

et prolifération intense, avec envahissement rapide des os et des parties molles voisines, sont plus rares que les formes plates ulcéreuses (ulcus rodens). Ces dernières toutefois ont aussi la fâcheuse tendance, après avoir détruit les téguments, d'envahir la paroi osseuse sous-jacente. Dans la règle il s'agit d'individus âgés; exceptionnellement ce sont des personnes jeunes qui sont affectées de cette maladie; ainsi LOSSEN cite le cas d'un carcinome du front développé chez une jeune fille de dix-huit ans. Si l'extirpation ne vient pas bientôt mettre fin à la marche envahissante du néoplasme ulcéré, rien ne peut arrêter les progrès de ce dernier, progrès rapides dans la forme infiltrée ou carcinome épithélial proprement dit, lents, mais non moins sûrs, dans la forme ulcéreuse (ulcus rodens). Certaines interventions thérapeutiques irrationnelles, parmi lesquelles nous signalerons surtout la cautérisation, constituent le plus sûr moyen d'activer la marche du carcinome.

Quant au pronostic de l'extirpation, il est favorable lorsque la peau est seule affectée et mobile sur les parties sous-jacentes; par contre il doit toujours être réservé lorsque le néoplasme a déjà envahi le périoste et l'os. Autrefois on se contentait alors habituellement d'exciser avec la gouge la couche superficielle de l'os après avoir enlevé avec le bistouri le carcinome des parties molles; puis on appliquait volontiers sur la plaie osseuse un tampon de coton imbibé d'une solution de chlorure de zinc, afin de produire une nécrose profonde suivie de l'élimination de la partie osseuse malade. De nos jours, grâce à la garantie que nous donne la méthode antiseptique, il est certainement indiqué de pratiquer des résections du crâne plus étendues (V. LANGENBECK) lorsque la paroi osseuse a été envahie par le cancroïde. Nous reviendrons sur cette opération à propos du sarcome du crâne.

Lésions syphilitiques du crâne

§ 83. — Les téguments du crâne, le crâne lui-même, le cerveau avec ses méninges, sont assez souvent le siège des lésions tardives de la syphilis.

La peau, surtout celle du front, présente souvent des traces de cette affection; celle-ci s'y montre ordinairement sous la forme de **tubercules** plus ou moins volumineux, qui dans la suite seront le point de départ d'ulcérations. Ces tubercules sont tantôt aplatis, tantôt fortement saillants; ils sont réunis par groupes, et présentent à leur surface une teinte violacée. Ils ont une tendance à la désagrégation, et laissent alors à leur suite des ulcérations lardacées à bords taillés à pic, ulcérations qui s'étendent en surface. Le processus évolue, en effet, de la manière suivante: sur un point de la périphérie de l'ulcération se forment constamment de nouveaux nodules qui s'ulcèrent à leur tour, tandis que la guérison s'opère aux endroits où s'étaient développés les

premiers tubercules. De là cette disposition serpentine caractéristique de l'ulcération syphilitique; de là aussi ces cicatrices profondes étoilées, qui, surtout lorsqu'elles siègent au front, permettent au premier coup d'œil de poser le diagnostic de syphilis.

Ces nodosités cutanées et les ulcérations auxquelles elles donnent naissance, n'ont ordinairement qu'une importance locale minime. Cependant elles peuvent être le point de départ de lésions très sérieuses. J'ai observé plusieurs malades chez lesquels des tubercules multiples développés sur le sommet de la tête et laissés sans traitement, avaient donné naissance à de grands ulcères plats du cuir chevelu, sans lésion du périoste, ulcères qui présentaient un fond couvert de fongosités, et se montraient rebelles à tout traitement. La surface lisse des granulations fongueuses persistait dans le même état pendant des années, et se faisait remarquer par sa richesse en vaisseaux et sa grande tendance aux hémorragies.

