

De telles interventions sont le plus souvent atypiques; la conduite du chirurgien est subordonnée à l'étendue, à la profondeur de la lésion, en un mot, aux constatations qu'il peut faire aisément, sur des tissus exsanguifiés par l'application préalable de la bande hémostatique.

S'agit-il de lésions relativement anciennes, les conditions sont tout autres. Pour les membres, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, on fera chez les enfants de la conservation à outrance, on aura recours aux cautérisations, aux résections qui sont les opérations de choix, à cette période de la vie et pendant la jeunesse. Plus tard, chez les adultes, chez les vieillards, on devra souvent amputer, mais ici encore des distinctions devront être établies d'après le siège de la bacillose, sa forme, son étendue, etc.

Les lésions diffuses, la forme maligne de la tuberculose osseuse, nécessitent également le sacrifice du membre.

Quant à la cautérisation avec le fer rouge, que l'on emploie fréquemment pour compléter l'action de la curette, de la gouge, elle sera surtout réservée aux foyers fongueux, aux os cariés. Elle agit, d'une part, en détruisant directement une certaine quantité de tissu malade et, d'autre part, en modifiant à distance les micro-organismes qui infiltrent les tissus. Dans ces cautérisations interstitielles, alors que le fer rouge traverse, de part en part, des os malades, enflammés et graisseux, il faut rejeter le thermo-cautère dont le rayonnement est trop faible, pour employer les cautères habituels.

Dans les cautérisations transcurrentes du genou, du pied, etc., nous avons toujours la précaution d'inciser la peau au niveau du trajet que doit parcourir le fer rouge. C'est le moyen d'éviter à la peau des pertes de substance étendues, qui mettent un temps souvent considérable à se réparer et qui laissent des cicatrices profondes.

Les récidives si fréquentes de la tuberculose osseuse obligent le chirurgien à surveiller pendant longtemps les opérés, à diriger leur traitement jusqu'à la complète cicatrisation et, dans le cas de résection articulaire, à assurer le rétablissement de la fonction du membre réséqué. Le traitement général joue, en pareil cas, un rôle considérable, en même temps que, par les moyens déjà indiqués, on luttera contre les réinoculations possibles et la transformation des bourgeons en fongosités. — Ces réinoculations sont particulièrement à redouter dans les ostéites iliaques, costales, etc., dont elles assombrissent beaucoup le pronostic.

CHAPITRE IV

LÉSIONS SYPHILITIQUES DES OS

La syphilis, à tous ses degrés d'évolution (*périodes secondaire et tertiaire*), quelles que soient l'origine et la date d'apparition de la contagion (*syphilis acquise, congénitale ou héréditaire tardive*), atteint le tissu osseux.

On peut décrire de deux façons différentes les lésions syphilitiques des os : étudier successivement les lésions qui frappent les différents plans ou parties constitutives du système osseux : périoste, tissu compact, moelle, diaphyse

et épiphyses, sans tenir compte de l'âge, de la forme de la syphilis, quitte à faire remarquer, chemin faisant, que telle ou telle localisation se rencontre, de préférence, à telle ou telle période et dans telle ou telle forme de la vérole; ou bien examiner, dans un premier chapitre, toutes les lésions, profondes et superficielles, de la syphilis secondaire d'abord, puis passer à l'étude des altérations diverses de la période tertiaire et enfin terminer par une description générale de la syphilis osseuse, héréditaire, précoce et tardive. Cette deuxième méthode est préférable, car elle répond au tableau clinique de la syphilis osseuse, dans laquelle les lésions prennent souvent une physionomie particulière, suivant les différents âges et les différentes formes de l'affection et alors que, souvent, toutes les parties de l'os sont simultanément intéressées. Dans le cours de cette étude, nous indiquerons les principaux travaux dont nous sommes inspiré.

