

signes propres au diagnostic des affections syphilitiques de l'œsophage ; ces affections toutefois présentent les caractères des rétrécissements fibreux, dont elles ne diffèrent que par leur marche et par les manifestations syphilitiques qui peuvent les accompagner. Ces circonstances aideront sans doute à les différencier des rétrécissements d'une autre nature. Le pronostic, relativement moins grave que s'il s'agissait d'un épithélioma, est néanmoins sérieux si on ne fait pas intervenir un traitement spécifique dès les premiers temps de l'affection ; car plus tard, lorsque les cicatrices existent, ce traitement devient inutile.

§ 3. — Gastrite et entérite syphilitiques.

BIBLIOGRAPHIE. — *Bulletin de la Société anatomique*, t. IX et XXI. — CULLERIER, *De l'entérite syphilitique*, Union médicale, 1854. — ERNEST MÜLLER, *Ueber das Auftreten der constitutionellen Syphilis in Darmkanale (Des manifestations de la syphilis constitutionnelle dans le canal intestinal)*, Inaug. Diss. Erlangen, 1858. — E. HUET, *Ueber syphilitische Affectionen des Matdarms (Des affections syphilitiques du gros intestin, avec figures)*, dans Behrend's Syphilidologie, neue Reihe, II Bd., 1 Heft, 1858. — VENOT, *Diagnostic différentiel de l'anite ulcéreuse*, Journal de méd. de Bordeaux, nov. 1858. — BOVERO, *Sur les rétrécissements organiques du gros intestin par suite de la syphilis*, Gaz. Sard., nos 46 et 47, 1858, et Schmidt's Jahrb., Bd., CIV, p. 69. — GOSSELIN, *Archives générales de médecine*, t. II, 1854, et *Nouveau Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, art. Anus, 1864. — BUMSTEAD, *Maladies syphilitiques du gros intestin*, Americ. med. Times, N. Ser. VIII, 21 may, 247. — DUJARDIN-BEAUMETZ, *Syphilis tertiaire, etc.*, Gaz. des hôpitaux, p. 61, 1866. — P. A. KLEIN, *Zur Casuistik der Darmsyphilis*, Inaug. Diss. Königsberg, 1867. — OSER, *Fälle von Enteritis syphilitica*, Archiv für Dermatol. und Syphil., III, p. 27, 1871.

Les auteurs qui ont écrit sur la syphilis des viscères gardent le silence au sujet des affections syphilitiques de l'estomac ; aussi ces affections sont-elles toujours méconnues. Cependant les faits déjà nombreux de syphilis viscérale font mention de lésions diverses telles que l'hypertrophie partielle ou l'ulcération des parois de cet organe. Quelques-unes des observations rapportées par Virchow (obs. VII et VIII) et Leudet (obs. VIII), un certain nombre des cas qui nous sont personnels, signalent l'existence d'un épaississement plus ou moins étendu de la muqueuse gastrique, épaississement ou hypertrophie dont les caractères anatomiques paraissent indiquer une liaison plutôt qu'une simple coïncidence par rapport à l'infection syphilitique. D'un autre côté, Fauvel a présenté à la Société anatomique (1) un estomac dont les parois étaient hypertrophiées surtout au voisinage du pylore, et dont la muqueuse était ulcérée en divers points. Comme la femme à laquelle appartenait cet estomac accusait des antécédents syphilitiques, et que sur un des tibias il existait une exostose, on put croire que cet épaississement des parois était dû à l'hypertrophie de la tunique fibreuse développée d'une façon morbide et sous la dépendance de la cachexie syphilitique ; mais, le seul fait d'antécédents syphilitiques ne suffit pas pour faire admettre la nature syphilitique d'une altération. Chez un homme de soixante-six ans mort à l'Hôtel-Dieu, dans le mois de septembre de l'année 1863, je constatai à l'autopsie un ensemble

(1) Voyez *Bull. de la Société anatomique*, année 1858, p. 224.

de lésions viscérales manifestement syphilitiques et en même temps une altération de l'estomac qui me parut devoir être mise sur le compte de l'infection vérolique, d'autant plus que le foie était bosselé, déprimé, labouré de brides et de cicatrices, que les reins étaient cireux et qu'il existait une périorchite à droite. Les ganglions iliaques et la plupart des ganglions prévertébraux étaient en outre tuméfiés et manifestement altérés. L'estomac, de dimensions normales, présentait à 0<sup>m</sup>, 02 du pylore, sur la petite courbure et dans une étendue de 0<sup>m</sup>, 03, une ulcération qui avait presque entièrement détruit sa paroi ; des pelotons graisseux légèrement adhérents et accolés derrière cette ulcération empêchaient en partie la perforation. Les bords de l'ulcération étaient grisâtres, fibreux, indurés, taillés en biseau aux dépens de la muqueuse ; il n'existait pas de ganglions indurés dans le voisinage. Ces caractères et les nombreuses altérations viscérales qui accompagnent ici l'altération de l'estomac, semblent mettre hors de doute l'influence de la syphilis sur cette altération. Une femme enfin, âgée de quarante ans, plusieurs fois atteinte de manifestations syphilitiques, puis affectée de larges ulcères de la bouche et de la gorge, éprouva des douleurs à l'épigastre après les repas, fut prise de vomissements, tomba dans la cachexie, et succomba. Capozzi (1), qui l'examina, trouva les parois de l'estomac épaissies, la muqueuse affectée d'un catarrhe chronique et d'une perte de substance irrégulière, étendue du pylore au cardia, avec bords sombres épais et fond gris blanchâtre. Ces données sur la syphilis de l'estomac sont fort incomplètes ; aussi nous paraît-il difficile d'admettre avec Engel (2) que, sur 100 ulcères de l'estomac, il y en ait 10 qui procèdent manifestement de la syphilis.

