

conclure, nous dirons, avec Gangolphe ⁽¹⁾ : *le bourgeon gommeux émané du péricrâne et de la dure-mère peut pénétrer dans le diploé : la tuberculose frappe d'emblée le tissu osseux et secondairement les enveloppes fibreuses avoisinantes.*

Symptômes. — Cette affection, spéciale à l'enfance et à la jeunesse, s'observe presque exclusivement chez des individus affectés de tuberculose d'autres organes : dans la grande majorité des cas, ainsi que Volkmann le fait remarquer, il s'agit d'une tuberculose grave, généralisée (Kœnig, page 184).

Période latente, période d'abcès, période de perforation crânienne et de fistulisation, telles sont les étapes cliniques que présente la tuberculose du crâne.

Après une période latente, à peine indiquée par de la céphalalgie, une douleur en un point limité, il se forme des collections péricrâniennes molles, flasques, le plus souvent fluctuantes. Ces abcès peuvent être *pulsatiles*, mais ce phénomène ne se produit que lorsque la perforation est nettement établie.

La collection purulente ne tarde pas à s'ouvrir à l'extérieur, et il en résulte des fistules tuberculeuses caractéristiques, et, dans la suite, un abcès tuberculeux, conséquence de la destruction des parties molles.

Le tableau clinique est tout différent lorsque l'abcès est logé entre la dure-mère et le crâne : dans ces cas exceptionnels, on observe des phénomènes d'*irritation cérébrale* (perte de connaissance, paralysies limitées, convulsions, strabisme) (Gangolphe).

Pronostic. — Ce qui aggrave singulièrement le pronostic de la tuberculose crânienne, c'est qu'il s'agit de tuberculeux avérés, chez lesquels ce symptôme de la localisation crânienne de la tuberculose n'est souvent qu'un phénomène ultime, tardif. Cependant ces malades, porteurs de lésions tuberculeuses osseuses, articulaires et même viscérales, peuvent guérir. Israël nous donne l'histoire d'un malade qui gérit, après sept années de traitement, et après avoir subi 55 opérations.

Lorsque la guérison locale survient après l'ouverture des abcès, l'élimination des séquestres, une cicatrice formée par l'adossement de la dure-mère, et du péricrâne, au niveau de la perte de substance osseuse, vient alors témoigner d'une façon indélébile de la lésion.

C'est un fait presque constant dans l'histoire des nécroses du crâne, que l'absence d'une coque osseuse de nouvelle formation : cependant cette règle offre quelques exceptions. Telle est l'observation de Kuster : il s'agit d'une femme à laquelle on avait enlevé un fragment de frontal d'une longueur de 10 centimètres et d'une largeur de 8 centimètres; la perte de substance fut comblée dans toute son étendue par un os de nouvelle formation, d'une épaisseur considérable. Le séquestre n'avait été enlevé qu'au bout de plusieurs années, et peut-être cette circonstance a-t-elle contribué à la reproduction de l'os (Kœnig, *loco citato*, page 184).

Traitement. — Ouvrir largement la collection fluctuante, de façon à bien mettre à nu la zone malade, enlever ensuite les parties osseuses nécrosées, poursuivre les abcès et les foyers tuberculeux jusque sur la dure-mère, telles sont les indications locales du traitement.

⁽¹⁾ Sur la pièce que nous devons au docteur Gangolphe, dessinée en figures 215 et 216, ce processus est évident.

La toilette des parties molles se fera avec la curette tranchante. L'extraction des séquestres est le plus souvent facile, mais, lorsqu'il s'agit de séquestres encore adhérents ou trop volumineux pour passer à travers la perforation du crâne, il faudra se servir du trépan ou du ciseau. Il est indispensable de faire à la paroi crânienne une brèche suffisante, non seulement pour enlever les parties nécrosées, mais pour pouvoir poursuivre les granulations tuberculeuses et les collections purulentes extra-duremériennes. L'opération doit être largement faite, qu'il s'agisse de foyers de tuberculose perforante ou de tuberculose infiltrée.

