

n'atteignent que rarement un volume considérable et il est encore plus rare qu'elles conservent longtemps l'aspect d'une tumeur, grâce à l'ulcération qui l'envahit bientôt. C'est à la *langue* que le diagnostic présente le plus de difficultés; comme nous l'avons déjà dit, la gomme de la langue, dont le point de départ se trouve dans la musculature, peut atteindre un notable volume et subit moins facilement la fonte ulcéralive.

Dans les cas qui laissent le moindre doute, si l'analyse microscopique d'un débris excisé ne permet pas d'établir un diagnostic certain (tuberculose, carcinôme), le devoir du médecin est, *avant d'employer tout autre traitement*, de prescrire pendant un certain temps l'*iodure de potassium* à dose suffisante; l'action puissante que ce médicament exerce sur les syphilides tertiaires des muqueuses, se manifeste déjà très nettement au bout d'une ou deux semaines; cette expérience permet d'éviter des erreurs de diagnostic et de traitement, dont les conséquences pourraient être très sérieuses pour le malade.

Le **Pronostic** des affections tertiaires des muqueuses est intimement lié à la période à laquelle on commence le traitement. En lui-même, ce pronostic n'est pas fâcheux: lorsque l'affection est reconnue à temps et énergiquement traitée, la guérison se produit toujours rapidement, sous l'influence de l'iodure de potassium, dont l'action, sur ces gommes, est peut-être plus éclatante encore que sur les gommes cutanées. Même dans les cas avancés, ce médicament répond toujours à l'attente et active la cicatrisation du ulcère; quant aux ravages déjà produits, il est évident qu'il ne saurait les réparer; il en est de même pour les rétractions cicatricielles: l'iodure n'a, évidemment aucune prise sur ces accidents. Malheureusement, ce sont ces dévastations, ces troubles fonctionnels qui, dans certains cas, donnent précisément à la maladie toute sa gravité et mettent parfois en péril la vie du malade.

CHAPITRE X

LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES ORGANES DE MOUVEMENT

I. — AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES OS

De tous les organes du mouvement, ce sont les os que la syphilis attaque de préférence. — En faisant l'étude des **affections syphilitiques des os** nous ne nous occuperons pas des altérations osseuses dans lesquelles le processus spécifique, parti d'un organe voisin, envahit secondairement le périoste, le détruit et provoque la nécrose de l'os; ces lésions de la substance osseuse ne sont pas primitives, la nécrose ne se produisant que par arrêt de circulation. Nous avons déjà étudié ces accidents, qui frappent surtout les os simplement recouverts d'une muqueuse, tels que le palais, les os du nez.

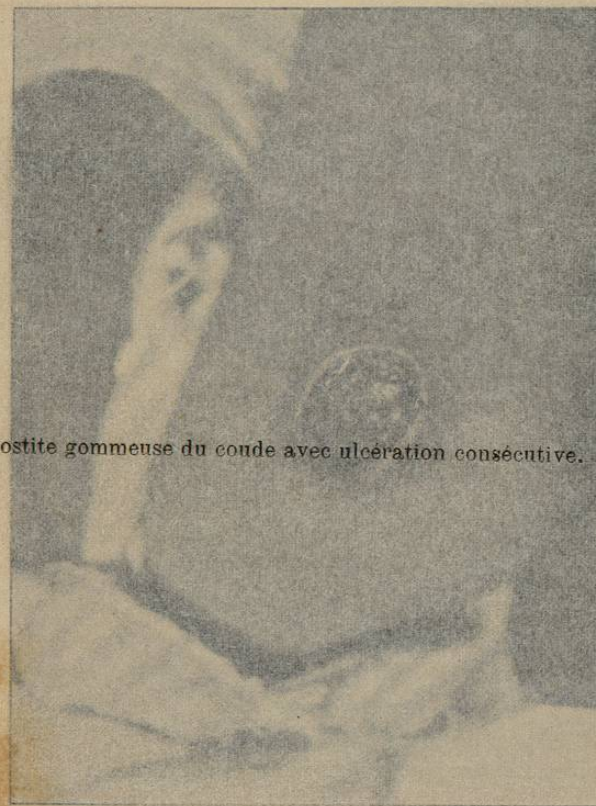
Les affections proprement dites du système osseux se divisent en deux groupes: dans le premier, la maladie débute dans le *périoste*; dans le seconde, dans la *substance osseuse* elle-même. Cette division n'est pas absolue, car pendant l'évolution du mal, la partie primitivement saine finit par participer, elle aussi, à l'altération morbide: ceci s'applique surtout aux affections primitives du périoste qui, presque toujours, entraînent à leur suite une lésion de la substance osseuse.