Les faits qui ont trait aux affections véroliques de l'intestin ne sont pas beaucoup plus concluants. A peine est-il parlé de ces affections dans les écrits des syphiligraphes des derniers siècles ; et si parfois on y signale la diarrhée ou la dysenterie syphilitique (3), il n'y est pas question de lésions intestinales bien déterminées. Antoine Chalmet (4) indique la façon de traiter les érosions intestinales dans la syphilis, et par conséquent, dans certains cas, il accepte l'origine spécifique de ces lésions. J. Frank (5) parle d'une jeune fille de dix-neuf ans qui avait eu des ulcères primitifs, puis au cou des ulcères consécutifs et une éruption syphilitique ; ces affections guéries, elle fut prise de douleurs, de coliques augmentant le jour, de vomiturations, de vomissements, d'une diarrhée colliquative et de fièvre hectique. L'autopsie montra un ulcère unique à la fin de l'intestin iléon, un autre dans le cæcum et trois dans le colon ascendant. Ces ulcères furent déclarés syphilitiques par Harl ; mais ce fait est évidemment trop incomplet pour qu'il soit possible d'attribuer à la lésion intestinale une origine syphilitique. D'ailleurs, quels sont les caractères qui servent à faire prévaloir ici la spécificité des ulcérations intestinales ? C'est ce que ne dit point l'observation. Demême on ne peut en toute assurance voir une liaison

(1) Voy. Schmidt's Jahrbuch, t. CXXXV, p. 41.

(2) Brinton, *On diseases of the stomach*. London, 1859.

(3) Voy. *Aphrodisiacus* de Luisinus, p. 891 et 1299. — Boyle, *De medicam. simpl.* — Sauvages, *Médec. method.*, t. III, p. 78.

(4) Antonii Chalmetii *De morbo gallico, dans Aphrodisiacus*, p. 857.

(5) J. Frank, *Traité de pathologie interne*, trad. franç., t. VI, p. 81, Paris, 1857.

causale entre la syphilis et les ulcérations de l'intestin signalées dans deux communications faites il y a plusieurs années à la Société anatomique par Choisy et Courtin (1).

Cullerier, cependant, nous paraît mettre hors de doute l'existence des lésions tertiaires du tube intestinal par le fait suivant, que complète l'examen anatomique.

Une femme grosse de neuf mois avait eu antérieurement des ulcérations du voile du palais et des périostoses, affections pour lesquelles elle avait subi un traitement par l'iodure de potassium. Ce traitement avait été cessé à plusieurs reprises à cause d'une diarrhée abondante. Rentrée à l'hôpital le 16 février, elle accoucha, le lendemain, d'un garçon chétif qui mourut au bout de quelques jours. La diarrhée, qui avait persisté depuis la sortie, continua, et la mort ne tarda pas d'arriver, dans le dernier degré de la faiblesse.

Des épanchements séreux se rencontraient dans toutes les cavités séreuses, le cœur, le foie et les poumons étaient décolorés. L'estomac paraissait sain, ainsi que l'intestin grêle; mais dans toute l'étendue du gros intestin, on voyait un grand nombre d'ulcérations arrondies et à divers états, les unes récentes, siégeant sur une base dure et large, les autres à fond déprimé, gris jaunâtre et livide; quelques-unes ne comprenaient que la muqueuse et laissaient parfaitement voir la couche musculuse; d'autres, plus profondes, intéressaient les fibres mêmes de cette couche. Dans plusieurs de ces dernières, les fibres musculaires étaient comme dilacérées et flottaient au milieu de l'ulcération. Toutes offraient un décollement de la muqueuse dans le pourtour de l'ulcération, où il y avait un épaississement du tissu cellulaire, qui formait comme un bourrelet arrondi avec une ouverture centrale; il n'y avait aucun engorgement dans le mésentère.

La forme des ulcérations, le bourrelet fibreux qui les circonscrit, constituent dans ce cas autant de caractères que nous avons déjà notés à propos des ulcères syphilitiques du pharynx et qui plaident par conséquent en faveur d'une origine spécifique.

Chez deux individus qui, après avoir présenté diverses manifestations syphilitiques, succombèrent à une diarrhée rebelle, Huet d'Amsterdam constata, en même temps qu'une dégénérescence lardacée du foie et de la rate, des ulcérations arrondies multiples du gros intestin, des cicatrices et des excroissances comme verruqueuses développées dans le tissu sous-muqueux, d'une grande ressemblance avec les néoplasies gommeuses. Ern. Müller rapporte le cas d'une femme chez laquelle on trouva dans le larynx, la plèvre, le foie, l'intestin grêle et le vagin, des formations de tissu conjonctif qui parurent devoir être regardées comme des produits syphilitiques. Mais ce fait, peu précis par rapport aux commémoratifs et à la marche de la maladie, laisse quelque doute touchant la nature spécifique des lésions viscérales. Une observation de syphilis tertiaire publiée par Leudet fait mention d'ulcérations nombreuses du gros intestin et surtout du côlon transverse et du rectum. L'une de ces ulcérations, en voie de cicatrisation, avait fini par amener un rétrécissement qui permettait à peine l'introduction du doigt indicateur. J'ai vu moi-même, dans un cas où l'altération syphilitique des viscères n'était pas douteuse, un amaigrissement, dans l'étendue d'une pièce d'un franc, de la paroi intestinale,