Grâce à la méthode antiseptique (iodoforme), ces opérations ne présentent aucun danger.

L'état général sera l'objet de l'attention du chirurgien; l'huile de foie de morue, l'iodoforme à l'intérieur, les aliments gras, seront utilement prescrits pour relever les forces et combattre la tuberculose.

II

OSTÉOMYÉLITE DES OS DU CRANE

L'histoire de l'ostéomyélite des os du crâne est encore imparfaitement connue, et elle est passée sous silence par beaucoup de pathologistes : faut-il s'en étonner, en réfléchissant à la rareté de cette affection, propre à l'enfance, à l'incertitude et aux difficultés de son diagnostic, et, enfin, à l'opinion erronée que l'on a professée longtemps au sujet de l'ostéomyélite, qui était considérée comme appartenant *exclusivement aux os longs*?

Le professeur Lannelongue a montré, en quelques lignes, dans son *travail si important sur l'ostéomyélite*, les particularités de l'ostéomyélite des os du crâne, et sa gravité : c'est en nous basant sur ses travaux, sur la thèse qu'il a inspirée à Jaymes, et enfin sur une publication personnelle, que nous allons tracer cette histoire ⁽¹⁾.

Toutes les observations d'ostéomyélite qui ont été publiées, n'ont pas un caractère d'authenticité absolue, et, en commençant l'histoire de cette affection, il faut se mettre en garde contre les confusions regrettables qui ont été faites. Une otite chronique amène une carie du rocher, et un abcès péricrânien consécutif : à l'autopsie, on trouve une nécrose du temporal, une altération des méninges, de l'encéphale; ces faits nombreux rentrent dans l'histoire de la carie du rocher, et n'ont aucun rapport avec l'ostéomyélite : *l'ortorrhée déjà ancienne, la surdité concomitante, la longue évolution du mal*, qui n'a d'aigu que les accidents ultimes, doivent permettre d'éviter la confusion.

A la suite d'un choc sur la tête (chez une femme de trente-deux ans), il se forme une tuméfaction : au bout de plusieurs mois, cette tuméfaction s'abcède, et la trépanation permet de reconnaître une nécrose, avec abcès sus et sous-frontal. Nous admettons volontiers qu'il y a eu une périostite, mais donner, avec M. Jaymes, cette observation comme une ostéomyélite des os du crâne,

⁽¹⁾ CHASSAIGNAC, *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 280. Soc. anat. — LANNELONGUE, *De l'ostéomyélite aiguë*. — JAYMES, *De l'ostéomyélite des os du crâne*. Thèse de doctorat, 1887. — GÉRARD-MARCHANT, *Des résections dans l'ostéomyélite*. Soc. anat., 1888. — KIESSNER, 1892.

c'est forcer les analogies. Nous pourrions poursuivre ce travail de déblaiement, et montrer que des cas de tuberculose crânienne ont été confondus aussi avec l'ostéomyélite.

Quelles sont donc les conditions de validité que nous exigeons d'une observation d'ostéomyélite des os du crâne?

1° Il s'agit de sujets jeunes, blessés, surmenés ou convalescents.

2° Le processus infectieux frappe brutalement le sujet, amenant rapidement des accidents généraux et locaux de la plus haute intensité : les poussées d'ostéomyélite peuvent ne pas être limitées au crâne.

3° L'évolution de la maladie est rapide, se terminant le plus souvent par la mort, à moins d'une intervention prompte et efficace.

Le jour où les recherches bactériologiques seront plus répandues, il y aura un critérium de la maladie, plus certain encore que ces données cliniques : c'est la présence, dans les produits septiques, du *staphylococcus aureus*(¹).

Étiologie. — L'ostéomyélite des os du crâne survient chez de jeunes sujets : d'après le dépouillement des observations reconnues valables par nous, les enfants avaient de deux à quatorze ans.