I

LÉSIONS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

La syphilis peut porter son action sur le système osseux peu de temps après l'accident primitif, au moment de l'apparition des lésions les plus précoces, telles que la roséole et les plaques muqueuses. L'histoire de ces manifestations osseuses hâtives de la vérole se résume, presque tout entière, dans l'étude des *périostites* et des *périostoses*. La syphilis secondaire touche profondément le tissu lymphoïde, et l'on s'explique alors aisément les lésions précoces de l'os, qui est, en somme, baigné de tissu médullaire, de leucocytes. « Quoi de plus rationnel, en effet, dit très justement Jullien, que d'attribuer le soulèvement du périoste à la tuméfaction de la couche médullaire qui le tapisse, et qui fatalement, comme la rate, comme les amygdales, ou tout organe lymphoïde, subit l'influence du virus? »

Les *os du crâne*, surtout le frontal, les côtes, le sternum, le tibia, sont les lieux d'élection de ces périostites, qui se révèlent d'une façon soudaine. Après les douleurs, souvent très prononcées et survenant principalement pendant la nuit (*douleurs ostéocopes*)⁽¹⁾, apparaît dans les régions superficielles une tuméfaction inflammatoire plus ou moins accusée, dure, et de la largeur d'une pièce de 1 ou de 2 francs environ. La pression y est parfois fort mal supportée; certains sujets atteints de périostite de l'os frontal ne peuvent, par exemple, tolérer le contact du chapeau. Les périostites sterno-chondro-costales, bien décrites par Mauriac, créent des foyers douloureux fixés aux parois de la poitrine, qui doivent entrer, pour une certaine part, dans les causes de la dyspnée (*asthme syphilitique*), que l'on observe souvent à cette période.

Ces périostites disparaissent, parfois, sans laisser de traces. Elles ne suppurent et n'aboutissent à la nécrose sous-jacente que dans des cas très exceptionnels, mais elles laissent souvent après elles, une ossification localisée, assez

(1) Les douleurs ostéocopes, sourdes, diffuses et mobiles pendant la journée, deviennent plus intenses la nuit et ne cessent qu'à l'apparition du jour. C'est la chaleur du lit qui donne peut-être lieu à leur redoublement d'acuité; les boulangers qui travaillent et sont levés la nuit, souffrent plutôt le jour, quand ils se reposent, que la nuit, quand ils veillent, et les Kabyles qui couchent sur la terre, sans lit, seraient exempts de ces douleurs nocturnes (Rollet).

volumineuse, pour former une tuméfaction persistante; c'est la *périostose*. Les périostoses, dues à l'ossification de la couche ostéogène proliférée, sont longtemps douloureuses, spontanément et à la pression; elles peuvent même être le point de départ d'accidents graves, lorsqu'elles siègent sur la paroi interne de la voûte crânienne ou du canal rachidien. « Nous sommes convaincu, dit Jullien, que beaucoup de céphalées ne reconnaissent pas d'autre cause. » Leur présence, en certains lieux d'élection (crête des tibias, cubital, frontal), sert souvent à déceler une syphilis latente.

Il existe donc des lésions osseuses, comparables aux adénopathies secondaires, aux hypertrophies de la rate, des amygdales, avec même époque d'apparition. Ces lésions présentent le type fermentatif décrit par Bard; une prolifération cellulaire, accompagnée d'une hypertrophie plus ou moins marquée, aboutissant à l'ostéite condensante, à l'exostose.

Peut-être, à cette période hâtive, la syphilis localise-t-elle encore son action, non plus sous le périoste, mais dans la moelle même des os. C'est ainsi que s'expliqueraient ces douleurs osseuses, profondes, exécrables, dont se plaignent les malades; le tissu de la moelle proliféré, lui aussi, serait comme étranglé dans le canal médullaire et deviendrait l'origine de ces phénomènes douloureux, de ces *ostéalgies*, dans lesquelles aucun gonflement à l'extérieur ne vient traduire l'action du virus syphilitique, et qui doivent, néanmoins, correspondre à des lésions matérielles de la substance osseuse. La plupart de ces lésions précoces de la vérole, non seulement sont merveilleusement réparées et soulagées par le traitement spécifique (mercure surtout), mais encore *tendent naturellement à la guérison spontanée*, car elles sont résolutes, comme les éruptions tégumentaires précoces.