La **périostite syphilitique** se traduit par la formation de tuméfactions plus ou moins étendues, de consistance élastique; elles sont constituées par une substance d'apparence gélatineuse ou lardacée qui se dépose ordinairement à la surface interne du périoste, entre celui-ci et l'os. L'examen microscopique de la tumeur démontre qu'elle a essentiellement la même structure que les gommes ordinaires. Parfois ces dépôts émettent des prolongements coniques qui s'enfoncent dans les canalicules osseux élargis. Ces périostoses ont trois terminaisons différentes. Dans certains cas, il se produit sous l'infiltrat, une *résorption* du tissu osseux, une usure; l'os se creuse d'une excavation affectant un

peu la forme d'un entonnoir, sans que jamais il se forme de pus et qu'il y ait élimination d'un séquestre (*carie sèche*, VIRCHOW). Dans une autre série de cas, la périostite aboutit à un résultat tout différent : il se fait une *néoformation de tissu osseux*, un dépôt d'ostéophytes sur l'os qui s'épaissit (*Périostite ossifiante*). Dans ces deux formes, l'infiltration spécifique finit donc par se résorber, sans formation de pus. Dans une dernière série de cas, la néoplasie syphilitique passe à la *suppuration*; le périoste se détruit sur une étendue égale à celle de la tumeur. Cette destruction du périoste entraîne ses conséquences ordinaires, c'est-à-dire la *nécrose* de l'os sous-jacent, dans toutes les parties privées de l'apport nutritif (*Périostite suppurée*). Le pus se crée presque toujours une issue à l'extérieur; la peau ou la muqueuse se détruisent et il se forme un ulcère syphilitique dont les caractères sont les mêmes que ceux des ulcérations qui partent de la peau ou de la muqueuse pour envahir secondairement le périoste et l'os.

On rencontre très souvent chez le même malade ces différentes formes combinées; les deux premières surtout, les périostites raréfiante et ossifiante, s'observent souvent côte à côte: au centre de l'infiltrat périostique on trouve une usure, une excavation, tandis qu'à la périphérie l'os s'est épaissi, par apposition de nouvelles couches osseuses.

Les processus morbides sont tout-à-fait analogues quand la syphilis atteint la **substance de l'os lui-même**; seulement, la structure plus compliquée de l'os, le siège plus profond de la lésion empêchent les symptômes d'être aussi nets que dans les affections périostées. Comme dans la périostite, on observe une simple résorption de l'os qui se traduit soit par une *raréfaction* de la substance osseuse (*ostéoporose*) qui peut rendre les os tellement friables qu'ils se brisent au moindre effort, (*fractures spontanées*) soit par une *hyperplasie de l'os*, c'est-à-dire par la transformation du tissu spongieux en tissu compact; cette *éburnation* se rencontre aussi dans les hyperplasies osseuses consécutives à une périostite. D'autres fois le développement d'infiltrations syphilitiques dans le tissu osseux (*ostéite gommeuse*) provoque la nécrose d'une portion plus ou moins étendue de celui-ci: c'est la *carie syphilitique* proprement dite. Les séquestres éliminés se distinguent des séquestres dus à d'autres processus, en ce qu'ils paraissent toujours hyperémiés et sillonnés