La nature microbienne de l'ostéomyélite étant aujourd'hui parfaitement démontrée, on doit toujours chercher la porte d'entrée du *staphylococcus aureus*. Quelques-uns de nos blessés avaient reçu un coup, ou avaient fait une chute sur la tête : une plaie insignifiante a été relevée chez un certain nombre; le plus souvent, c'est sans cause locale appréciable que l'ostéomyélite est apparue.

A côté de ces conditions locales, qui devront, à l'avenir, appeler l'examen attentif des observateurs, il faut rappeler l'influence du froid, du surmenage, qui interviennent ici au même titre que dans l'ostéomyélite des os longs.

Jaymes (*loc. cit.*, p. 12) fait jouer un rôle à l'otorrhée, qui, existant depuis plusieurs années, a pu affaiblir l'organisme et le mettre dans l'impossibilité de résister à l'ostéomyélite : nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet, et croyons avoir démontré que la carie du rocher a été consécutive à ces otites chroniques, et qu'il ne peut être question ici d'ostéomyélite.

On ne saurait nier l'influence débilante des fièvres graves et la prédisposition que crée cette convalescence pour l'ostéomyélite. Cette proposition est aussi défendable pour l'ostéomyélite des os du crâne que pour celle des os longs, mais nous demandons à faire remarquer que cette prétendue fièvre typhoïde, dans la convalescence de laquelle s'est déclarée l'ostéomyélite, n'est autre que la physiologie trompeuse de l'ostéomyélite elle-même(²).

(¹) Ces lignes étaient écrites, lorsque le professeur Lannelongue nous a montré dans son laboratoire une culture du *staphylococcus*, provenant du pus d'une ostéomyélite du temporal. — Chipault dans une observation personnelle a trouvé du streptocoque.

(²) Je ne puis oublier le cas de cet enfant, qui est envoyé d'un service de médecine, dans le service du professeur Lannelongue, que je suppléais à Trousseau : Il s'agit, me dit-on, d'un malade convalescent d'une fièvre typhoïde, et qui a de l'otite, avec un abcès mastoïdien; j'accepte le diagnostic, et fais la trépanation (avec le ciseau et le maillet), de l'apophyse mastoïde. Cette apophyse ne me semble pas malade, et ayant pénétré dans les cellules mastoïdiennes, je ne puis pas faire passer de liquide dans l'oreille moyenne et externe. C'est alors que j'agrandis mon incision, que je trouve une nécrose du temporal...; j'avais fait une erreur de diagnostic : il s'agissait d'une ostéomyélite! Après une enquête dans le service de médecine, en m'entourant de tous les renseignements précis, j'apprends que la prétendue fièvre typhoïde n'a pas eu de caractères classiques (irrégularité de la courbe thermique, absence d'épistaxis, de diarrhée), et, constatation bien plus précieuse encore, personne n'a jamais constaté d'écoulement par l'oreille.

La rougeole et la grossesse ont été incriminées aussi, comme pouvant prédisposer à l'ostéomyélite des os du crâne.

L'observation probante de Chipault (*Bulletin de la Société anatomique*, 1885, page 54), nous montre un enfant de quatorze ans, qui, à la suite d'une rougeole, eut une ostéomyélite du frontal, un abcès sus et sous-duremérien.

Mais nous ne saurions accepter, sans faire des réserves expresses, le fait de Jacoby (*Arch. für Ohrenh.*, 21 avril 1884), cité par Jaymes, comme un exemple d'ostéomyélite du temporal après une grossesse. L'âge de la malade, l'écoulement du pus par l'oreille, la perforation du tympan, la guérison après une trépanation de l'apophyse mastoïde, rattachent cette observation à l'histoire des otites, avec complications mastoïdiennes.

Les os du crâne, le plus souvent le siège de l'ostéomyélite, sont, par ordre de fréquence, le frontal, le pariétal, le temporal.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de l'ostéomyélite des os du crâne ne présente rien de spécial. La genèse des accidents a lieu dans le diploé, et, en quelques jours, en quelques heures, il se produit du pus à la surface externe et interne de l'os : ce pus décolle la dure-mère d'une part, le péri-crâne d'autre part, et c'est un fait constant dans l'histoire de l'ostéomyélite, que la dure-mère et les méninges subissent cette répercussion de l'abcès extérieur à l'os.

