

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

périoste, et les lésions hyperémiques du tissu osseux ne sont qu'accessoires (1). A la palpation, on constate sur la partie antérieure du crâne des petites tumeurs aplaties, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, très résistantes au centre, et présentant quelquefois une consistance osseuse. Leur nombre est très variable; elles sont discrètes ou confluentes. Elles sont le siège de douleurs spontanées, surtout violentes la nuit, et présentant des irradiations multiples. La pression, même très légère, augmente la douleur, et, dans certains cas, le contact seul du chapeau est intolérable.

Le pronostic est des plus bénins, et la guérison spontanée est la règle au bout de 6 à 7 semaines, plus tôt même, si l'on institue le traitement. Dans certains cas cependant, on voit survenir des symptômes plus graves, et l'on peut se demander, avec Jullien, si certains troubles nerveux précoces, tels que *spasmes*, *convulsions*, dont Perpes donne quelques exemples dans sa thèse, ne devraient pas être rattachés à une lésion de ce genre.

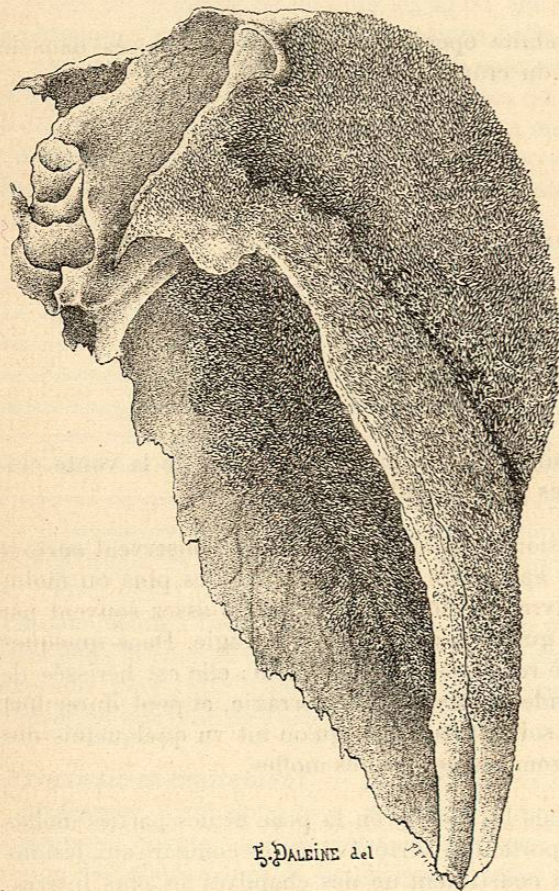


FIG. 208. — Crâne syphilitique provenant du musée Laënnec (service du docteur Nicaise).

III. GOMMES DES OS (*ostéite syphilitique crânienne*). — Les accidents de la période tertiaire méritent de nous arrêter plus longtemps, car ils ont moins de tendance à la guérison que ceux de la période secondaire, et entraînent souvent à leur suite des troubles très graves, qui s'expliquent et par l'étendue des lésions, et par le voisinage des centres encéphaliques. C'est surtout dans la seconde année de l'affection syphilitique qu'ils apparaissent, d'après Sigmund, mais on peut en observer à une époque plus éloignée, 5, 10, 20,

30 et 40 ans après. Le frontal est le plus souvent atteint, parmi les os de la voûte crânienne, mais il l'est plus rarement que les os du nez, de la voûte palatine, ou même que les tibias ou les clavicules.

Les gommés des os du crâne ne présentent rien de bien spécial, au point de vue des lésions anatomiques, et, comme dans les autres os, elles peuvent appa-

(1) JULLIEN, *Maladies vénériennes*. — KOENIG. — Art. CRANE, *SYPHILIS* du *Dict. Dechambre*. — LANCEREUX, *Syphilis*. — POULET, *Soc. de chir.*, 1884. — PARROT.

raître sous forme diffuse ou circonscrite; mais, par suite de la participation moindre du périoste crânien, c'est à ce niveau qu'on peut observer le plus nettement les lésions de l'ostéite syphilitique, ainsi que l'a bien montré Poulet.