II

LÉSIONS DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Anatomie pathologique. — A cette période avancée de la syphilis, le virus manifeste son activité dans les os, ainsi que dans les parties molles et les viscères, par un processus spécifique, c'est-à-dire par la formation de *gommes*. « Ce qui distingue ces affections tardives de celles qui sont, au contraire, précoces, dit Rollet, c'est d'abord leur localisation sur un petit nombre de points du squelette, et, en second lieu, c'est que, loin de tendre naturellement à la résolution, elles sont, au contraire, très sujettes à modifier profondément la texture de l'os, à le raréfier ou à le scléroser, à en amener la mortification, ou bien à le déformer par des ossifications, très préjudiciables aux organes contigus, qu'elles peuvent irriter ou comprimer.

Le syphilome, ici la *gomme osseuse*, n'est autre, comme la gomme des autres tissus, qu'une accumulation de tissu embryonnaire, de petits éléments cellulaires, contenus dans un stroma fibrillaire, adénoïde, et subissant peu à peu une sorte de fonte, de désintégration granulo-graisseuse, qui débute par le centre du syphilome, le ramollit et finit par le rendre caséux en bloc. La production gommeuse peut rester superficielle, limitée aux couches sous-périostiques (*gommes sous-périostiques, périostite gommeuse*), ou bien s'étendre ou naître pro-

fondément dans le tissu médullaire proprement dit (*gommes médullaires, ostéomyélite gommeuse*). La plupart des auteurs avaient, jusqu'à ces derniers temps surtout, décrit la gomme sous-périostique, mais de récents travaux ont montré que l'origine de la lésion était souvent centrale; et si Heschl, Birch-Hirschfeld ont prétendu que la gomme était toujours primitivement périostique, qu'elle ne gagnait les parties profondes de l'os que secondairement et par extension, Ricord, Thierfelder, Hans, Chiari, Gangolphe, ont établi, au contraire, l'origine primitivement centrale, médullaire, du processus pathologique. Les premiers observateurs ont été trompés par ce fait que, souvent, aucun signe extérieur ne décelait la lésion centrale et que pour la constater, il faut ouvrir, fendre les os syphilitiques et examiner leur intérieur.

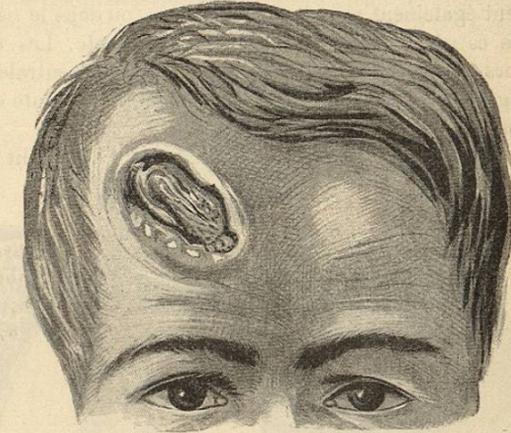


FIG. 283. — Ostéo-périostite gommeuse du frontal avec séquestre.

Le syphilome osseux peut être *circonscrit*, nettement limité à une portion bien déterminée de l'os, ou bien produire une lésion *diffuse*, une véritable *infiltration* de l'os tout entier, par la néoplasie gommeuse.