(1) Voy. Choisy, *Bull. Soc. anat.*, t. IX, p. 217; et Courtin, *ibid.*, t. XXI, p. 351.

qui était réduite à la membrane séreuse et à une partie de la membrane muqueuse. Il semblait qu'entre ces membranes colorées en violet avait existé un dépôt gommeux, lequel avait fini par être résorbé. Chez un homme âgé de trente-six ans et qui avait des antécédents syphilitiques, Meschede (1) a trouvé, dans l'intestin grêle, 54 ulcérations d'une longueur qui variait de 1 à 5 centimètres. Le fond de ces ulcères, qui atteignait presque partout la tunique musculuse, était formé par un pigment noir; quelques-uns offraient des cicatrices fibreuses, d'aspect rubané. De petites nodosités fibreuses existaient sur les portions du péritoine qui recouvraient ces ulcérations, et des noyaux de la grosseur d'une noisette, à contenu gélatineux, étaient disséminés sans ordre dans les lobes supérieurs des poumons. Cette description, malheureusement, indique au moins autant une affection tuberculeuse qu'une lésion syphilitique. Un cas assez semblable a été rapporté par Oser. La membrane muqueuse de l'iléon était, au niveau des plaques de Peyer, infiltrée par une masse gris rougeâtre ulcérée dans sa partie centrale. Le péritoine correspondant était injecté, tuméfié, couvert de fausses membranes et parcouru de vaisseaux lymphatiques dilatés, entre lesquels existaient de nombreuses nodosités. Histologiquement, l'altération de l'intestin était formée de petites cellules rondes remplies de graisse, et les nodosités péritonéales parurent se rattacher aux vaisseaux lymphatiques.

Ces faits nous renseignent peu sur les caractères précis des lésions syphilitiques du tube digestif. Certains d'entre eux montrent cependant que l'estomac et l'intestin ne sont pas à l'abri des atteintes de la syphilis, et que certaines ulcérations multiples, arrondies, circonscrites par un tissu fibreux et plus ou moins profondes, ne sont vraisemblablement que la suite de dépôts gommeux, c'est-à-dire que des effets de la métamorphose subie par ces productions et de leur élimination. Le simple épaississement du tissu sous-muqueux rencontré dans quelques cas, l'observation faite par Wagner (2) de dépôts non encore ulcérés, sont autant de circonstances favorables à cette manière de voir.

Les troubles fonctionnels qui correspondent aux désordres anatomiques dont il s'agit ne présentent ordinairement aucun caractère bien particulier. Aussi leur origine est-elle difficile à reconnaître en l'absence de toute manifestation syphilitique concomitante. Cependant, dans un cas où il y avait tout lieu de croire à une affection syphilitique de l'estomac, Andral (3) a noté un amaigrissement progressif avec teinte plombée de la peau, la perte de l'appétit, une sensation douloureuse située au-dessous de l'appendice xiphoïde, des éructations fréquentes et le rejet des aliments peu d'heures après leur ingestion. Une ulcération qui fut aperçue sur la paroi postérieure du pharynx éveilla l'idée d'une syphilis, et le malade guérit sous l'influence des mercuriaux. Dans un cas où l'existence de la syphilis doit rester douteuse, on nota plusieurs hématomèses. Jamais la palpation de l'abdomen n'a révélé la présence d'une tumeur bien certaine sur le trajet du canal digestif.

Des alternatives de diarrhée et de constipation, sinon une diarrhée jaunâtre,

(1) *Archiv für path. Anat.*, 1366, et *Arch. de méd.* 1867, t. 1, p. 348.

(2) *Archiv der Heilkunde*, 1863, obs. xxix, p. 369.

(3) Andral, *Clinique médicale*, t. IV, p. 122.

quelquefois sanguinolente ou dysentérique, des coliques vives, tels sont, avec un dépérissement graduel et une cachexie de plus en plus profonde, les principaux symptômes qui accusent la souffrance de l'intestin. Plus loin, je rapporterai des cas où la diarrhée dans le cours d'une syphilis viscérale n'était plus sous la dépendance d'une lésion intestinale, mais bien d'une modification de quelque autre viscère et du foie en particulier. Les évacuations sanguinolentes, signalées par les auteurs des derniers siècles (1), ont été rencontrées plus récemment dans le cours de la syphilis tertiaire. Un cas de ce genre est rapporté par Leudet, et notre collègue E. Vidal nous a dit avoir observé un fait semblable qui guérit par l'iodure de potassium. Gendrin nous a appris qu'il avait obtenu un succès rapide de l'emploi d'un traitement mercuriel contre une diarrhée de longue date accompagnée de cachexie et qui jusque-là s'était montrée rebelle à toute espèce de médication entre les mains des meilleurs praticiens.

Les affections syphilitiques de l'intestin, comme toutes les altérations tertiaires, évoluent lentement. Lorsque la mort en est la terminaison, elle survient ou bien par l'effet du marasme qui résulte des désordres intestinaux (diarrhée abondante, rétrécissement), ou bien le plus souvent par suite d'affections concomitantes ou de complications. Je ne sache pas qu'en pareil cas on ait observé de péritonite ou de perforation intestinale.

Ces affections n'ayant aucun caractère spécial, c'est principalement sur les manifestations antécédentes ou concomitantes que repose leur diagnostic. Il faut se garder de croire à l'existence d'une lésion matérielle toutes les fois que l'on voit apparaître, dans le cours d'une syphilis, des désordres digestifs ou de la diarrhée; ces désordres n'ont parfois d'autre cause qu'une lésion des organes de l'hémopoïèse.

