites, périostoses et exostoses, ont une évolution fort courte, même en l'absence de traitement spécifique : elles cèdent à celui-ci en quelques jours, sauf peut-être, au point de vue tumeur, quelques exostoses, volumineuses et tardivement traitées (Gosselin). Ces mêmes exostoses volumineuses peuvent aussi, d'ordinaire à la suite d'un traumatisme, se recouvrir d'une collection purulente qui les détruit en partie, se fistulise et peut provoquer une nécrose localisée : cet accident est tout à fait exceptionnel.

β. A la période tertiaire, la lésion, qui est une gomme, a des caractères un peu différents suivant le siège primitif du foyer gommeux. — Provient-il du cuir chevelu, la gomme forme une masse sous-cutanée, plus ou moins hémisphérique et mobile, qui ne tarde pas à s'aplatir, s'étaler et adhérer aux os ; les téguments offrent alors une dépression d'autant plus marquée que la lésion osseuse est plus profonde et d'ordinaire légère, la table externe étant seule atteinte. — Provient-elle du périoste, la gomme est, dès le début, fixée au crâne. « Il est des cas où l'on sent très nettement qu'elle est logée au-dessous du niveau de l'os, qui peut même surplomber tout autour sous la forme d'une couronne d'ostéophytes, d'où une consistance plus dure à la périphérie qu'au centre. (Galtier-Boissière.)

Les gommes d'origine sous-cutanée ou périostique ne présentent spontanément qu'une sensibilité vague, mais elles sont plus ou moins douloureuses à la pression. Chez les vieillards, ainsi que l'ont remarqué Terrier et Luc, elles sont particulièrement peu douloureuses.

Les gommes, à peu près toujours multiples, d'emblée ou par suite de poussées successives qui ont tendance à s'enfoncer (c'est-à-dire d'abord composées de gommes seulement sous-cutanées, puis à la fois de gommes sous-cutanées et périostiques, puis seulement de gommes périostiques), siègent de préférence au frontal, mais le dépassent fort souvent, pour envahir toute la moitié antérieure, toute une moitié latérale, toute la superficie de la voûte crânienne : elles empiètent aussi d'autre part sur les os faciaux voisins, malaire, nasaux, maxillaires supérieurs.

Sur ces larges surfaces on observe, non seulement des gommes à la période d'activité, telles que nous venons de les décrire, mais aussi à l'une ou à l'autre des phases ultérieures que voici :

1° La gomme a évolué sans altérer les téguments ; la peau qui la recouvre conserve son aspect et sa couleur normale, mais elle est légèrement déprimée et, lorsqu'on la palpe, on trouve soit une dépression de la surface crânienne, soit même une véritable perforation qui peut avoir des dimensions notables, et qui est bordée d'une couronne plus ou moins irrégulière et large d'hypertrophie.

2° La gomme, ce qui est plus fréquent, s'est ramollie. La peau devient rouge, chaude et douloureuse ; la fluctuation est d'abord incertaine, puis franche, et bientôt une ouverture se forme, anfractueuse, à bords décollés, donnant issue à du pus floconneux, grisâtre et mal lié qui peut, chez les vieillards, être absolument séreux (Terrier et Luc). — Cette ulcération peut se terminer après élimination osseuse parcellaire plus ou moins marquée, sans formation de séquestre : des bourgeons charnus se forment, puis une cicatrice rétractée, mais régulière et arrondie, leur succédant, s'enfonce dans une cupule plus ou moins profonde, suivant le degré de destruction de la voûte. — En général, l'ulcération aboutit à une nécrose. Celle-ci peut être exfoliatrice, et c'est une lamelle seulement qui se sépare ; plus souvent il se forme « un ou plusieurs vrais séquestres d'une étendue très variable. Placés au contact de l'air, ils apparaissent sous la forme d'une masse noirâtre qui, explorée à l'aide d'un stylet, donne la sensation d'une surface dépolie et percée de petits orifices. Autour se trouve un sillon, qui, peu à peu, augmente de profondeur et finit par permettre à l'os mortifié de se détacher complètement, mais ce travail dure des mois si le séquestre est enchâssé par les parties voisines. » (Galtier-Boissière.) Le travail d'élimination est accompagné d'une suppuration très abondante et fétide, que l'on a vu, dans des cas exceptionnels, gagner les parties voisines, par exemple les paupières. Enfin, arrive un jour où le séquestre se détache ; souvent il en résulte une perforation complète, parfois petite, et alors oblique, en tunnel aplati, recouvert et entouré de saillies et de ravinements hyperostotiques, parfois énorme, s'étendant à une grande partie du frontal, comme dans un cas de Vedrènes, au frontal entier (Toland), au frontal et à la voûte des deux orbites (Norton), enfin aux deux tiers de la voûte orbitaire, comme dans un cas d'Owen. En tout cas, les bords de la perforation sont verdâtres, durs, quoique dentelés, et son fond formé par la dure-mère recouverte de bourgeons charnus. Une fois l'élimination faite, la plaie, fort laide et décollée, tend cependant à se fermer : il restera une déformation permanente du crâne et une cicatrice déprimée, étoilée, qui, dans plus d'un cas, devient le point de départ d'une nouvelle poussée gommeuse avec élimination de nouveaux séquestres.