Dans le premier cas, si la *gomme* est *superficielle*, voici ce que l'on observe (la lésion est surtout fréquente et facile à étudier à la voûte crânienne). Un tissu

d'apparence gélatineuse s'accumule entre l'os et le périoste externe, ou entre l'os et la dure-mère, il entame peu à peu le squelette sous-jacent, par le mécanisme d'une ostéite raréfiante avec résorption progressive des trabécules et envahissement des mailles osseuses par les éléments cellulaires proliférés; il peut même *perforer* l'os de part en part. Si le néoplasme gommeux guérit, il subit lentement la transformation fibreuse, lardacée, et à sa place persiste une dépression cicatricielle, plus ou moins étendue, de *forme stellaire*. L'évolution de la gomme s'accompagne, du reste, d'une irritation de voisinage, variable d'intensité, susceptible d'aboutir à la production d'*ostéophytes périostiques* concomitants. A côté d'une gomme guérie ou non, peut en apparaître une deuxième, puis une troisième, qui arrivent à produire des érosions ou des perforations, dont les limites se fusionnent et donnent à l'ulcération osseuse un aspect *polycyclique caractéristique*.

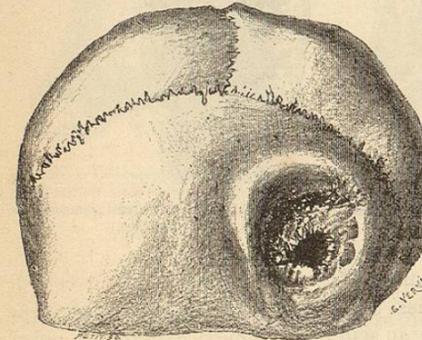


FIG. 284. — Ostéomyélite gommeuse perforante du frontal.

de forme stellaire. L'évolution de la gomme s'accompagne, du reste, d'une irritation de voisinage, variable d'intensité, susceptible d'aboutir à la production d'*ostéophytes périostiques* concomitants. A côté d'une gomme guérie ou non, peut en apparaître une deuxième, puis une troisième, qui arrivent à produire des érosions ou des perforations, dont les limites se fusionnent et donnent à l'ulcération osseuse un aspect *polycyclique caractéristique*.

Quand la *gomme est profonde*, on trouve disséminés, au sein des *os longs* par exemple, une série de petits foyers, plus ou moins dégénérés, remplis d'une substance ocreuse, et entourés de tissu scléreux avec éburnation de la coque diaphysaire ambiante, véritables lésions de défense du tissu osseux, comme on le voit pour certains tubercules circonscrits. Ces foyers gommeux se rencontrent également au sein des *épiphyèses*, ou dans le *tissu spongieux* des *os courts* et des *os plats*, dans le *diploé* du crâne, etc. Les deux lames compactes sont alors refoulées au dehors par la gomme centrale, et l'os, considérablement augmenté de volume, en un point donné, présente exactement l'aspect du *spina ventosa*.

Ces gommages centraux peuvent, nous l'avons dit, n'être décelées par aucune



FIG. 285. — Ostéomyélite gommeuse circonscrite du tibia. (M. Gangolphe.)

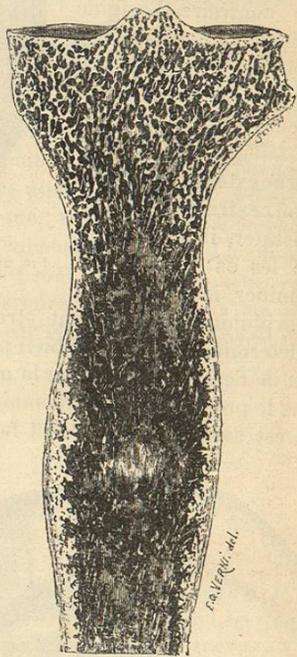


FIG. 286. — Coupe du tibia. Noyau gommeux central. (M. Gangolphe.)

réaction à la périphérie de l'os; mais souvent l'os est hyperostosé au niveau de la lésion et recouvert d'un périoste épaissi ou ostéophytique. Disons enfin que la présence de ces foyers pathologiques au sein des os longs, explique la possibilité de fractures spontanées.