En terminant l'étude des altérations syphilitiques de l'intestin, il nous faut mentionner une affection assez spéciale, mais improprement connue sous le nom de *rétrécissement syphilitique du rectum*. Cette affection n'est nullement une manifestation diathésique, une expression de la syphilis constitutionnelle, mais un simple accident local, une lésion de voisinage produite souvent par la sécrétion purulente des chancres de l'anus, plus rarement par des plaques muqueuses; c'est, en un mot, une complication des maladies vénériennes plutôt encore que de la syphilis.

Signalé par plusieurs auteurs, Morgagni, Desault, Rayet, Laugier, Lagneau, Vidal (de Cassis), Tanchou, Costallat, Bovero, ce rétrécissement a été très-bien étudié par Gosselin (1), dont les opinions sur cette question ont été confirmées par les observations de Bærensprung (2), de Leudet (3) et de l'auteur de ce livre (4). Située à 0<sup>m</sup>,04 ou 0<sup>m</sup>,05 au-dessus de l'anus, cette lésion consiste dans la présence d'un anneau dur, épais, qui permet à peine l'introduction du doigt indicateur, et qui se trouve constitué par la muqueuse et le tissu conjonctif sous-jacent ayant subi l'un et l'autre une transformation fibroïde. La couche

(1) Voyez *Aphrodisiacus*.

(2) *Annalen der Charité Krankenhauses*, 1855, VI, 4.

(3) Leudet, *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1132.

(4) Lancereaux, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1859. — Comparez : V. Zappulla, *Cas de rétr. syph. du gros intestin*, Ann. univ. CCXIII, p. 157, et Schmidt's Jahresb., t. CXLVIII, p. 167.

musculaire correspondante est hypertrophiée; au-dessous du rétrécissement, la membrane muqueuse est boursoufflée, mamelonnée, cicatrisée ou même perforée; au-dessus, elle est simplement érodée; partout elle est baignée par un liquide blanchâtre puriforme.

Les femmes, beaucoup plus que les hommes, sont sujettes à cette affection qui, symptomatiquement, se traduit par une diarrhée rebelle, plus rarement par de la constipation. Les malades éprouvent de faux besoins, du ténésme, ils rendent du pus pendant les efforts de la défécation; ils maigrissent et tombent dans la cachexie. Le toucher permet de reconnaître sûrement ce rétrécissement pour lequel les femmes n'accusent parfois que des troubles utérins. Un siège peu élevé, des dimensions peu étendues, l'absence d'hémorragies, les antécédents du malade, la présence de condylomes et de fissures à l'anus, sont autant de circonstances qui peuvent servir à différencier cette lésion.

Notons que le traitement antisiphilitique n'est ici d'aucune utilité; les toniques et les moyens locaux dilatatoires constituent toute la thérapeutique. Il ne faudrait pas cependant nous adresser le reproche d'être par trop exclusif touchant l'origine des rétrécissements du rectum; évidemment nous reconnaissons qu'il n'est pas impossible que cet intestin soit parfois le siège d'un dépôt gommeux, puisque ces dépôts sont susceptibles de se rencontrer sur un autre point du tube digestif.

#### § 4. — Affections syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas.

L'altération des glandes annexes de l'appareil digestif n'est pas extrêmement rare chez les malades qui succombent emportés par la syphilis viscérale; elle présente des variétés qui paraissent tenir, du moins en partie, à la différence de structure de ces organes. Si, dans les follicules clos, dont la conformation histologique diffère peu de celle des glandes vasculaires sanguines, l'élément sécréteur est de préférence atteint, dans les autres glandes, c'est plutôt le tissu connectif qui devient malade.

Les lésions syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas sont peu communes; mais il n'en faut pas moins reconnaître leur existence. Le fait suivant, dans lequel il existe, en même temps que toute une série de manifestations viscérales, une lésion des glandes sous-maxillaires dont la nature syphilitique ne paraît pas contestable, en est un exemple, et si l'on veut consulter les cas déjà nombreux de syphilis viscérale, on trouve que la glande pancréatique est loin d'être toujours intacte.

*Cicatrice au voisinage de l'anus. Exostose du tibia gauche. Ulcérations et cicatrices du pharynx. Mort à la suite d'un érysipèle développé au pourtour de ces ulcérations. Altération de la glande sous-maxillaire. Gommages des poumons et du péricarde. Dilatation et rétrécissement de plusieurs ramifications bronchiques. Cicatrices hépatiques. Lésions des glandes lymphatiques profondes.*

Obs. XXVII. — La nommée R..., âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 17 décembre 1860, salle du Rosaire, n° 22. Cette malade, d'un teint pâle, jaunâtre, vient réclamer des soins pour une affection caractérisée par la présence, sur la face postérieure du pharynx, de petites saillies noueuses, arrondies,

déjà en voie de ramollissement, et d'aspect violacé. La nature spécifique de ces lésions bien constatée, un traitement approprié est institué (pil. de Sédillot). Au mois de janvier 1861, les ulcérations commencent à se cicatriser. Le 6, survient un frisson violent, non suivi de sueur, puis de la diarrhée. Le 7, sécheresse et douleur de la gorge, déglutition difficile. Rougeur uniforme de la paroi postérieure du pharynx; quelques-uns des ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

Le 8, ces phénomènes s'accroissent davantage. Vers midi, se montre à l'aile gauche du nez une plaque d'un rouge intense, arrondie, grande de 0<sup>m</sup>,02 à 0<sup>m</sup>,03. — Expectation. Le 9, la plaque de l'aile du nez s'est étendue, on voit déjà quelques phlyctènes; gonflement sous-maxillaire plus marqué, rougeur persistante du pharynx. Le 10, l'érysipèle envahit la joue droite et gagne les conduits auditifs et les pavillons des oreilles. La fièvre s'accroît. Vers le soir, le front et le cou sont atteints. La malade ne peut que très-difficilement avaler, même les boissons; à la suite d'une toux sèche et fréquente, la voix se perd, il y a par instants des phénomènes de suffocation. Le pouls est petit, irrégulier, fréquent (104). Le 11 au matin, amélioration apparente; le soir, intermittence et précipitation du pouls. Le 12, l'érysipèle suit sa marche envahissante, il gagne le cuir chevelu; sécheresse de la langue. Mort le 13 janvier, à 4 heures du matin.