On le voit, les lésions gommeuses crâniennes peuvent acquérir une intensité et une étendue véritablement effrayantes : cependant, elles sont loin de s'accompagner constamment d'accidents fonctionnels. L'encéphale réagit parfois, il est vrai, par des attaques épileptiformes ou paralytiques limitées : mais ce sont là des phénomènes rares et transitoires. Le malade souffre, mais il est rare que ses souffrances soit bien intenses. Enfin, il est curieux de voir avec quelle facilité est supportée la suppuration si longue et si abondante qui accompagne l'élimination des séquestres spécifiques crâniens.

b. *Lésions présentant uniquement des symptômes fonctionnels.* — Il est cependant des cas de syphilis acquise qui, évoluant dans l'épaisseur de l'os, ou entre l'os et la dure-mère, ne peuvent se révéler que par ses phénomènes fonctionnels. C'est dire combien leur symptomatologie sera souvent fruste et incertaine.

α. Des congestions passagères et légères de l'os peuvent se révéler par l'existence d'un point douloureux, dit ostéalgique. « Au niveau d'un os, dit le professeur Fournier, il existe une douleur superficielle, circonscrite, facilement limitable par le palper qui provoque à ce niveau une véritable angoisse ; avec cette douleur, aucun autre symptôme : nulle tuméfaction, nulle saillie, pas d'altération tégumentaire ; surface de l'os absolument lisse et normale. La douleur constitue seule l'état morbide. »

β. Les lésions (exostoses, gommés) qui se développent à la face interne du crâne peuvent également ne donner lieu qu'à une douleur osseuse limitée. Volumineuses ou se développant rapidement, elles provoquent en outre des vertiges, de l'assoupissement, des accidents d'épilepsie localisée. Ajoutons que, par suite de leur évolution vers l'extérieur, elles peuvent, après une période d'accidents seulement fonctionnels, se manifester par un ramollissement ou une tuméfaction localisés identiques à ceux que nous avons décrit tout à l'heure.

B. *SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.* — Les manifestations crâniennes de la *syphilis héréditaire tardive* ne diffèrent en rien de celles de la syphilis acquise. Celles de la *syphilis héréditaire précoce* peuvent, elles aussi, être identiques : une mention particulière doit être cependant faite pour les ostéophytes, qui forment des mamelons très durs, aplatis, étalés, circulaires, siégeant au pourtour du bregma sur les deux frontaux et les deux pariétaux, au nombre de quatre par conséquent, exceptionnellement de cinq lorsqu'une autre saillie se forme sur la membrane bregmatique ossifiée, et qui peuvent donner au crâne les aspects naliforme, en carène, olympien, ainsi que nous l'avons déjà dit : ajoutons du reste que ces déformations, très accentuées dans le jeune âge, s'atténuent et même disparaissent d'ordinaire vers six ou sept ans.

Diagnostic. — Le diagnostic des lésions crâniennes syphilitiques est d'une difficulté très variable suivant les cas.