Les os du crâne atteints de syphilis ont un aspect verrouillé, semblent avoir été rongés par des insectes (fig. 208), et certains auteurs, frappés de la disposition festonnée des lésions, l'ont rapprochée de l'aspect circiné des lésions cutanées. Mais, à côté de ces pertes de substance de l'os, on voit des parties osseuses qui sont le siège d'une ostéite condensante, de sorte que sur une coupe on aperçoit un grand nombre de petits trous, grands comme une tête d'épingle, entourés par une zone d'ostéite condensante, ce qui explique que les crânes syphilitiques, bien que percés à jour, soient plus lourds que des crânes nus.

En examinant de plus près les lésions, on voit que la gomme se développe aux dépens de la couche interne du périoste. Elle est d'abord constituée par des cellules rondes et fusiformes; mais le tissu dont elle est formée au début devient plus tard ferme et lardacé, et sa structure se rapproche de celle du tissu conjonctif jeune. Le bourgeon gommeux, parti du périoste, s'enfonce dans l'os, à travers un pertuis étroit, qui n'excède pas une tête d'épingle, et décrit une véritable hélice. La raréfaction osseuse est uniquement limitée au trajet du bourgeon, tandis que les parois sont le siège d'une ostéite condensante. Cette disposition du bourgeon gommeux n'a rien de spécial aux os du crâne; mais ici l'hélice qu'ils décrivent est en surface, tandis que dans les autres os elle est plus en hauteur; de sorte que, suivant Poulet, on peut comparer l'hélice des os du crâne à un ressort de montre, et celle des autres os à un tire-bouchon. Cette disposition hélicoïdale est plus difficile à reconnaître, quand les bourgeons sont multiples; les spirales empiètent alors les unes sur les autres, détruisant l'os d'une façon très irrégulière et ne faisant entre elles qu'une multitude de petites saillies stalactiformes, qui émergent au milieu de la perte de substance de l'os, et représentent les derniers vestiges de l'os ancien. Quand la lésion débute par le périoste, elle s'arrête généralement au niveau de la table interne, qui oppose une résistance notable; aussi les perforations dans ce cas sont-elles très rares, et étroites quand elles existent (voy. p. 495, *Tuberculose des os du crâne*).

La gomme, au lieu de débiter au niveau du périoste, peut se développer à la face externe de la dure-mère. Elle chemine alors sur la périphérie, et dans les cas où les lésions gommeuses se montrent, en même temps, sur le périoste et la dure-mère, l'altération de l'os est beaucoup plus rapide, et, quand les deux gommés se rencontrent dans le tissu diploïque, il se produit de véritables perforations.

La nodosité gommeuse, quel qu'en soit le siège, peut subir diverses altérations. La guérison peut se produire par résorption de la petite tumeur, laissant une cicatrice déprimée au niveau du front, point où la substance osseuse a été détruite. Elle peut aboutir à la suppuration, amenant avec la perforation de la peau une ulcération plus ou moins profonde, à bords décollés, et une nécrose plus ou moins étendue des os. Ce qui caractérise cette nécrose, c'est que le séquestre, au lieu d'être lisse et poli comme d'ordinaire, est au contraire verrouillé, troué, et porte les traces des gommés qu'il a contenues. Dans certains cas, on a vu la nécrose survenir sans suppuration, et sans modifications des téguments. Dans le voisinage des parties malades, on constate une prolifération purement inflammatoire du tissu osseux, qui aboutit à la formation d'exostoses

plus ou moins saillantes, et d'hyperostoses, qui donnent souvent aux os du crâne une épaisseur considérable.

Ce qui caractérise toutes les lésions osseuses, c'est qu'elles ne sont pas réparables par du tissu osseux, et aux points où l'os a été détruit on trouve une cicatrice formée par une masse blanchâtre, compacte, peu vasculaire, qui, par suite de ses propriétés rétractiles, amène des dépressions plus ou moins accentuées. Il existe cependant des exceptions, et Kuster a signalé un cas où une large perte de substance du frontal, de 10 centimètres de long sur 8 de large, fut comblée par du tissu osseux présentant une grande épaisseur.

Telles sont les manifestations immédiates de la syphilis osseuse du crâne, et c'est à tort que certains auteurs ont voulu y rattacher le ramollissement des os du crâne et ont décrit une *ostéomalacie syphilitique*.