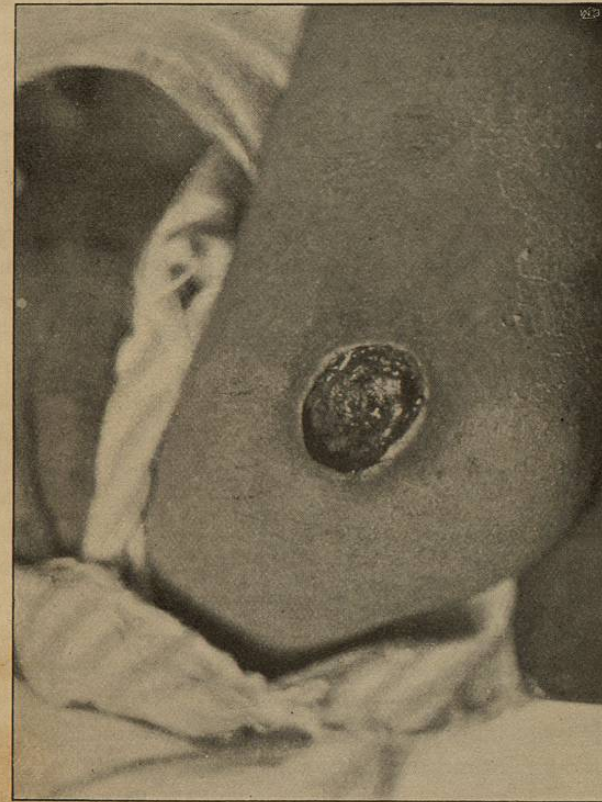


Périostite gommeuse du coude avec ulcération consécutive.

peu la forme d'un entonnoir, sans que jamais il se forme de pus et qu'il y ait élimination d'un séquestre (*carie sèche*, VIRCHOW). Dans une autre série de cas, la périostite aboutit à un résultat tout différent : il se fait une *néoformation de tissu osseux*, un dépôt d'ostéophytes sur l'os qui s'épaissit (*Périostite ossifiante*). Dans ces deux formes, l'infiltration spécifique finit donc par se résorber, sans formation de pus. Dans une dernière série de cas, la néoplasie syphilitique passe à la *suppuration*; le périoste se détruit sur une étendue égale à celle de la tumeur. Cette destruction de périoste entraîne ses conséquences ordinaires, c'est-à-dire la *nécrose* de l'os sous-jacent, dans toutes les parties privées de l'apport nutritif (*Périostite suppurée*). Le pus se crée presque toujours une issue à l'extérieur; la peau ou la muqueuse se détruisent et il se forme un ulcère syphilitique dont les caractères sont les mêmes que ceux des ulcérations qui partent de la peau ou de la muqueuse pour envahir secondairement le périoste et l'os.

On rencontre très souvent chez le même malade ces différentes formes combinées; les deux premières surtout, les périostites raréfiante et ossifiante, s'observent souvent côte à côte; au centre de l'infiltrat périostique on trouve une usure, une excavation, tandis qu'à la périphérie l'os s'est épaissi, par apposition de nouvelles couches osseuses.

Les processus morbides sont tout-à-fait analogues quand la syphilis atteint la **substance de l'os lui-même**: seulement, la structure plus compliquée de l'os, le siège plus profond de la lésion empêchent les symptômes d'être aussi nets que dans les affections périostées. Comme dans la périostite, on observe une simple résorption de l'os qui se traduit soit par une *raréfaction* de la substance osseuse (*ostéoporose*) qui peut rendre les os tellement friables qu'ils se brisent au moindre effort, (*fractures spontanées*) soit par une *hyperplasie de l'os*, c'est-à-dire par la transformation du tissu spongieux en tissu compact; cette *éburnation* se rencontre aussi dans les hyperplasies osseuses consécutives à une périostite. D'autres fois le développement d'infiltrations syphilitiques dans le tissu osseux (*ostéite gommeuse*) provoque la nécrose d'une portion plus ou moins étendue de celui-ci : c'est la *carie syphilitique* proprement dite. Les séquestres éliminés se distinguent des séquestres dus à d'autres processus, en ce qu'ils paraissent toujours hyperémiés et sillonnés



de canaux élargis, résultat du travail d'ostéoporose qui a précédé la nécrose. Enfin, il se produit parfois, dans la substance médullaire, surtout des os longs, des *gommes* typiques, qui, sous tous les rapports, ressemblent à celle des autres organes (*ostéomyélite gommeuse*).