1° *Il en est où il est véritablement impossible, la lésion étant absolument muette, au point de vue physique ou fonctionnel ; elle ne peut être qu'une surprise d'autopsie.*

2° *Il en est où le diagnostic est très difficile, lorsqu'existent seulement des symptômes fonctionnels.*

a. Lorsque les symptômes fonctionnels sont des symptômes douloureux, se soulève le problème du diagnostic différentiel de la céphalée syphilitique à lésion avec les diverses céphalées qui peuvent, en l'absence d'une lésion localisable, survenir chez un syphilitique. Le professeur Fournier, qui en a fait récemment une étude magistrale, classe ces céphalées sans lésion en céphalées syphilitiques et céphalées non syphilitiques.

Les premières, céphalées syphilitiques sans lésion, comprennent : — la névralgie crânienne caractérisée par la circonscription de la douleur au trajet d'une branche nerveuse, avec exacerbation par pression en son point d'émergence crânienne ; son type usuel est constitué par la névralgie sus-orbitaire, quoiqu'elle puisse siéger aussi sur les rameaux auriculaires et mastoïdiens du plexus cervical ainsi que sur le grand nerf occipital ; elle est surtout commune à la période secondaire. — La céphalgie secondaire, caractérisée par une douleur généralement étendue, étalée, souvent même presque générale mais avec prédominance en certains points, particulièrement au front, souvent aussi à la tempe et à l'occiput ; douleur d'intensité très variable, accompagnée de modification morale et d'incapacité intellectuelle, d'ordinaire intermittente, avec accès vespéraux ou nocturnes, d'autres fois continue avec exacerbation, douleur enfin qui dure plusieurs semaines ou plusieurs mois, à moins que le traitement, intervenant, ne la fasse disparaître. — L'encéphalgie prémonitoire des encéphalopathies syphilitiques, encéphalgie caractérisée par une intense et profonde douleur, gravative, constrictive ou martelante, circonscrite ou diffuse, douleur très intense avec délire éphémère et tranquille, qui peut se transformer en délire furieux lorsque les souffrances acquièrent une violence extraordinaire, douleur à exacerbations nocturnes, douleur enfin remarquable par sa ténacité, et qui, si le traitement ne survient pas, précède la catastrophe de quelques semaines seulement, ou s'il survient, mais insuffisant, peut se calmer à plusieurs reprises avant la mort. — En somme trois variétés : névralgie, céphalgie, encéphalgie, qu'il est utile de distinguer des céphalées symptomatiques des lésions crâniennes syphilitiques, mais qui n'en sont pas moins des céphalées syphilitiques, c'est-à-dire des céphalées qui relèvent essentiellement du traitement mixte, plus ou moins énergique, suivant les cas.

Au contraire, le traitement ne produit aucun effet dans les céphalées non syphilitiques du tabès, les douleurs crâniennes névralgiformes de l'hystérie, le clou spécial : céphalées de la neurasthénie,

dont la douleur n'est pas une douleur vraie, mais une sensation de vague, de vide, de casque serrant les tempes ou l'occiput, présentant des exacerbations presque toujours diurnes et exclusivement diurnes, débutant dès le réveil pour se prolonger tout le jour et s'apaiser la nuit, durant non des jours ou des semaines, mais de longs mois et même des années.

b. Lorsque les symptômes fonctionnels sont des symptômes encéphaliques, le diagnostic est encore souvent délicat et demande à être fait soit avec les lésions non syphilitiques, soit avec les lésions syphilitiques des méninges et de l'encéphale. Le traitement suffira d'ordinaire pour résoudre la première question quoique, et c'est un détail qu'on oublie trop souvent, des gliomes et des sarcomes indiscutables puissent voir leurs symptômes passagèrement atténués sous son influence. La seconde question aura pour critérium la céphalée prémonitoire, les oscillations, le groupement des symptômes en types constants, l'envahissement des nerfs de la base, qui ne s'observent pas dans les lésions crâniennes syphilitiques, mais seulement dans les encéphalopathies syphilitiques proprement dites.

3° Enfin le diagnostic devient généralement facile, lorsque les symptômes physiques dominent la scène.