L'importance locale des lésions syphilitiques du crâne est d'autant plus grande qu'elles se rapprochent davantage du cerveau. Mais les lésions diverses du péri-crâne, de la capsule osseuse et de la dure-mère se montrent si souvent réunies et confondues sur le même individu, qu'une courte description d'ensemble est le meilleur moyen d'en donner une notion bien exacte.

La syphilis, lorsqu'elle atteint le périoste du crâne, se présente d'habitude tout d'abord sous la forme de nodosités aplaties, molles et élastiques, paraissant provenir de l'os lui-même. La **gomme** du péri-crâne se développe aux dépens des couches internes de ce dernier; elle est constituée d'abord par des cellules rondes et fusiformes contenues dans les mailles d'un fin réseau de substance intercellulaire. Le tissu mou, muqueux, dont elle est formée au début, devient plus tard ferme et lardacé, et sa structure se rapproche de celle du tissu conjonctif jeune. La nodosité gommeuse subit alors diverses altérations qui toutes sont sous l'influence du peu de vitalité des éléments qui la constituent. La guérison, par exemple, peut se produire par dégénérescence graisseuse des éléments de la petite tumeur; ainsi se forment des masses caséuses qui disparaissent ensuite par résorption. Le périoste s'applique alors de nouveau sur l'os, mais comme les couches superficielles de ce dernier ont subi une érosion au point sous-jacent à la gomme syphilitique, il en résulte que la guérison laisse une cicatrice déprimée au point correspondant à la perte de substance osseuse. La guérison s'opère aussi quelquefois par voie de suppuration. Celle-ci peut être le résultat d'irritations diverses auxquelles sont exposées les couches superficielles de la gomme en voie d'accroissement, irritations qui se traduisent par la production rapide de globules de pus dans l'intérieur de la tumeur, suivie de l'inflammation de la peau et de sa perforation; ou bien la suppuration s'établit dans la gomme alors qu'elle a déjà subi la dégénérescence graisseuse, par voie de ramollissement et d'inflammation du foyer

dégénéré. Dans l'une et l'autre de ces alternatives le premier effet visible de la suppuration consiste dans la destruction de la peau au niveau du point enflammé, et dans son ulcération. A l'ouverture de l'abcès succède une ulcération caractéristique, profonde, anfractueuse, à bords décollés, ulcération qui tend à s'accroître par sa périphérie, et entraîne parfois à sa suite une nécrose superficielle peu étendue de l'os sous-jacent.

Tels sont les deux modes de terminaison des gommés syphilitiques. Par contre il est très rare que le foyer caséux une fois formé persiste sans aucune tendance au ramollissement.

Nous avons dit que le développement des gommés du périoste s'accompagne d'une carie superficielle de l'os sous-jacent ; par contre, dans le voisinage de la partie affectée de carie, on observe presque toujours une prolifération purement inflammatoire du tissu osseux. Ainsi se forment des exostoses limitées ou des hyperostoses d'une certaine étendue, altérations qui sont d'une grande importance si l'on prend en considération la multiplicité des tumeurs gommeuses, et leur complication fréquente avec les processus que nous allons étudier.