Comme dans les affections du périoste, on voit ces divers processus présenter des combinaisons multiples ; dans la cavité médullaire, on trouve, par exemple, un séquestre ou une gomme, et dans le tissu osseux voisin, du tissu éburné ; est-il nécessaire de répéter que souvent, les altérations du périoste et de l'os se rencontrent l'une à côté de l'autre ?

Si, après avoir fait l'esquisse générale des ostéopathies spécifiques, nous passons à la description de leurs symptômes cliniques, nous avons d'abord à nous élever contre l'opinion courante que les affections des os seraient toujours des lésions tardives, appartenant à la période tertiaire : certaines d'entre elles apparaissent en effet dans les premières périodes de la syphilis, parfois en même temps que les symptômes les plus précoces de la généralisation ; d'autres, au contraire, constituent de véritables manifestations tertiaires et, sauf les cas de syphilis galopante à marche extrêmement rapide, n'apparaissent jamais que dans les périodes tardives de la syphilis.

Parmi les lésions osseuses précoces signalons surtout les *périostites* ; comme nous l'avons déjà dit, très souvent elles accompagnent les éruptions du début, parfois même elles les précèdent de quelques jours. Elles atteignent de préférence les os situés immédiatement sous la peau, ceux du *crâne* surtout, puis le *tibia*, les *os de l'avant-bras*, le *sternum* ; il s'y forme une ou plusieurs tuméfactions, rarement en grand nombre, qui d'ordinaire n'atteignent qu'un faible volume ; on en a cependant rencontré qui avaient le diamètre d'une pièce de cinq francs. Les plus petites ne sont appréciables qu'au toucher ; pour les découvrir le guide le plus certain est la douleur qu'on provoque en les recherchant, car elles sont extrêmement sensibles à la moindre pression. Les périostites plus étendues sont, au contraire, facilement appréciables, d'autant plus que d'habitude la peau qui les recouvre est rouge et offre une tuméfaction œdémateuse. Les douleurs sont spontanées et deviennent souvent insupportables à la moindre pression, et même au moindre contact. — La périostite secondaire ne passe jamais à la suppuration, ne

produit jamais dans l'os des néoformations osseuses telles que le fait la périostite ossifiante de la période tertiaire et ne provoque jamais de carie proprement dite. Toutefois, les périostites précoces peuvent parfaitement détruire la substance osseuse dans les couches superficielles (carie sèche) (1) ou donner naissance à de petits ostéophytes. Dans ces dernier cas, il est possible, après la disparition des symptômes inflammatoires du début, de percevoir nettement sous la peau le dépôt de tissu néoformé. Mais ces néoplasies n'atteignent jamais un gros volume, elles se résorbent plus tard surtout sous l'influence d'un traitement spécifique et finissent ordinairement par disparaître tout-à-fait.