Si les phénomènes de suppuration ne sont pas suraigus, l'arachnoïde devient le siège d'un travail adhésif, qui limite la méningite, et protège le cerveau contre l'encéphalite.

Le pus qui est au contact de l'os est épais, verdâtre, poisseux, parsemé parfois de gouttelettes huileuses. Un examen bactériologique de ce pus a démontré à Lannelongue la présence du *staphylococcus aureus*. C'est là un critérium absolu de la nature de l'ostéite en présence de laquelle on se trouve.

L'os, infiltré de pus et qui baigne dans une nappe purulente, se nécrose; le séquestre, résultant de ce processus infectieux, présente deux aspects : il est blanc, comme lavé, lorsqu'on l'observe peu de temps après les accidents, mais, lorsque quelques jours se sont déjà écoulés, il devient noirâtre; il est le siège d'une série de pertuis, consécutifs à l'ostéite raréfiante. Dans ces conditions, il exhale une odeur infecte, de nature cadavérique, *sui generis*, qui nous semble propre à l'ostéomyélite. Le pus est alors très odorant.

Le séquestre n'a rien de régulier, ni comme forme, ni comme étendue, et la marche des accidents est si rapide, que la séquestration n'est jamais faite au moment de l'intervention, ou de l'autopsie. Si le sillon qui sépare le mort du vif n'existe pas, les contours irréguliers, brisés, du séquestre, tranchent sur la partie encore vivante, et permettent à l'opérateur d'enlever toute la zone malade.

Symptômes. — « Un malade se plaint de violente céphalalgie, d'abord avec des intermittences notables et augmentant surtout vers le soir. La tête paraît extrêmement lourde, les yeux sont larmoyants et pesants, ils ont perdu leur vivacité ordinaire. Le malade paraît très abattu, il ne peut désigner exactement la partie de la tête où il ressent la douleur; quelquefois il indique le front, d'autres fois un des côtés de la tête. On ne trouve ni dureté, ni tuméfaction, sur aucun point du cuir chevelu. Cet état dure ainsi pendant quelque temps, puis le malade commence à perdre le repos, les rémissions deviennent plus courtes et

moins complètes, et la douleur va en augmentant. Pendant le jour elle est supportable, mais le soir elle devient intolérable, et ne lui permet pas de prendre une heure de repos, pendant les vingt-quatre heures. Les doses les plus fortes d'opium et des autres narcotiques sont sans efficacité. Le séjour au lit, les bains, les lotions froides, les lavements narcotiques, les sangsues et même la saignée ne procurent que très peu de soulagement, et, après que vous avez épuisé toutes vos ressources, vous trouvez encore que le malade échappe à vos efforts. Dès la première visite, d'après l'état du malade, vous êtes porté à soupçonner une affection du cerveau : vous employez le traitement antiphlogistique, et son inefficacité vous fait douter de l'exactitude de votre diagnostic; en outre, dans les cas de cette espèce (où l'on trouve de la sensibilité dans les téguments, où la douleur est bornée à un seul côté), il y a quelquefois un ptosis partiel d'une des paupières, ce qui jette l'alarme, et fait croire parfois à une altération du cerveau lui-même. Le ptosis, ou la chute de la paupière supérieure, est un symptôme fréquent des maladies cérébrales; et conséquemment, dans les congestions à la tête, dans les fièvres, et plusieurs autres maladies, on considère comme un signe fâcheux la petitesse relative de l'un des deux yeux produite par une espèce de ptosis. Dans ce cas, il y a bien certainement une espèce de paralysie, mais elle n'est que secondaire et ne dépend pas du cerveau, mais de la lésion des nerfs eux-mêmes. Ainsi ce symptôme, qui est en général peu connu, ne doit pas inspirer des craintes dans les cas dont nous parlons ici. Mais si cette affection est difficile à reconnaître, et si l'os offre si rarement de la sensibilité au toucher, c'est parce que la maladie est fixée sur la surface interne, et ne peut devenir manifeste qu'après quelque temps. En effet, ce n'est qu'après huit ou dix jours, quand on a tenté des moyens divers sans presque aucun soulagement, que l'on découvre la sensibilité du cuir chevelu, sur un point, à la pression⁽¹⁾. »