A. Le diagnostic différentiel de ces cas à symptômes physiques ne peut pas être hésitant lorsqu'on se trouve en présence d'un crâne criblé de gommages plus ou moins ulcérées : leur aspect ne rappelle ni celui de l'ostéomyélite qui a une marche suraiguë, ni celui de la tuberculose, dont les limites sont plus précises et les séquestres plus restreints. Il peut être plus délicat, entre une gomme bien circonscrite et une loupe suppurée, entre une exostose spécifique et une exostose ostéogénique, entre une périostite spécifique et une périostite traumatique ou un lipome congénital sous-périostique devenu douloureux après une longue période de latence : toutefois, croyons-nous, l'examen attentif des antécédents du malade, et surtout l'épreuve du traitement spécifique, ne permettront dans aucune de ces circonstances une longue hésitation.

B. Le diagnostic intégral des cas à symptômes physiques comporte également quelques problèmes intéressants.

a. Plusieurs lésions syphilitiques peuvent ne différer que fort peu l'une de l'autre : telles les périostites et les gommages ; elles surviennent à une époque différente de l'affection, la gomme, plus dure d'abord, est plus molle ensuite, elle a une évolution, soit atrophiante, soit ulcéreuse, tandis que la périostite disparaît sans laisser de traces.

b. Les lésions de la syphilis acquise peuvent absolument simuler celles d'une syphilis héréditaire précoce ou tardive : les lésions gommeuses de l'héredo-syphilis surviennent d'ordinaire de douze à vingt ans, alors que le malade présente des altérations viscérales multiples, un aspect vieillot, ratatiné, atrophie : malgré tout,

on n'aura, dans un certain nombre de cas, que des probabilités.

Pronostic. — Le pronostic est très variable, suivant qu'on a affaire à des accidents secondaires ou tertiaires, à un individu qui, par ses lésions viscérales concomitantes, son état général, son âge, a ou non les moyens de faire les frais de sa maladie ; à un individu qui comprend ou non l'importance du traitement spécifique.

Traitement. — Celui-ci est en effet d'un intérêt capital. Même très tardivement appliqué, il a presque toujours des résultats rapides et remarquables. On associera l'action du traitement mixte général à l'application locale de la pommade mercurielle, s'il n'y a pas d'ulcérations, et aux bandelettes de Vigo en cas contraire.

Le traitement chirurgical est très rarement indiqué. On jugera à propos d'intervenir dans quelques exostoses résistant au traitement spécifique, surtout si, par l'existence de symptômes cérébraux concordants, on soupçonne qu'à l'exostose correspond une énostose sous-jacente. On interviendra encore plus volontiers en présence de séquestres dont il s'agit de hâter l'élimination désespérément lente. Il ne faut pas croire du reste que leur extraction soit toujours facile ; ils sont enchâssés dans une hyperostose dure et compacte, où le ciseau mord à peine, et qui, par son inégalité d'épaisseur d'un point à l'autre, exige une grande prudence de la part de l'opérateur. Toutes les observations publiées insistent sur l'effort matériel énergique et habile qu'il est nécessaire de déployer dans ces cas ; nous en avons été témoin dans une intervention à laquelle M. Verchère a bien voulu nous demander d'assister, et où il s'agissait d'extraire un séquestre enchâssé du frontal, gros comme une pièce de cinq francs, chez une vieille syphilitique au crâne couturé de lésions anciennes. Il faut bien se souvenir que, dans les cas de ce genre, on doit avoir pour but l'extraction du séquestre : les lésions avoisinantes relèvent du traitement médical, et n'ont que peu ou rien à faire avec la chirurgie ; précepte dont l'oubli pourrait dans ces cas, du reste rares, entraîner à des interventions beaucoup trop étendues.

4° et 5° Ostéites actinomycotiques et phosphoriques.

L'ostéite actinomycotique est due à l'envahissement de l'os par les graines de ce champignon et l'ostéite phosphorique est due aux altérations osseuses, compliquées d'infections secondaires, qu'entraîne la manipulation du phosphore. Elles sont toujours consécutives à des ostéites homologues des maxillaires supérieur ou inférieur ; elles n'en constituent à proprement parler qu'une complication et seront décrites à leur propos : nous avons toutefois cru devoir les noter à cause des erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner et de l'importance primordiale qu'acquiert la localisation crânienne lorsqu'elle se complique, ce qui s'est vu, d'accidents méningo-encéphaliques.