*Autopsie.* — Augmentation de volume des glandules de la base de la langue. Œdème de la luette. Deux ulcérations en voie de cicatrisation sur la paroi postérieure du pharynx.

La glande sous-maxillaire du côté gauche présente de nombreux sillons entre ses lobules; elle est plus ferme au toucher et comme flétrie, mais non diminuée de volume; elle offre une coloration jaune qui tient à la présence de granulations graisseuses; les cloisons fibreuses interacinieuses sont épaissies; les ganglions du voisinage sont volumineux, mous, d'aspect médullaire.

Le crâne se fait remarquer par une épaisseur considérable et une fragilité plus grande. Le cerveau est intact. Le corps thyroïde est hypertrophié, jaunâtre à la coupe à cause d'abondantes granulations graisseuses.

Des adhérences nombreuses unissent les poumons aux parois thoraciques. Sur le poumon gauche on voit de petites tumeurs légèrement saillantes, les unes arrondies, les autres en forme de croissant. Ces tumeurs sont constituées par une matière amorphe granuleuse, des noyaux de tissu conjonctif (cytoblastions), quelques cellules fusiformes, des granulations graisseuses et des restes du parenchyme pulmonaire. En ce point, les ramifications bronchiques sont dilatées, leur surface interne est rouge et injectée, leur paroi épaissie. Le péricarde est le siège d'une tumeur gommeuse du volume d'un noyau de cerise, un peu molle, jaunâtre, formée de cellules plasmatiques granuleuses. Plaques laiteuses à la surface du cœur.

Le foie déborde les fausses côtes d'environ trois travers de doigt. De nombreux sillons cicatriciels, les uns longitudinaux, les autres rayonnés, labourent ses deux surfaces antérieure et postérieure. Des tractus de tissu connectif unissent les bords de ces sillons nombreux sur la face antérieure. Le parenchyme de cet organe est induré, crie; sa surface de section présente une coloration brunâtre, tachetée de jaune. Quelques-uns des conduits biliaires sont dilatés au voisinage des cicatrices dont le tissu fibreux se prolonge à l'intérieur du parenchyme. La rate, un peu molle, mesure 0<sup>m</sup>,18 dans son plus grand diamètre. Les ganglions prévertébraux ont le volume d'une noisette ou d'une noix, ils sont mous et fortement injectés. Les intestins sont normaux. Les reins sont petits et les capsules surrénales volumineuses. Les ovaires sont manifestement atrophés et fibreux.

Ce fait est remarquable par la multiplicité des lésions constatées après la mort, par l'absence presque complète de désordres fonctionnels correspondants. On comprend que l'inflammation diffuse de la glande sous-maxillaire soit passée inaperçue; mais un symptôme d'une grande valeur et qui aurait

pu mettre sur la voie des lésions syphilitiques des viscères, c'était la cachexie. L'affection du pharynx, si nettement caractérisée, a été le point de départ de l'érysipèle. Celui-ci, trouvant un terrain favorable, devint bientôt fatal; hormis cette circonstance, il n'avait aucun rapport avec les lésions viscérales, qui offraient tous les caractères d'une spécificité incontestable.

Les faits qui témoignent de l'altération syphilitique du pancréas sont extrêmement rares. Un malade (1) mort dans le service du professeur Rostan, quatorze ans après avoir contracté un chancre, présenta des gommés multiples des muscles, une tumeur gommeuse de la région mammaire et deux autres dans le pancréas. Ces tumeurs, soumises à l'examen microscopique par Verneuil et Robin, avaient toutes la même structure. Un fait que nous rapportons plus loin indique l'existence d'une semblable tumeur au sein de cette même glande. Ajoutons que, dans plusieurs cas de syphilis viscérale, le pancréas nous a paru ferme, induré, sclérosé, de sorte que, comme la plupart des viscères, il semble sujet aux lésions diffuses et circonscrites de la syphilis. Si donc les affections syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas sont rarement observées, c'est sans doute parce que ces organes ne sont pas d'ordinaire examinés après la mort, et que les troubles fonctionnels qui résultent de leur altération peuvent facilement passer inaperçus.

#### § 5. — Péritonite syphilitique.

L'un des premiers, Portal (2) fait mention de l'affection syphilitique du péritoine: « J'ai trouvé, dit-il, sur un homme qui avait été tourmenté d'un vice vénérien après divers traitements mal dirigés, et qui avait surtout éprouvé des douleurs dans la région des lombes, dont il se plaignait principalement la nuit, le péritoine épaissi de près d'un demi-pouce dans la partie où il recouvre les vertèbres lombaires et se prolonge au devant des reins; on y voyait diverses fossettes d'où décollait du pus; les autres parties du bas-ventre paraissaient en bon état. » Cette courte observation est loin d'indiquer l'action certaine de la syphilis sur le péritoine; une affection osseuse avec foyer purulent (3) est ici chose beaucoup plus probable.