Par contre, les *affections périostiques et osseuses de la période tertiaire* produisent des troubles beaucoup plus profonds. Chez certains malades, le symptôme capital est une néoformation du tissu osseux (*périostite ossifiante*), la formation d'une tumeur osseuse, d'un *tophus* ; ce symptôme avait déjà été constaté par les premiers observateurs dans la grande épidémie de la fin du moyen-âge. Ces tophus se développent surtout aux os du crâne ; à la clavicule, au sternum, aux os de l'avant-bras et à la face interne du tibia ; ils se présentent sous forme de protubérances irrégulièrement bosselées, de volume variable, souvent très nombreuses ; au tibia par exemple, elles donnent à la face interne de cet os, lisse à l'état normal, un aspect irrégulier. Souvent à la clavicule et aux os de l'avant-bras, ces tuméfactions ressemblent à s'y méprendre au cal d'une fracture. Dans les cas sérieux, l'os est atteint sur une grande surface, parfois dans sa totalité ; il est considérablement tuméfié, jusqu'à atteindre le double de son volume normal ; d'ordinaire il se produit une éburnation qui peut atteindre aussi bien le tissu néoformé que l'os primitif. Si, dans les cas légers, il n'existe en dehors des vives douleurs du début, aucun autre symptôme, on constate, lorsque la tuméfaction de l'os est excessive, des altérations fonctionnelles graves et durables, du moins lorsqu'il s'agit des os des extrémités. Déjà la seule augmentation du poids de l'os compromet la motilité et l'usage du membre ; mais ce qui entrave encore beaucoup plus le fonctionnement, c'est la participation des extrémités articulaires ;

(1) Chez une jeune fille, ayant succombé à la suite d'une intoxication par l'acide carbonique, peu de temps après avoir contracté la syphilis (éruption généralisée de grosses papules), nous avons trouvé le crâne parsemé d'un grand nombre de ces petites dépressions.

le changement de forme qu'a subit l'os suffit à lui seul à entraver ou même à abolir complètement la mobilité de la jointure sans que celle-ci participe elle-même à l'altération pathologique : il se forme ainsi une *ankylose* plus ou moins mobile ; cette complication survient surtout à l'articulation du coude. — Au crâne, ces épaisissements diffus, avec éburnation, peuvent entraîner la disparition complète du diploë, ce qu'on ne peut évidemment démontrer qu'à l'autopsie.

Ces néoplasies osseuses sont, il est vrai, susceptibles d'une certaine résorption ; mais, même par un traitement énergique, celle-ci n'est jamais complète ; aussi ces protubérances osseuses constituent-elles un signe durable d'infection syphilitique, dont l'importance diagnostique est considérable. — Au début, ces périostites ossifiantes sont souvent le siège de vives douleurs ; par contre, à leur période d'état, elles ne sont que légèrement douloureuses, parfois elles sont seulement un peu sensibles à la pression. Dans certaines formes, le processus prend dès son début, une allure très chronique et n'éveille que peu ou pas de douleurs.

Les affections plus profondes de l'os, l'*ostéite* ou l'*ostéomyélite gommeuse* ont des symptômes tout différents. La douleur, souvent excessive, térébrante ou conquassante constitue au début le seul symptôme ; dans l'ostéomyélite il ne s'en produit souvent aucun autre pendant tout le cours de la maladie, de telle sorte que le diagnostic précis ne se fait qu'à l'autopsie. Il peut même se faire que dans de pareils cas, on n'ait pas, pendant la maladie, pensé à une affection osseuse ; ce fait paraît donner raison à ceux qui prétendent que les gommages de la moelle osseuse sont plus fréquentes qu'on ne l'admet d'habitude, en ne tenant compte que des quelques observations que nous possédons ; d'autant plus qu'aux autopsies, on n'a pas l'habitude de fendre l'os et d'en faire l'examen méthodique à moins d'avoir pour cela un motif spécial.

Mais, si l'infiltration gommeuse est plus rapprochée de la surface de l'os, elle se révèle, après un certain temps, par une tuméfaction appréciable sous la peau ; cette tuméfaction est constituée en partie par la tumeur gommeuse elle-même, en partie par la néoformation osseuse qui, presque toujours se développe à la périphérie des foyers morbides. Si, à cette période on institue un traitement convenable, on arrive à faire complètement résorber

la tumeur; cependant, il persiste d'ordinaire une dépression à la surface de l'os, dont le tissu a été détruit sur une étendue correspondant à celle de la gomme. Si le mal est abandonné à lui-même, il finit par aboutir à une nécrose étendue de l'os; le liquide formé se fait jour à travers les parties molles; dans la grande majorité des cas, c'est à la peau que l'ouverture se fait et il se produit une *fistule osseuse*. Après oblitération de cette fistule, la cicatrice adhère à l'os.