Tel est le tableau clinique que Graves consacrait à la périostite du crâne, et qui s'applique, avec quelque vérité, à l'ostéomyélite des os qui le composent. En effet, le début de la maladie est presque toujours brusque. Rien, ou presque rien ne fait prévoir aux personnes de l'entourage du malade, les accidents qui vont suivre, quand tout à coup une céphalalgie intense survient. Les douleurs sont atroces, lancinantes, rien ne peut les calmer. Comme dans la syphilis, la céphalalgie redouble le soir; mais cela ne doit pas surprendre, car les douleurs de la syphilis sont osseuses, et les douleurs osseuses ont le privilège de redoubler de violence pendant la nuit. A la céphalalgie fait suite, presque subitement, une fièvre qui s'élève souvent d'emblée à 39 ou 40 degrés. L'état général devient alors grave, les épistaxis surviennent, les frissons se répètent souvent dans la journée. Le malade a des vertiges; indifférent à ce qui se passe autour de lui, il est plongé dans un état de somnolence et de stupeur. Parfois les douleurs atroces qu'il ressent, soit à la nuque, soit au sommet de la tête, lui arrachent des cris, et bientôt après il retombe dans un état de subdélirium, caractérisé surtout par des rêvasseries, accompagnées d'agitation et de paroles incohérentes. Cet état de somnolence se retrouve dans presque toutes nos observations. Il en est une, cependant, où le petit malade présente du vrai délire avec phénomènes d'ataxo-adynergie, secousses dans les bras et les jambes, mouvements de carphologie, agitation extrême, qui le poussait à sortir de son lit. Si nous ajoutons, que la langue est sèche, souvent saburrale, que l'appétit

(1) GRAVES, *Loco citato*.

est nul, que les malades ont des alternatives de diarrhée et de constipation, que d'autre part le pouls est irrégulier, fréquent, dépressible, que souvent les poumons présentent à l'auscultation des râles disséminés dans toute la poitrine, nous aurons le tableau clinique de la fièvre typhoïde, ou mieux des maladies typhiques et septicémiques. Enfin, pour compléter la ressemblance, les malades atteints d'ostéomyélite des os du crâne ne tardent pas, si une intervention active ne survient, à tomber dans le coma : leur respiration devient stertoreuse; leurs pupilles largement dilatées ne réagissent plus à la lumière, et la mort arrive.

Voici les phénomènes généraux que présente l'ostéomyélite du crâne, phénomènes dont le développement constitue à lui seul presque toute la maladie. Cependant, il ne faut pas oublier que le point de départ de tous ces terribles accidents est local. Rien, ou presque rien, ne vient en révéler l'origine, du moins au début. La douleur sur le crâne est diffuse, se localisant plus particulièrement au sommet, ou sur la nuque. La température a déjà atteint 39 degrés, et il n'y a pas de traces de rougeur. Trois ou quatre jours peuvent se passer ainsi; mais, après ce laps de temps, quelquefois même plus tôt, surtout si l'os atteint est un os superficiel, un gonflement pâteux s'étale, la peau, qui n'avait pas changé d'aspect, rougit un peu, et la fluctuation devient manifeste. Bientôt cet abcès s'ouvre, du pus fétide s'en écoule, pus le plus souvent mêlé à des gouttelettes huileuses, et si en ce moment on enfonce dans l'abcès un stylet, on soupçonne que l'os, dénudé dans une certaine étendue, est nécrosé; en un mot il y a déjà un séquestre. La rapidité avec laquelle l'os se nécrose est tellement remarquable que certains auteurs anglais indiquent ces cas sous le nom de *nécrose aiguë du crâne* (1).