Albert Puech (4) rapporte un autre cas de lésion péritonéale dont l'origine spécifique n'est pas mieux prouvée. Un homme, qui avait eu autrefois un chancre, était atteint d'une exostose du tibia et présentait les caractères de la maladie bronzée, en même temps que différents symptômes indicateurs d'une dysenterie chronique. Il succombe, et à l'autopsie on constate des ulcérations nombreuses très-petites dans l'estomac, beaucoup plus développées dans le gros intestin, des collections dans le foie, les unes purulentes, les autres seulement ramollies, une intégrité parfaite des capsules surrénales. En dehors des points envahis par l'inflammation, la séreuse intestinale et mésentérique est

(1) Voyez *Bull. de la Société anatomique*, 1855, p. 26. — Voyez de plus, dans Virchow, une observation où existe un rétrécissement du conduit de *Wirsung*.

(2) *Anat. médicale. Ulcér. du péritoine*, t. V, p. 126, 1803.

(3) Nous avons dans quelques cas rencontré en avant des vertèbres lombaires une ou plusieurs masses saillantes non suppurrées, constituées par du tissu conjonctif et de la graisse, sans altération notable de la membrane péritonéale.

(4) A. Puech, *Moniteur des hôpitaux*, p. 1045, 1857.

parcourue, d'espace en espace, par des productions pathologiques particulières. Ces productions, au nombre de trente ou quarante, sont constituées par de petites plaques arrondies, discoïdes ou quadrilatères, blanchâtres et légèrement saillantes, les unes de l'étendue d'une lentille, les autres de la largeur d'une pièce de 20 ou de 50 centimes.

Dans ce fait, la nature syphilitique des lésions péritonéales ne peut être sûrement établie, car, indépendamment de leur multiplicité, ces lésions sont accompagnées d'altérations qui ne paraissent nullement spécifiques. Quoi qu'il en soit, si la péritonite gommeuse ne peut être acceptée jusqu'ici, il n'en est pas de même de la péritonite membraneuse adhésive. Signalée par Simpson (d'Édimbourg) chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, cette dernière affection n'est pas absolument rare chez l'adulte (1). Elle a pour caractère d'être partielle, de siéger au niveau des viscères et principalement à la surface du foie. On trouvera dans les observations ultérieures un certain nombre de ces péritonites partielles (périhépatite, péricapsulite). Plus rarement cette affection se généralise tout en conservant les mêmes caractères, comme semble le démontrer le fait suivant que nous a communiqué le docteur Hérard.

*Exostoses des clavicules et de l'os malaire gauche. Tumeur gommeuse de la scissure de Sylvius. Foie atrophie et déformé. Phlébite adhésive de la veine-porte et péritonite membraneuse sans ascite. Hypertrophie de la rate, des glandes lymphatiques abdominales et du corps thyroïde. Altération des reins.*

OBS. XXVIII. — Un homme robuste contracta, il y a plusieurs années, une syphilis parfaitement caractérisée. Entré en 1861 à l'Hôtel-Dieu pour des exostoses multiples, il fut pris, pendant son séjour, de convulsions épileptiformes, et depuis

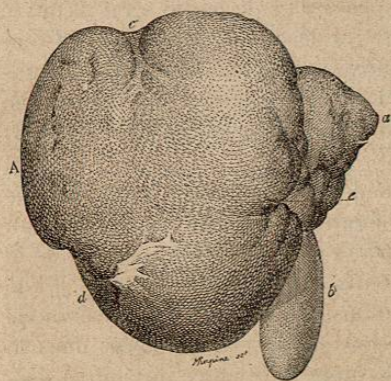


Fig. 4. — A, lobe droit du foie. — a, lobe gauche. — b, vésicule biliaire. — c, cicatrice avec dépression de la surface du foie. — d, autre cicatrice. — e, ligament suspenseur (1/4 de volume).

lors sa parole resta embarrassée comme dans la paralysie générale. Reçu plus tard à Lariboisière, dans le service de M. Hérard, ce malade avait la parole lente et difficile, sans paralysie notable, l'intelligence faible; puis il présenta une ascite intermittente, de l'amaigrissement, un état cachectique et plusieurs érysipèles à la suite desquels il succomba. Sur l'obligeante invitation de M. Hérard et de M. Ranvier, son interne, l'autopsie fut faite par nous 36 heures après la mort.

*Autopsie.* — La surface de la peau, envahie par l'érysipèle, est couverte de nombreuses sugillations. La paroi abdominale antérieure adhère dans toute son étendue aux anses intestinales, accolées entre elles, de façon à ne former qu'un seul paquet. Des fausses membranes peu lisses, résistantes, blanchâtres et en apparence anciennes, unissent ces différentes parties.

Le foie est comme perdu au milieu des produits pseudo-membraneux, il n'a plus sa forme ordinaire. Le lobe droit, rapetissé, offre plusieurs dépressions rayonnées sur sa face convexe (fig. 4); sa consis-

(1) Voyez : Murchison, *Affection syphilitique du foie, du péritoine et de la dure-mère*. *The Lancet*, 30 nov. 1861. — E. Wagner, dans *Archiv der Heilkunde*, 1863.

tance est ferme, sa coloration d'un jaune terne, sa surface chagrinée. A la coupe on constate la présence de cicatrices étoilées, résistantes, constituées par un tissu fibro-vasculaire comme ecchymosé en certains points, et d'où partent des prolongements fibreux (fig. 5 et 6). Les cellules hépatiques manquent en plusieurs endroits. Le petit lobe et les éminences portes sont réduits à une languette d'aspect fibreux lardacé, d'une longueur de 0<sup>m</sup>,05 sur 0<sup>m</sup>,01 ou 0<sup>m</sup>,02 d'épaisseur. C'est la trame fibreuse du foie qui est, en somme, le foyer de cette altération que révèle la présence de cicatrices et une déformation caractéristique.

