

Pour le chirurgien les symptômes essentiels consistent dans l'ouverture à l'extérieur des foyers de ramollissement, et la production d'une nécrose ou carie consécutive. Tantôt alors des fistules étroites et peu profondes conduisent au siège de l'affection, tantôt la partie osseuse malade est recouverte d'une ulcération étendue. Mentionnons, en outre, les symptômes tantôt plus ou moins diffus, tantôt localisés, dus à une pachyméningite ou à la présence de gommés dans le cerveau.

§ 85. — Déjà autrefois quelques chirurgiens avaient posé l'indication d'une intervention opératoire ayant pour but d'enlever les portions cariées du crâne ; mais la trépanation qu'ils conseillaient dans ces cas doit être absolument rejetée. Par contre on obtiendra d'excellents résultats du procédé consistant à extirper les parties osseuses cariées et les masses gommeuses à l'aide de la curette tranchante. Il existe des cas de syphilis osseuse du crâne qui se montrent tout à fait rebelles à l'emploi de l'iodure de potassium, dont l'action est habituellement si sûre ; l'ulcération intéressant à la fois l'os et les téguments crâniens, ne cesse de s'accroître en dépit du traitement, en détruisant les tissus qu'elle envahit, si bien que le chirurgien peut arriver à douter de son diagnostic et à soupçonner l'existence d'un carcinome. Si, dans ces cas, on a soin de circonscrire l'ulcère par une incision, puis de pratiquer un grattage complet des parties malades en prenant garde de respecter la limite formée par la dure-mère, on sera parfois étonné de voir avec quelle rapidité agit la médication spécifique dans ces nouvelles conditions. C'est dans ce sens que je reconnais parfaitement l'utilité d'une intervention chirurgicale, soit qu'il s'agisse d'anciennes gommés ulcérées, soit que l'on ait affaire à ces ulcérations fongueuses de la peau que nous avons mentionnées plus haut. Dans la plupart des autres cas l'intervention du chirurgien devra se borner à l'extraction de séquestres faite en temps opportun.

Sauf les exceptions que nous venons de signaler, les lésions tardives de la syphilis du crâne sont, comme celles des autres parties du corps, justiciables du traitement antisiphilitique. Lorsque le diagnostic est douteux, l'iodure de potassium peut même être considéré en quelque sorte comme un réactif thérapeutique. Déjà au bout de huit jours de traitement ioduré on est frappé de la diminution considérable de la suppuration à la surface de l'ulcération, dont les bords se recollent et se couvrent d'un liséré cicatriciel. Il n'est même pas nécessaire d'administrer de fortes doses d'iodure de potassium pour obtenir un pareil résultat : une dose de 0,50 par jour est d'habitude parfaitement suffisante. Il existe cependant des cas rebelles à ce traitement, et qui cèdent à l'application locale de préparations mercurielles telles que le sublimé ou la pommade au précipité rouge. Ce n'est que dans les formes graves, lorsque ces divers moyens ont échoué, que se trouve indiqué l'emploi de la curette tranchante.

Malheureusement l'emploi momentané de l'iodure de potassium ne

protège pas à coup sûr le malade contre la possibilité d'une récidive, et dans les formes malignes on se trouvera dans la nécessité de le soumettre à l'usage continu de ce médicament, afin de tenir, pour ainsi dire, constamment en échec les phénomènes morbides. Peut-on dans ces conditions attendre de bons effets d'une cure par les frictions mercurielles ? En tous cas c'est un traitement que l'on peut bien essayer comme dernière ressource, mais que l'on devra aussitôt abandonner si, après quelques frictions, on voit survenir une aggravation dans l'état du malade. Pour ma part j'ai vu guérir plusieurs cas de ce genre à la suite d'une cure à Aix-la-Chapelle.

B. MALADIES DES OS DU CRANE.

Inflammations des os du crâne et leurs conséquences.

§ 86. — Nous avons déjà fait mention de la périostite et de l'ostéomyélite suppurées dans notre étude des lésions traumatiques du crâne. Nous avons rappelé à cette occasion que ces complications des plaies surviennent presque toujours à la suite d'une infection venant de l'extérieur. Il est extrêmement rare d'observer une ostéomyélite diffuse des os du crâne à la suite d'une contusion simple sans plaie. Le danger de cette affection aiguë réside, d'une part, dans l'intensité de la fièvre infectieuse qui l'accompagne, et, d'autre part, dans la propagation si fréquente de l'inflammation aux vaisseaux et membranes du cerveau. Les veines du diploé charrient les thrombus ramollis jusque dans les sinus de la dure-mère, et alors les symptômes de la pyémie métastatique viennent se joindre à ceux de la fièvre infectieuse du début. En outre l'inflammation du diploé se complique d'une périostite suppurée intéressant les deux faces de la voûte crânienne, et une méningite en est alors facilement la conséquence.

Si, par exception, le malade ne succombe pas à cet ensemble de lésions, il se produit une **nécrose** plus ou moins étendue de l'os malade. Cependant nous ferons observer que la nécrose des os crâniens reconnaît bien plus souvent d'autres causes, telles qu'une périostite circonscrite, une ostéite limitée succédant à une contusion, ou bien une fracture comminutive étendue. A propos de ces fractures nous avons déjà dit qu'une esquille osseuse, même si elle est complètement dénudée et séparée des parties molles voisines, n'est pas fatalement vouée à la nécrose. Ici encore la condition essentielle pour la production d'une nécrose, c'est l'accès de l'air et la suppuration qui en est la conséquence.