Cette maladie évolue rapidement : huit jours, quinze jours, un mois, telle est sa durée, dans la plus grande majorité des cas. C'est donc une maladie aiguë et qui, une fois déclarée, ne peut plus être arrêtée que par une intervention active. En est-il toujours ainsi? nous ne le pensons pas. Il est fort probable qu'il existe pour les os plats et pour le crâne en particulier, de même que pour les os longs, une *ostéomyélite à récurrence* (Lannelongue), dont les accidents se calment, pour reparaitre longtemps après (2).

Complications. — Les complications générales qui appartiennent à l'ostéomyélite des os longs peuvent apparaître dans le cours de l'ostéomyélite des os du crâne : elles relèvent de l'infection de l'organisme, et il nous suffira de citer les *pneumonies infectieuses*, les *épanchements pleuraux*, l'*endocardite*, les *embolies graisseuses* (dans le poumon), et enfin la *pyohémie*, à laquelle succombent presque tous les malades (Lannelongue).

Les complications locales sont de beaucoup les plus fréquentes : la méningite, la phlébite des sinus, sont toujours à redouter, dans le cours de l'ostéomyélite des os du crâne.

Diagnostic. — « L'ostéomyélite des os du crâne est une affection bien souvent méconnue, et bien des fois ce n'est qu'à l'amphithéâtre, ou sur la table d'autopsie, qu'il a été possible de porter un diagnostic » (Lannelongue).

Chez un enfant atteint d'une affection aiguë, et de phénomènes typhiques, ou douloureux, qui rappellent plus ou moins la fièvre typhoïde, la méningite, ou

(1) PEARSON, *British med. journal*, mars 1888.

(2) JAYMES, *Loco citato*.

le rhumatisme, *il faut toujours songer à l'ostéomyélite et la rechercher*. Ce précepte, qui n'a rien de bien défini, nous a souvent éclairé, lorsque nous avons fait de la chirurgie infantile. Ne négliger aucun détail, savoir s'il y a eu chute, plaie, s'attacher à tous les symptômes qui paraissent contradictoires, n'accepter un diagnostic que lorsque tous les éléments cadrent ensemble, tels sont les principes qui, observés dans ces cas particuliers, réservent au clinicien d'incontestables succès.

Est-il possible de confondre cette affection aiguë, sidérante, avec d'autres localisations inflammatoires, du côté des os du crâne, comme l'ostéite tuberculeuse ou l'ostéite syphilitique? Nous ne le pensons pas.

L'ostéite tuberculeuse est de tous les âges; elle survient, le plus souvent, chez des phthisiques avérés et couturés de lésions: elle est au premier chef une affection chronique subaiguë. L'abcès qui lui succède a une évolution lente, et le pus qui s'écoule par une ou plusieurs fistules est du pus caséux: si vous avez des doutes, regardez le séquestre, sa forme, sa mobilité, puisque la tuberculose est perforante, voyez les fongosités qui le recouvrent.

Beaucoup de ces remarques s'appliquent à l'ostéite syphilitique. Sujet âgé, ou d'un âge mûr, multiplicité des lésions et des gommés, stigmates syphilitiques sur d'autres parties du corps, marche essentiellement chronique de l'affection, apyrexie: tels sont les caractères grossiers, qui permettent d'éviter la confusion.

Le diagnostic des complications est parfois difficile. *Chez le malade auquel nous avons réséqué avec succès le temporal, pour une ostéomyélite, la température remonta à 40 degrés, trois jours après notre opération; la céphalalgie et les vomissements reparurent. Croyant à une continuation locale de la maladie, la plaie opératoire est inspectée sous le chloroforme: ne trouvant pas là la cause des accidents, j'incise la dure-mère, j'ouvre même, par mégarde, le sinus latéral. Rien d'anormal encore: la plaie est refermée, et je reste très perplexe sur l'issue de mon intervention, lorsque, après une température de 41°,5, je découvre un foyer ostéomyélique au niveau du péroné! Après l'incision et la trépanation de l'os, tout rentra dans l'ordre.*

La conclusion à tirer de ce fait, c'est que, en présence de la persistance de la fièvre, dans le cours d'une ostéomyélite des os du crâne et alors que l'état local n'explique plus cette hyperthermie, il faudra rechercher s'il n'existe pas une localisation nouvelle de l'ostéomyélite.