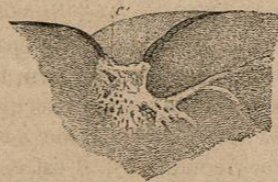


Fig. 5. — c', coupe verticale de la cicatrice vue en c (fig. 4).

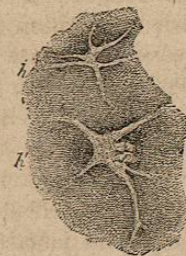


Fig. 6. — h, h', cicatrices dans l'épaisseur même de la substance hépatique.

Le tronc de la veine porte et la plupart de ses branches sont presque complètement oblitérés par des fausses membranes ou des cordons fibreux parsemés de taches noires pigmentaires. Les parois de ce vaisseau sont épaissies et vasculaires sur plusieurs points, ce qui porte à croire à l'existence d'une phlébite liée à la même cause qui a amené l'altération du foie.

La rate adhère aux parties voisines; sa capsule, épaissie en plusieurs points, présente çà et là des taches laiteuses d'où émanent de petits prolongements fibreux. Les ganglions mésentériques sont volumineux, fermes et blanchâtres au voisinage du foie et du pancréas; ailleurs, ils sont plus gros, plus mous et d'une teinte rougeâtre; mais c'est surtout dans la région du bassin que ces glandes sont manifestement altérées dans leur volume, leur consistance et leur coloration. Le corps thyroïde est hypertrophié. Le pancréas est petit et dur. Les reins, augmentés de volume, sont affectés de dégénérescence amyloïde légère. Les testicules sont réduits de volume, ils offrent une coloration jaune foncé; les canalicules spermaticques sont altérés. Les poumons sont œdématisés à leur base; un noyau crétaqué du volume d'un pois se rencontre au sommet droit, quelques noyaux semblables sont répandus à la surface des lobes.

Les os du crâne sont épaissis et friables. La dure-mère adhère en un point à la substance cérébrale; la pie-mère est le siège de taches laiteuses, le liquide céphalo-rachidien est abondant. La substance cérébrale, d'aspect normal, ne paraît pas altérée; cependant, au niveau du point où adhère la dure-mère, on constate une petite excavation pouvant recevoir l'extrémité du pouce et qui contient une bouillie jaune (pl. II, fig. 7); tout autour la pulpe est ramollie et jaunâtre, plus loin elle est rougeâtre et très-vasculaire. La substance jaune est constituée par des granulations graisseuses abondantes et des corpuscules granuleux probablement d'origine conjonctive. Les éléments nerveux de la substance grise sont altérés, les tubes détruits ou cassés. Dans d'autres parties, l'élément conjonctif a subi une hyperplasie notable, que l'œil seul a peine à soupçonner (1).

Ce fait n'a pas besoin de commentaires, l'infection syphilitique est ici manifeste, tant à cause des antécédents du malade que des caractères particuliers

(1) Cette observation a été publiée dans *Gaz. hebdomadaire*, p. 59, 1864.

des altérations rencontrées à l'autopsie. Les déformations cicatricielles du foie et la lésion de l'encéphale ne laissent aucun doute à cet égard. Quant à la péritonite, il y a également lieu de l'attribuer à la syphilis, vu la fréquente coïncidence de cette altération avec les lésions syphilitiques du foie, et l'absence d'une cause qui puisse en expliquer la genèse.

Un point de physiologie pathologique digne d'être noté dans cette observation c'est, malgré l'oblitération presque complète de la veine porte, le défaut d'épanchement péritonéal. Ce fait rare nous paraît trouver son explication, indépendamment de la dilatation des veines de la paroi abdominale, dans l'adhérence de la paroi abdominale antérieure à la masse intestinale ou même à la colonne vertébrale, dans l'existence de fausses membranes dont l'organisation parfaite a pu contribuer à la résorption de la sérosité antérieurement épanchée. Ajoutons que, dans les faits de syphilis viscérale rapportés plus loin, la péritonite, lorsqu'elle existe, se présente toujours avec les caractères qu'elle a dans l'observation précédente. Aucun fait ne démontre qu'une péritonite aiguë suppurative soit jamais survenue dans ces conditions. Il est encore à l'état d'hypothèse que la substance ramollie d'une gomme hépatique se soit déversée dans la cavité du péritoine et l'ait enflammée.

La péritonite tuberculeuse et certains cas de péritonite membraneuse chronique, tels que ceux qui s'observent chez les individus adonnés aux boissons alcooliques, ne sont pas sans analogie avec la péritonite syphilitique. L'ascite, dans tous ces cas, peut cesser d'exister à un certain moment; mais si les désordres symptomatiques sont peu dissemblables, reconnaissons que les commémoratifs et les troubles concomitants sont toujours différents. En effet, si le foie et la rate sont généralement augmentés de volume dans les cas de péritonite syphilitique, les poumons sont le plus souvent lésés dans la péritonite tuberculeuse, et, en même temps que la péritonite alcoolique, il existe habituellement des pituites stomacales, des crampes, des fourmillements, de l'anesthésie aux extrémités des membres, etc.