L'*infiltration gommeuse diffuse* a des caractères différents et des symptômes d'une plus haute gravité que ceux de la gomme circonscrite. Si nous prenons un *crâne frais*, atteint de ces lésions, nous voyons, en soulevant le péri-crâne et en le détachant des parties sous-jacentes, partir de sa face profonde une série de fongosités, formées de vaisseaux embryonnaires et de jeunes cellules, qui pénètrent l'os, corrodé et troué dans tous les points correspondant à ces fongosités. De semblables bourgeons, partis de la dure-mère, peuvent marcher à

la rencontre des précédents, les rejoindre et perforer ainsi l'os en des points multiples; ils s'insinuent même au sein du diploé adjacent, ils y creusent des galeries plus ou moins étendues, aussi l'*os macéré* revêt-il un aspect des plus caractéristiques. Au voisinage des lésions, il est d'abord fortement épaissi et le diploé ossifié est devenu complètement éburné; au niveau même de la gomme, l'os est troué, en différents endroits, *comme une écumoire*; ou bien, il est comme

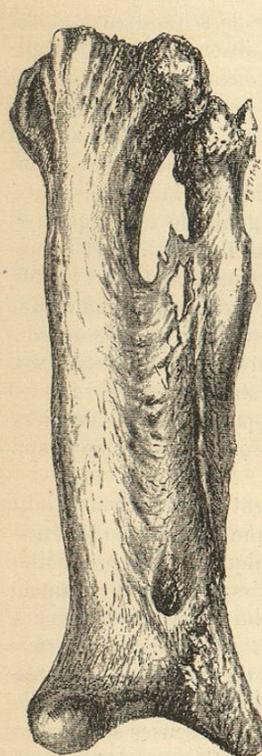


FIG. 287. — Ostéomyélite gommeuse diffuse du tibia avec ossification du ligament interosseux. (M. Gangolphe.)

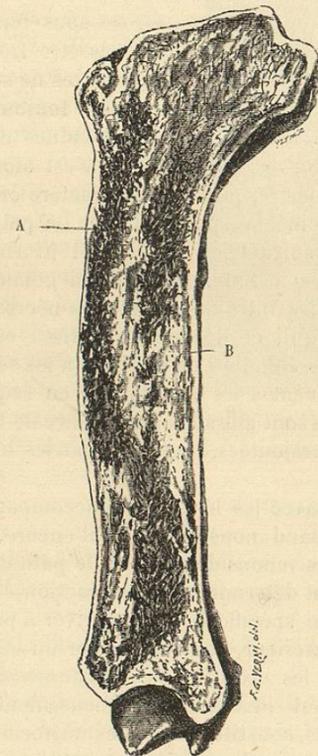


FIG. 288. — Ostéomyélite gommeuse diffuse du tibia. (M. Gangolphe.) (Coupe verticale de cet os.)

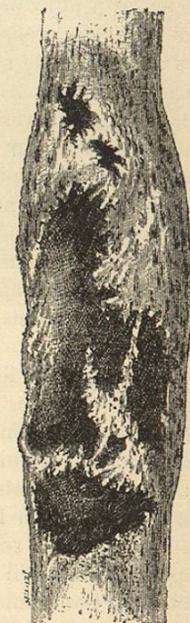


FIG. 289. — Ostéomyélite gommeuse du tibia gauche. — Enorme perforation, déterminée par le syphilome médullaire. (M. Gangolphe.)

vermoulu, et l'on croirait volontiers que quelque termite a creusé, dans son épaisseur et à sa surface, des *galeries hélicoïdales*.

« On voit partir d'un petit orifice central qui traverse la table externe, une galerie en spirale, qui s'agrandit de plus en plus, représentant grossièrement la rampe d'un limaçon ou un ressort de montre. » (Poulet.) Cette disposition en hélice des bourgeons gommeux est caractéristique de la syphilis.

Si l'on étudie maintenant l'*infiltration gommeuse diffuse des os longs*, on rencontre des altérations fort semblables. L'os atteint de syphilome diffus diaphysaire, est doublé, triplé de volume, ou recouvert d'ostéophytes. Dépouillé de son périoste, il présente une surface, trouée d'orifices de nombre et de calibre