Pronostic et traitement. — Le pronostic de cette affection est si grave, que le professeur Lannelongue a pu écrire: *au crâne, l'affection n'a d'autres terminaisons qu'une mort promptement survenue*. Ce qu'il explique, par la répercussion des phénomènes de l'extérieur du crâne à l'intérieur.

Jaymes donne 4 guérisons sur 15 observations.

Pour arriver à diminuer cette excessive mortalité, deux conditions sont indispensables:

- 1° Un diagnostic précoce;
- 2° Une intervention prompte et large.

Dans notre travail sur la résection dans l'ostéomyélite, nous avons préconisé l'ablation de l'os nécrosé, pour évacuer promptement le foyer purulent qui est au contact de la dure-mère. *La résection, avec la gouge et le maillet, nous a semblé supérieure à la trépanation, qui, à cause du décollement étendu de la dure-mère, ne permet guère la désinfection, même après un large débridement*

cutané. Plusieurs couronnes de trépan, très rapprochées les unes des autres, créeront une plus large voie pour évacuer le plus concret; mais à supposer que, par le lavage antiseptique de la plaie opératoire, on soit arrivé à la désinfection, n'a-t-on pas à craindre que les points intermédiaires aux rondelles de trépan, et formés par de l'os nécrosé, infiltré d'un *pus odorant*, ne soient pour les méninges un voisinage dangereux et ne deviennent une cause d'infection?

Aussi nous concluons que la *résection par la gouge et le maillet* de toutes les parties malades est encore la méthode de choix. Ainsi est assurée l'*opération totale*, la *désinfection du foyer*, la *mise à l'abri des complications cérébrales*, et leur poursuite possible, si elles existent au moment de l'intervention, ou si elles apparaissent.

Nous pensons que cette conduite opératoire permettra le succès dans les formes graves de l'ostéomyélite du crâne.

III

SYPHILIS CRANIENNE

Nous étudierons la syphilis acquise, et la syphilis héréditaire.

1° SYPHILIS ACQUISE

Les manifestations de la syphilis sont fréquentes au niveau de la voûte crânienne, et peuvent siéger dans les parties molles ou dans les os.

I. GOMMES CUTANÉES. — Les lésions cutanées, les *gommés*, s'observent surtout au niveau du front, où l'on voit apparaître de petits tubercules plus ou moins saillants. La peau qui les recouvre est violacée, finit même assez souvent par s'ulcérer; mais généralement la guérison complète est la règle. Dans quelques cas, cependant, l'ulcération reste rebelle à tout traitement; elle est hérissée de granulations présentant une grande tendance à l'hémorragie, et peut durer fort longtemps sans que le périoste soit atteint, bien qu'on ait vu quelquefois des gommés osseuses succéder aux gommés des parties molles.

II. GOMMES PÉRIOSTIQUES. — Mais les lésions de la peau et des parties molles sont relativement rares et peu importantes, surtout si on les compare aux lésions des os de la voûte du crâne, qui constituent un des chapitres les plus intéressants de l'histoire de la syphilis osseuse. On veut les voir apparaître dès la période secondaire, elles sont fréquentes à la période tertiaire, et peuvent même se montrer comme manifestation de la syphilis héréditaire.

Les manifestations osseuses peuvent se montrer dès le début de la période secondaire, et on les a vues précéder les accidents cutanés. Elles apparaissent 15, 20, 30, 120 jours après le début du chancre, et siègent généralement sur les parties antérieures du crâne, de préférence sur le frontal. Mais elles peuvent exister ailleurs, au niveau du pariétal, par exemple, et dans certains cas c'est un traumatisme qui a amené la localisation, en tel ou tel point, de la boîte crânienne. Quant au siège exact de la lésion, il paraît être uniquement au niveau du