Nous n'avons pas à décrire les lésions des méninges, ou de l'encéphale, qui accompagnent souvent les lésions osseuses, dont elles dérivent quelquefois, mais qui peuvent également évoluer indépendamment.

Symptômes. — Un des plus importants est la *douleur*, symptôme qui ne manque presque jamais et précède tous les autres. La *céphalée* est atroce, augmente la nuit, de sorte que tout sommeil est rendu impossible. Elle est souvent en rapport avec le siège exact de la lésion osseuse, d'où sa fréquence dans la région frontale; mais, assez souvent, elle est diffusée, et ne peut nullement servir à localiser le siège précis de la lésion osseuse.

En même temps que la céphalée, on peut constater un certain nombre d'autres symptômes, qui varient suivant que la lésion osseuse a débuté par le péri-crâne, ou au contraire par la dure-mère. Dans le dernier cas, en même temps que la céphalée, on voit survenir des troubles nerveux graves⁽¹⁾. Il existe des crises épileptiformes, avec convulsions plus accentuées, d'un côté, et suivies de paralysies, généralement incomplètes, qui sont le résultat de la compression exercée sur l'encéphale. Graves cite un cas de ce genre où les troubles nerveux étaient bien sous la dépendance d'une lésion osseuse, ainsi que le démontra l'autopsie.

Quand la lésion débute par le péri-crâne, ces troubles font généralement défaut; mais on constate alors, par la palpation, la présence de petites tumeurs en nombre variable. Elles sont très dures au centre, et la peau qui les recouvre est mobile sur elles, et ne décèle aucune modification, au moins au début. Plus tard, le centre de la tumeur se ramollit et, sous l'influence du traitement, on peut la voir se résorber entièrement. Mais, même dans ce cas, on constate, après la disparition de la tumeur, de larges pertes de substance. L'os peut avoir été détruit dans une grande étendue, ainsi que Morgagni, Virchow, Novesi en signalent de nombreux exemples, et l'on a vu de véritables perforations traversant l'os de part en part. Le tissu cicatriciel qui remplace l'os est déprimé et l'on remarque au niveau du point lésé un infundibulum en entonnoir, dont le centre est formé par le tissu cicatriciel, et dont la circonférence est constituée par l'os hypertrophié. L'absence complète de réaction, du côté de la peau, pendant qu'évoluent ces symptômes, les a fait désigner par Virchow sous le nom de *carie sèche*.

(1) VERCHÈRE, *Nécrose syphilitique du frontal. Troubles cérébraux. Craniectomie*. Soc. franc. de dermatologie, 15 juin 1895.

Au lieu de se terminer par la résolution, la gomme peut aboutir à la suppuration. La peau qui recouvre la tumeur lui devient adhérente, elle rougit et finit par s'ulcérer, en donnant issue à un pus floconneux, grisâtre, mal lié. L'ulcération qui en résulte est profonde, anfractueuse, à bords décollés. L'os est presque toujours, dans ce cas, nécrosé, et l'on constate facilement l'existence d'un séquestre plus ou moins volumineux, qui parfois est formé par un os tout entier. La suppuration établie, on peut la voir durer fort longtemps, des mois, des années, tant que le séquestre ne sera pas éliminé. Le malade, pendant ce temps, est exposé aux troubles nerveux les plus graves, bien que dans certains cas exceptionnels on ait vu la dure-mère mise à nu ne présenter aucune réaction.

Les troubles nerveux apparaissent surtout quand la suppuration se produit dans une gomme développée dans la dure-mère. On constate alors des vertiges, des convulsions, de l'assoupissement, sans que l'examen direct révèle la cause des accidents. Ce n'est que plus tard, au bout d'un temps variable, qu'on verra apparaître une tumeur extérieure. Elle est généralement fluctuante, et souvent réductible par la pression, ce qui augmente les troubles cérébraux. Elle donne issue à une quantité considérable de pus, nullement en rapport avec les dimensions extérieures de l'abcès. Après l'ouverture, on voit persister des trajets fistuleux, souvent fort étroits, à travers lesquels il est quelquefois difficile d'arriver jusqu'au séquestre. On comprend que les lésions des méninges et de l'encéphale soient fréquentes dans de telles circonstances, et il est inutile d'insister longuement sur la gravité du pronostic.