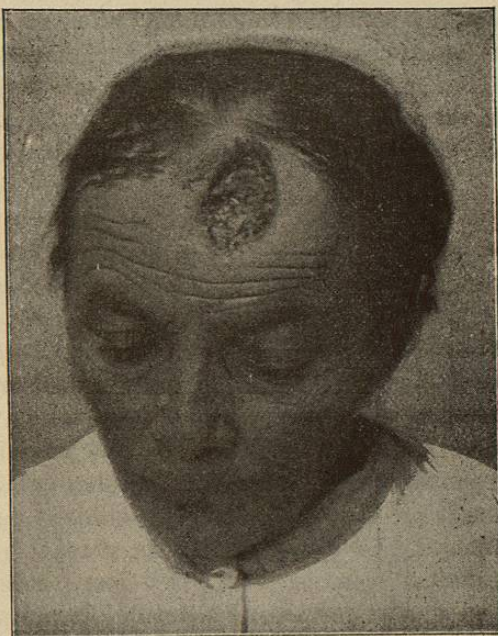


Figure 11.

Ulçère syphilitique tertiaire avec vaste nécrose du frontal.

Au *crâne*, le processus morbide a souvent pour conséquence une exfoliation étendue de la surface osseuse; ces exfoliations restent parfois superficielles; d'autres fois elles sont plus profondes et peuvent même intéresser toute l'épaisseur de l'os, produire une *perforation de la boîte crânienne*, mettre à nu la dure-mère et même la détruire par ulcération. Le séquestre reste souvent enclavé dans l'épaississement osseux qui s'est formé à la périphérie et ne peut être enlevé que par des moyens chirurgicaux.

Il arrive que le séquestre soit repoussé vers l'intérieur du crâne et comprime la masse cérébrale en donnant lieu à de graves symptômes. Quand il s'est fait une perforation du crâne, l'ouverture ne s'obture jamais par formation de tissu osseux; c'est une membrane cicatricielle qui réunit les bords de l'ouverture; quand la perforation est vaste, la rétraction de cette cicatrice peut amener un rétrécissement réel de la cavité crânienne.

On a désigné du nom de *dactylite syphilitique*, les manifestations syphilitiques des os des mains et spécialement des *métacarpiens* et des *os des phalanges*. D'ordinaire il s'agit de processus complexes, d'altérations des os, d'infiltration gommeuse des parties molles, souvent aussi de lésions articulaires; une maladie qui a pris naissance dans les parties molles peut même avoir tout l'aspect clinique de la dactylite syphilitique typique. La main ou le doigt malades sont fortement tuméfiés et atteignent jusqu'au double de leur volume normal et davantage; après avoir persisté longtemps, la tuméfaction s'ulcère, l'os s'exfolie et certains doigts diminuent de longueur; souvent des ankyloses se forment et compromettent sérieusement le fonctionnement de l'organe. On a beaucoup moins souvent l'occasion d'observer ces symptômes aux pieds; il est rare (ce fait ne se présente que dans les cas tout-à-fait négligés) que cette affection entraîne des mutilations graves — comme on en observe fréquemment dans la *lèpre*; dans cette dernière affection, les doigts et les orteils sont parfois complètement détruits, au point qu'il n'en persiste plus qu'un petit moignon. Dans la dactylite syphilitique, la phalange unguéale reste, en général, intacte; l'ongle qu'elle porte est étiolé et dévié de sa direction normale (*syphilis léproïde*).