Lorsque des gommés se développent aux dépens du périoste crânien, le même processus histologique s'observe presque toujours en même temps dans les os du crâne. Par son mode d'extension, ainsi que par ses conséquences, l'ostéomyélite syphilitique offre une analogie complète avec l'ostéite raréfiante simple ; mais ces deux affections diffèrent par leurs caractères histologiques ainsi que par la marche envahissante et destructive de l'ostéite gommeuse. Dans le tissu conjonctif du diploé le tissu gommeux développé offre la même tendance à la dégénérescence que lorsqu'il occupe les couches du périoste. Ainsi les gommés envahissent l'os peu à peu en le détruisant ; puis, tandis que de nouvelles tumeurs gommeuses se forment à la périphérie, les points qui ont été atteints les premiers subissent la métamorphose caséuse, suivie elle-même ordinairement de ramollissement et d'ulcération. Le processus en question entraîne la destruction des vaisseaux nourriciers de l'os, et il en résulte que certains points du crâne sont menacés de nécrose, alors que sur d'autres points l'affection suit sa marche progressive. — D'une part la nécrose avec le bourgeonnement et la suppuration qu'elle entraîne au niveau de la ligne de démarcation, d'autre part la destruction de l'os par les masses gommeuses dans les points récemment envahis, et enfin l'existence d'une ostéite de voisinage qui souvent ici n'est pas sans importance, et revêt ordinairement la forme de l'hyperostose, telles sont les lésions variées qui constituent le tableau anatomo-pathologique de la maladie que nous étudions en ce moment. Tantôt l'affection envahit la voûte crânienne dans une étendue considérable, tantôt elle n'intéresse qu'une région limitée du crâne ; la nécrose peut de même être très étendue, tandis que dans d'autres cas elle se borne à un point très limité ; un petit séquestre peut même disparaître complètement par

résorption. Le frontal et les pariétaux sont le siège le plus fréquent de cette maladie.

L'ostéite gommeuse peut exister isolément, mais bien plus souvent elle se complique d'une affection de la dure-mère. La forme morbide qui intéresse surtout le chirurgien, est la *pachyméningite externe* (endocranitis de BRUNS ou périostite interne syphilitique). Cette affection peut offrir les mêmes caractères que les gommés développées dans le périoste crânien proprement dit, c'est-à-dire la dégénérescence graisseuse des nodosités, leur ramollissement et leur ulcération, avec les altérations locales de la carie, ainsi que les exostoses et hyperostoses développées à la périphérie. Dans d'autres cas les lésions sont plus diffuses, et consistent dans des végétations qui se développent à la face externe de la dure-mère, et entraînent la destruction de la table vitrée sous la forme de lacunes, de sinuosités irrégulières. Dans ce dernier cas, si l'on examine la face interne du crâne, on observe des espèces de dessins irréguliers, tantôt assez bien limités, tantôt tout à fait diffus, finissant par se confondre, et au niveau desquels la surface osseuse est inégale, comme rongée, et présente un grand nombre de petites fossettes séparées par des saillies de substance osseuse intacte. C'est dans ces dépressions que viennent se loger les végétations gommeuses de la dure-mère. Celles-ci peuvent finalement se guérir par sclérose.

Enfin nous devons mentionner encore la *pachyméningite interne* développée à la convexité ou à la base des hémisphères, et donnant naissance soit à des nodosités simples, soit à de véritables gommés. Par contre nous passerons sous silence les lésions syphilitiques de la pie-mère et du cerveau, afin de ne pas sortir des limites imposées à un traité de chirurgie.

§ 84. — Il nous a paru nécessaire d'insister un peu longuement sur l'étude anatomique de la syphilis du crâne, parce qu'elle permet à elle seule de comprendre la variabilité de la marche des lésions syphilitiques dans cette région, et qu'elle nous dispense d'entrer dans de longues considérations sur les phénomènes cliniques. D'ailleurs l'étude anatomo-pathologique est ici d'autant plus importante que la majorité des faits de carie du crâne, et un grand nombre de nécroses qui ne reconnaissent pas une origine traumatique, ont certainement pour cause une affection syphilitique. (*Voir du reste plus loin nos remarques sur la tuberculose.*)

Les phénomènes cliniques de la syphilis osseuse du crâne sont liés, d'une part, à la formation de gommés dans les couches du périoste, et, d'autre part, à l'évolution ultérieure de ces productions pathologiques, c'est-à-dire leur ratatinement précédé ou non de suppuration, et suivi de la formation d'une cicatrice osseuse déprimée. L'ostéite syphilitique, lorsqu'elle se complique dès le principe de la formation de gommés dans le périoste, ne détermine par elle-même que très peu de symptômes. Elle ne s'accompagne même pas dans tous les cas de douleurs vives.