#### ARTICLE V. — APPAREIL DE L'HÉMOPOIÈSE.

Nous réunissons sous ce chef les lésions syphilitiques des organes qui concourent à la formation du liquide sanguin. Cette communauté de fonction suffirait déjà pour légitimer ce groupement; mais ce qui a surtout contribué à notre décision, c'est l'altération en général simultanée de plusieurs de ces organes, altération qui est toujours suivie d'anémie, ou plutôt du syndrome connu sous le nom de *cachexie*. Le foie et les glandes vasculaires sanguines sont du reste particulièrement prédisposés à subir l'influence de la syphilis tertiaire, et pour ce motif il convient d'étudier dans un même chapitre les désordres qui s'y rencontrent.

##### § 1. — Hépatite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — RAYER, *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 486, 1837. — DITTRICH, *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, t. I, p. 4, et 1850, t. II, p. 33. Analyse dans *Annal. des malad. de la peau, etc.*, t. III, p. 245. — RICORD, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*. Paris, 1851. — GUBLER, *Mémoire sur une nouvelle*

*affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge*; *Gaz. méd. de Paris*, 1852, et *Mémoires de la Société de biol.*, t. IV, p. 25. — QUELET, *Essai sur la syphilis du foie*. Thèse de Strasbourg, 1856. — SCHUTZENBERGER, dans *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1857, p. 279. — LÉCONTOUR, *Des affections syphilitiques du foie*. Thèse de Paris, 1858. — WILLIS, *The Lancet*, janv. 1857 et 12 juin 1858. — BUDD, *On the diseases of the liver*, 2<sup>e</sup> édit., 1857, p. 416. — ABELIN et DUBEN, *Foie syphilitique*, Dublin med. Press, n<sup>o</sup> 1079, 1860. — R. VIRCHOW, *La syphilis constitutionnelle*, trad. franç. de P. PICARD. Paris, 1860. — LEUDET, *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis*, *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1131. — FR. KEESBACHER, *Lebersyphilis*, *Wien. Wochenblatt*, XVII, n<sup>o</sup> 36. — MURCHISON, *Syphilitic disease of the liver diaphragm and dura mater*, *Lancet*, t. II, 1861. — HESCHL, *Zur Kenntniss der syphilit. Leberaffection.*, *Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, mars 1862, n<sup>os</sup> 10 et 12, t. VIII, et *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXVIII, p. 43. — H. BIERMER, *Ueber Syphilis der Leber und Milz*, *Casuistische Mittheilungen.*, etc., *Schweiz Zeitschrift für Heilkunde*, I, 1 et 2, p. 118, 1862. — LANCEREAUX, *Sur les cicatrices du foie*, *Bulletin de la Société anat. de Paris*, t. XXXVII, p. 33, juillet et août 1862. — SAM. WILKS, *On the syphilitic affections of internal organs*, *Guy's hospital Reports*, 1863. — ERNEST FALIGAN, *Des affections syphilitiques du foie*. Thèse de Paris, 1863. — OPPOLZER, *Syphilis der Leber*. *Wien. Med. Hall.*, IV, 10, 24, 26, 27, 1863, et *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXX et CXXIV. — HÉRARD, *De la syphilis du foie*, *Union méd.*, 31 mai, p. 400, 1864. — L. R. HALDANE, *Case of cirrhosis of the liver with syphilitic deposit*. *Edinburg Med. Journ.*, 1864. — GRÄINGER STEWART, *Affection syphilitique du foie*, *Brit. Rev.*, XXXIV, p. 512, octobre 1864. — LANCEREAUX, *Coco lésions viscérales syphilitiques*, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1864. — COCO DIEGO, *Il Morgagni VIII*. — H. WEBER, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XVII, p. 153, 1866. et *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, p. 301, 1866. — VECCHI, *Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle*, 2, 1869.

L'idée que le foie peut prendre part aux désordres qu'apporte dans l'organisme la présence du virus syphilitique n'est certainement pas neuve. Elle régnait déjà parmi les premiers syphiligraphes, mais tous étaient loin d'être d'accord sur les changements que subit dans ces conditions la glande hépatique. Les uns voyaient dans la syphilis du foie un accident consécutif, et de ce nombre étaient Jac. Cataneus, G. Vella, A. Ferro (1). Les autres, au contraire, faisaient du foie le foyer principal de la maladie, par exemple Ant. Musa Brassavole, et plus tard Montanus, Ant. Gallus (2), Fallope (3), Ranchin (4), G. Keil (5). Cette dernière opinion était peu soutenable, et elle s'évanouit le jour où l'on se livra avec soin à l'étude de l'anatomie pathologique; dès lors les hypothèses durent tomber devant les faits.

Dans le siècle dernier et même dans les premières années de celui-ci, quelques observateurs, et particulièrement Bonnet (6), Astruc (7), Baader (8), Van Swieten (9), Cirillo (10), Portal (11), rapportèrent des faits assez peu complets

(1) Voy. Aloys. Luisini *Aphrodis.*, p. 151, 207, 433.

(2) Voyez *Aphrodisiacus*, p. 455, 554, 658.

(3) Fallope, *Tractatus de morbo Gallico*, cap. XII-XIII.

(4) Ranchin, *An hepar sit in lue venerea pars vitio affecta*, 1604.

(5) G. Keil, *Dissertatio inauguralis de lue venerea*, Marpurgi, 1614.

(6) Bonnet, *Sepulchretum*.

(7) Astruc, *loc. cit.*, p. 96, t. IV.

(8) Baader, *Observat. med. incisionibus cadav. anatom. illustr.*, p. 181.

(9) Van Swieten, *Comment. in Boerhaav. Aphorism.*, t. V, p. 371. Paris, 1773.

(10) Cirillo, *Traité complet des maladies vénériennes*. Paris, 1803, p. 136.

(11) Portal, *Maladies du foie*. Paris, 1813.