Des autres parties du squelette, ce sont le *sternum*, la *clavicule* et le *tibia* qui présentent le plus souvent des altérations syphilitiques; les autres os en sont moins fréquemment le siège. Les symptômes sont les mêmes que ceux que nous venons de décrire. La peau se perforé, s'ulcère sur une vaste surface; d'autres fois il ne se forme qu'une simple fistule; par l'ouverture produite s'éliminent des séquestres plus ou moins volumineux et la guérison se fait en laissant d'ordinaire à la périphérie une hyperplasie de substance osseuse et, à la place qu'a occupée l'ulcère, une cicatrice très déprimée et adhérente à l'os. Les syphilomes des os du nez et de la voûte palatine ont été décrits en même

témps que les syphilides des muqueuses. — Il arrive, assez rarement, il est vrai, quand ces affections osseuses ont persisté pendant des années aux extrémités, surtout aux jambes, que le tissu conjonctif s'hyperplasia et qu'un *éléphantiasis* se développe. — Parmi les complications qu'entraîne la syphilis osseuse, nous avons déjà cité la dénudation de la dure-mère qui aboutit facilement à la production d'une *méningite*. En outre les tumeurs



Figure 12.
Gomme ulcérée du sternum.

spécifiques des os du crâne déterminent souvent la *compression du cerveau* et de *certaines nerfs crâniens*; nous y reviendrons plus tard; lorsque les vertèbres sont le siège du mal, les conséquences varient suivant la localisation qu'affecte le foyer morbide; si c'est en avant de la colonne, les organes voisins sont envahis; si c'est dans le canal osseux, la moelle est comprimée et de graves affections médullaires prennent naissance. De plus, la nécrose de segments étendus d'une vertèbre donne lieu, dans certaines circonstances, à des symptômes très sérieux: si, par exemple, la partie intérieure du canal cervical a été détruite, la moelle est mise à nu et peut être aperçue par le pharynx.

Les ostéopathies, dont nous venons de faire la description peuvent, à vrai dire, survenir à toutes les époques de la période tertiaire; néanmoins, elles appartiennent surtout aux périodes tardives et n'apparaissent habituellement que dix, quinze et vingt ans après l'infection, parfois plus tard encore. — La prédilection que montrent ces altérations pour les os sous-jacents à la peau rend très vraisemblable l'idée que les *traumatismes* jouent un certain rôle comme cause occasionnelle de leur développement. Par contre l'opinion, défendue surtout autrefois, que *l'emploi du mercure* favoriserait leur production, qu'il en serait même l'unique cause, doit être complètement abandonnée. En effet, ces altérations osseuses ne s'observent jamais dans l'hydrargyrisme chronique; d'autre part, on les trouve chez des syphilitiques qui n'ont jamais pris un atome de mercure; bien au contraire, elles surviennent de préférence chez ceux qui n'ont suivi aucun traitement ou dont la cure a été insuffisante; aussi, contrairement à l'opinion des antimercuralistes, devons-nous considérer une énergique médication mercurielle comme la meilleure sauvegarde contre l'apparition de ces graves accidents tertiaires. Ce qui confirme absolument cette opinion, c'est que les affections profondes des os sont devenues beaucoup plus rares qu'elles ne l'étaient auparavant, fait sur lequel VIRCHOW et d'autres auteurs ont depuis longtemps attiré l'attention; cela provient de ce qu'aujourd'hui, il est plus facile de se soumettre au traitement, de ce que les malades se soignent plus régulièrement, de ce qu'enfin les méthodes thérapeutiques se sont perfectionnées.

L'évolution de la syphilis osseuse est toujours très lente quand on ne lui oppose aucun traitement et le **pronostic** est toujours sérieux en raison des troubles fonctionnels et des déformations souvent irréparables qu'elle entraîne, ainsi que des complications graves qui en résultent parfois.

Le Diagnostic est des plus faciles pour les périostites, aussi bien pour celles du début que pour celles des périodes tardives; dans ces cas, la localisation et les symptômes sont d'ordinaire tellement caractéristiques qu'on peut, sans difficulté, reconnaître leur origine syphilitique. Le diagnostic est plus difficile pour les altérations profondes, telles que la carie syphilitique proprement dite. Ici les symptômes ressemblent beaucoup à ceux d'autres affections des os, surtout à ceux de la *tuberculose osseuse*. Mais en général, on finit par découvrir d'autres signes qui permettent