IV. Exostoses⁽¹⁾. — Il nous reste maintenant à étudier les symptômes qui appartiennent aux exostoses syphilitiques du crâne. Les exostoses proprement dites, développées à la face externe (fig. 209), consistent en saillies plus ou moins volumineuses, de consistance osseuse, ce qui les distingue des gommages, et n'adhèrent pas à la peau. Elles ne déterminent pas généralement de douleurs très violentes, et sont d'un pronostic bénin.

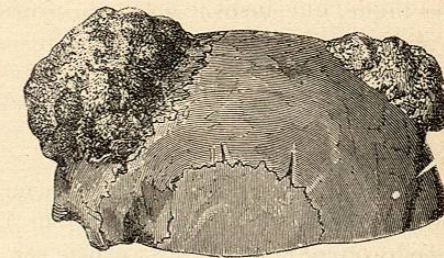


Fig. 209. — Exostose proprement dite du crâne. (Musée Dupuytren.)

Les exostoses développées à la face interne (énostoses) (fig. 210) ou les exostoses parenchymateuses (fig. 211) qui atteignent les deux tables de l'os, sont beaucoup plus graves. Elles déterminent une douleur fixe, le clou, et s'accom-

(1) A côté des exostoses syphilitiques, il faut signaler l'hyperostose crânienne des scieurs de long (Poncel) et dire un mot des *exostoses ostéogéniques de la voûte du crâne*, qui constituent une affection des plus rares (POIRRIER, Thèse de Paris, 1894-1895). Elles existent à l'état isolé, contrairement à celles des membres, et le sexe féminin en serait plus fréquemment atteint. Elles se présentent sous la forme d'une saillie arrondie, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, immobile, adhérente à l'os, recouverte d'une peau gaine : elles sont indolores et découvertes par hasard, sans gravité, par le fait de leur accroissement en dehors.

Leur pathogénie est obscure : l'excès ou l'aberration du travail d'ossification de la moelle osseuse au niveau d'une fontanelle, le développement anormal d'un os (Wormien), ne peuvent rendre compte des exostoses ostéogéniques poussées en plein milieu osseux.

Lorsqu'on les observe, elles sont éburnées, et on suppose qu'elles passent par un stade cartilagineux.

L'ablation de ces exostoses a été pratiquée.

pagnent de troubles nerveux, crises épileptiformes, paralysies incomplètes. Exceptionnellement on a vu des exostoses, même considérables, ne déterminer aucun trouble appréciable; enfin, dans certains cas, les troubles nerveux sont moins nets, ils simulent ceux d'une méningite, d'une hémorragie cérébrale, et si une exostose superficielle ne vient pas donner l'éveil, on ne saurait les rapporter à une compression exercée par une énostose.

Tels sont les symptômes auxquels donnent lieu les diverses manifestations de la syphilis crânienne. Le diagnostic ne présente généralement pas de diffi-

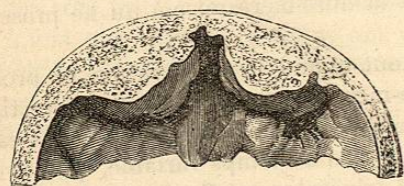


FIG. 210. — Enostose du crâne.
(Musée Dupuytren.)

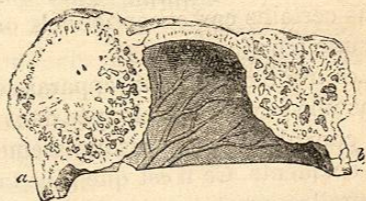


FIG. 211. — Exostose parenchymateuse.
(Musée Dupuytren.)

culté quand les lésions se développent dans le péricrâne. Quand elles siègent à la face interne, l'apparition de crises épileptiformes doit de suite éveiller l'idée de compression, mais il est souvent impossible, en présence de ce symptôme, de dire s'il est sous la dépendance d'une lésion uniquement osseuse agissant sur l'encéphale, ou s'il dépend d'une lésion de l'encéphale lui-même.

Quant au pronostic, il dépend essentiellement du siège et de l'étendue des lésions, et se trouve adouci par l'efficacité presque constante du traitement spécifique, qui, institué à temps, prévient les lésions, et, plus tard, arrête leur évolution.

2° SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les lésions du crâne comptent parmi les plus fréquentes des lésions osseuses de la syphilis héréditaire et existent à peu près dans les trois quarts des cas. Elles revêtent deux formes : ULCÉREUSE et OSTÉOPHYTIQUE.

La forme ULCÉREUSE, la plus commune, se montre surtout sur les enfants très jeunes. Le frontal et les pariétaux sont les os les plus souvent atteints, l'occipital l'est très rarement. Les lésions siègent autour du bregma, du côté opposé au décubitus, et débutent plus souvent par la table externe que par la table interne. L'ulcération est tantôt régulière, taillée comme à l'emporte-pièce, tantôt, au contraire, ses bords sont très déchiquetés; son étendue est généralement en raison inverse de sa profondeur, et celles qui perforent l'os dans toute son épaisseur sont les plus étroites. On a signalé, chez l'enfant, des perforations d'un autre ordre, qui débutent par la table interne, amènent un amincissement considérable de la table externe, qui n'est réellement perforée que dans une très petite étendue, 1 millimètre à peine. Ces lésions sont regardées par Parrot, comme une manifestation de la syphilis héréditaire, mais la plupart des auteurs les considèrent comme absolument indépendantes. Pour Parrot, les os du crâne sont beaucoup moins résistants chez un syphilitique héréditaire, et la pression seule du cerveau amènerait une usure de l'os, ana-

logue à celle que produit l'anévrisme. Ainsi s'explique la fréquence de ces perforations à la partie postérieure du crâne, au niveau de l'occipital, qui supporte le poids du cerveau, dans le décubitus dorsal. Contrairement à Elssässer, Parrot pense que ces lésions pourraient être congénitales, et siègeraient alors au niveau du bregma.

La FORME OSTÉOPHYTIQUE se rencontre chez des enfants plus âgés, et ici encore c'est à la table externe que les lésions sont le plus accentuées, bien que, surtout chez les jeunes enfants, la table interne puisse être atteinte. Les *ostéophytes* représentent des *plaques lenticulaires*, plus épaisses au centre qu'à la périphérie, formées par un tissu spongieux, très vasculaire, contenant des trabécules osseuses, et s'incrustant quelquefois de sels calcaires, qui lui donnent une grande dureté. Ces ostéophytes ne se montrent jamais sur l'occipital; ils siègent surtout au niveau du frontal et des pariétaux, et forment quatre saillies symétriques, séparées par des sillons, qui donnent au crâne un aspect spécial, que Parrot a désigné sous le nom de CRANE NATIFORME.

En même temps que se produisent ces ostéophytes, on peut voir des *sutures précoces* s'établir entre les différents os. Ces *sutures précoces* n'existent généralement qu'en certains points, mais quand elles sont nombreuses, elles amènent une diminution considérable de la capacité crânienne, qui s'oppose au complet développement du cerveau, et aboutit souvent à l'idiotie⁽¹⁾.

Parrot a de plus remarqué, dans certains cas, de véritables *segmentations des os*, auxquelles la syphilis ne serait peut-être pas étrangère.

Ces lésions crâniennes de la syphilis héréditaire sont tellement caractéristiques, que la constatation seule de la déformation du crâne a permis de diagnostiquer la syphilis, à la vue de certains crânes péruviens, antérieurs à l'arrivée des Espagnols dans le Nouveau Monde.

Ces lésions crâniennes de la syphilis héréditaire présentent une grande gravité, surtout à cause de l'obstacle qu'elles mettent souvent au développement de l'encéphale. Heureusement, le traitement les modifie sensiblement, aussi doit-il être appliqué rigoureusement, même chez le nouveau-né, auquel on peut sans inconvénient, d'après Parrot, faire prendre 2 grammes de liqueur de Van Swieten par jour.

§ III. — TUMEURS DES TÉGUMENTS DES OS DU CRANE, DES MÉNINGES ET DU CERVEAU

Nous décrirons successivement :

- I. Les tumeurs de parties molles ou des téguments du crâne;
- II. Les tumeurs des os du crâne;
- III. Les tumeurs vasculaires des méninges;
- IV. Les tumeurs crânio-méningo-cérébrales, et cérébrales proprement dites.

(1) Dans ces cas de suture précoce, on sera autorisé à tenter l'opération pratiquée cette année par Lannelongue, la *crâniectomie dans la microcéphalie* (Acad. des sciences, 1896).