La nécrose des os du crâne présente deux particularités qui méritent d'être mentionnées. L'une d'elles consiste dans le danger d'une *méningite par propagation*. Les granulations qui se développent autour du séquestre protègent bien, il est vrai, jusqu'à un certain point les ménin-

ges contre cette complication, mais cette garantie n'est point absolue, et il arrive assez souvent que le blessé succombe tardivement à une méningite qui a eu pour point de départ un foyer de nécrose. La seconde particularité consiste dans l'absence d'une coque osseuse de nouvelle formation autour du séquestre. Ce n'est que dans des cas tout à fait rares qu'une gaine osseuse vient entourer l'os frappé de nécrose. Lorsque celle-ci intéresse toute l'épaisseur de l'os, la cavité crânienne se trouve fermée, après l'élimination du séquestre, par une membrane de tissu conjonctif plus ou moins résistante formant une cicatrice adhérente à la dure-mère. Cependant cette règle offre des exceptions. Ainsi il y a peu de temps KUSTER (Schwalbach) a publié l'observation d'une femme à laquelle on avait enlevé un fragment du frontal d'une longueur de 10 cent. et d'une largeur de 8 cent.; 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.

Pour le traitement de la nécrose nous renvoyons le lecteur au chapitre consacré aux résections dans les lésions traumatiques du crâne.

§ 87. — Les **inflammations chroniques du crâne** sont en grande partie d'origine syphilitique. On voit parfois se développer des *périostites suppurées localisées* à la suite de lésions traumatiques sans gravité, ou même sans cause connue (périostite rhumatismale); ces périostites peuvent guérir avec ou sans nécrose superficielle.

Dernièrement VOLKMANN a tiré de l'oubli la **tuberculose** des os du crâne, déjà mentionnée par NÉLATON et RIED, et dont ce dernier avait même publié plusieurs observations. Elle 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. Toutes les formes connues de tuberculose osseuse se rencontrent sur le crâne; l'une d'elles, la *nécrose pénétrante*, est relativement fréquente. Les parties frappées de nécrose ont tantôt une forme arrondie, tantôt une forme irrégulière; leur volume peut varier depuis celui d'une fève jusqu'à l'étendue d'une pièce d'un franc ou même de cinq francs; le séquestre peut se détacher spontanément ou rester longtemps enfermé dans la partie de l'os restée saine. Dans ce dernier cas on est obligé d'enlever avec la gouge la couche osseuse qui recouvre le séquestre, ou en tous cas d'user d'une certaine force pour faire basculer ce dernier au dehors à l'aide d'un ciseau ou d'un élévatoire. La coloration du séquestre est tout à fait blanche ou jaunâtre, parfois d'un jaune d'or. La face externe est recouverte d'un foyer tuberculeux situé d'abord sous le périoste qu'il perfore bientôt, foyer à contenu purulent ou caséux, et constitué dans d'autres cas par des granulations tuberculeuses; d'autre part, au niveau de sa face in-

terne, la tuberculose se propage et décolle la dure-mère, parfois sur une grande étendue, et forme sur cette membrane, de même que sur la table interne, une couche de granulations tuberculeuses. — Il est bien plus rare d'observer des *nécroses tuberculeuses non pénétrantes* avec production d'une couche de granulations tuberculeuses dans le diploë, et l'on rencontre encore plus rarement un foyer de granulations sans nécrose, foyer qui, dans le cas observé par moi, était, d'ailleurs, aussi perforant. Une forme tout particulièrement pernicieuse, c'est la *tuberculose infiltrée progressive*. Non seulement elle a une tendance particulière à envahir le crâne sur une étendue illimitée, mais, en outre, elle entraîne la formation, entre la dure-mère et l'os, de vastes foyers de granulations tuberculeuses. Le plus souvent la tuberculose du crâne n'envahit ce dernier que sur un seul point; cependant on observe aussi quelquefois des foyers multiples. Ainsi j'ai vu une tuberculose infiltrée étendue débiter à la fois sur trois points différents. Cette maladie peut s'observer sur tous les os du crâne, mais elle affectionne tout particulièrement le frontal, les pariétaux, puis les temporaux.

Si l'on suit pas à pas la marche de la tuberculose du crâne, on observe d'abord, au début, des tumeurs molles, flasques, le plus souvent fluctuantes. Dans la suite, lorsque la nécrose est perforante ou qu'une tuberculose granuleuse a déterminé la perforation du crâne, on peut observer des pulsations au niveau de la tumeur. Lorsqu'un abcès s'ouvre à l'extérieur, il en résulte des fistules tuberculeuses caractéristiques, et dans la suite un ulcère tuberculeux, conséquence de la destruction des parties molles.

Le pronostic de la tuberculose du crâne, au point de vue local, n'est pas mauvais lorsqu'on institue un traitement convenable; par contre, le pronostic *quoad vitam* est le plus souvent fâcheux parce que l'affection locale survient dans la règle chez des individus qui sont déjà sous le coup d'autres localisations graves de la tuberculose.

Le **traitement** de la tuberculose des os du crâne doit être dirigé d'après les règles généralement usitées de nos jours. La tâche du chirurgien consiste à enlever aussi complètement que possible toutes les parties malades. L'opération doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, et être suivie de l'application d'iodoforme. Après avoir largement ouvert les abcès, on enlève les granulations tuberculeuses des parties molles, puis toutes les portions osseuses malades. Les foyers de granulations tuberculeuses dans l'os sont détruits par le grattage avec la curette tranchante. Puis on fait l'extraction des séquestres. Si la nécrose est superficielle, il est bon, en général, d'enlever complètement avec la gouge la couche corticale de l'os contiguë à la partie nécrosée; si elle est perforante, après avoir extrait le séquestre, on régularise et nettoie les bords de l'ouverture à l'aide de la curette tranchante ou de la gouge. Lorsqu'on a affaire à la tuberculose infiltrée, on attaque partout les par-