

*Chancre, il y a huit ans ; amaurose, accès épileptiformes, contracture avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches. Mort, dans un accès épileptiforme. Autopsie. Kyste séreux du lobe antérieur droit. Atrophie des corps genouillés et des bandelettes optiques. Atrophie du pédoncule cérébral gauche et de la pyramide correspondante ; même lésion du faisceau médullaire du côté opposé. Cicatrices à la surface du foie, tumeurs gommeuses de cet organe.*

OBS. XXX. — B..., âgé de trente-huit ans, journalier, admis le 14 novembre 1861 dans le service de M. Triboulet, est un homme d'apparence robuste, maigre, de teinte bronzée, un peu terreuse. Il eut, il y a environ huit ans, à la rainure du gland et du prépuce, un chancre dont on voit encore la cicatrice. On ignore s'il a eu des accidents secondaires ; mais un an environ après l'accident primitif, ce malade paraît avoir été pris presque en même temps d'amaurose, de contracture, et aussi très-probablement de convulsions. Il fut alors placé au dépôt de mendicité de Saint-Denis, où on le considéra comme épileptique, ce qui veut dire qu'il a eu plusieurs fois des symptômes épileptiformes.

Lors de son entrée à l'hôpital, ce malade a l'avant-bras fléchi sur le bras, par une contracture marquée du biceps ; cette contracture, qu'il est possible de vaincre, se reproduit aussitôt. Le pied gauche est étendu et renversé en dehors, le tendon d'Achille fait relief en corde ; pas de contracture des doigts ni des orteils ; ailleurs, pas de paralysie complète ; le malade peut remuer et porter en divers sens le bras, les doigts et même le membre inférieur ; la contracture l'empêche seulement d'en faire usage. Les membres ont conservé leur aspect normal, à part peut-être une légère atrophie ; la sensibilité y est intacte, l'exploration à la pression des nerfs de ces membres reste indolente. Les sens sont normaux, sauf la vue ; le malade ne distingue pas le jour de la nuit, il a les yeux fixes de l'amaurose, les pupilles dilatées ; par moments ses yeux sont agités d'un nystagmus violent, et en général ils ont de la tendance à se porter tous deux à gauche ; les deux axes visuels restent parallèles ; il n'y a par conséquent pas de strabisme. Intelligence absolument saine, le malade entend, comprend, répond à propos ; il ne fait aucun acte extravagant, seulement son moral est chagrin, et il parle de sa mort comme d'un débarras prochain ; il accuse une céphalée frontale, mais peu intense et n'ayant rien de spécial. Inappétence depuis dix ou quinze jours, urines volontaires et faciles, mais sédimenteuses. Mouvement fébrile avec redoublement nocturne ; sueurs au matin. Aucun autre trouble fonctionnel. Ainsi, symptômes anciens consistant en des accès épileptiformes, une amaurose complète et une contracture avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches ; puis, accidents fébriles aigus, à redoublement le soir, datant de dix à quinze jours.

On constate de plus, au niveau de l'articulation cléido-sternale, une ulcération cutanée à bords abrupts, à fond grisâtre, ayant toute l'apparence d'une gomme syphilitique ulcérée, et une alopécie très-marquée. Le 17 novembre, le malade, pour la première fois depuis son arrivée, dit avoir souffert de la tête ; il a éprouvé du côté gauche des douleurs qu'il compare à une sensation de bêtes qui le rongeraient. Il est moins souffrant le jour suivant, il a la peau chaude et suante, le pouls ample, à 100 pulsations, la langue chargée d'un épais enduit jaunâtre et tremblotante. Émétique. Le 19, le malade souffre moins la nuit qu'hier ; ses voisins remarquent qu'il parle haut dans son sommeil. Le matin, coma avec trismus, face vultueuse, nystagmus violent ; il est probable qu'il est survenu une attaque d'épilepsie avant notre arrivée. Le 21, attaques multiples d'épilepsie revenant coup sur coup, allant jusqu'à une asphyxie presque complète ; le malade demeure ainsi plus de quarante-huit heures sans connaissance, et il succombe.

*Autopsie.* — A l'ouverture du crâne, on voit se répandre avec une sorte de jet une certaine quantité de liquide séreux. La partie antérieure de l'hémisphère droit est affaissée, fortement déprimée, et tellement adhérente à l'arachnoïde et à la dure-mère, qu'elle ne peut en être décollée. Une incision pratiquée d'arrière en avant montre que ce lobe a été remplacé par une sorte d'excavation formée d'un tissu conjonctif aréolaire. Cette excavation a pour limite supérieure anté-

rieure interne et externe la dure-mère doublée à peine d'une mince couche de substance grise ; en bas, il reste une plus grande quantité de pulpe nerveuse ; en arrière, il semble qu'il n'y ait aucune cloison de séparation avec le ventricule, mais comme celui-ci n'était ni dilaté ni rempli de liquide, il est évident qu'il devait y avoir une cloison intermédiaire. Du reste, une partie de la paroi postérieure du foyer est fermée par la substance de l'hémisphère, qui n'est altérée ni dans sa couleur, ni dans sa consistance, et semble seulement luisante, comme si une sorte de séreuse kystique la revêtait. Il est d'ailleurs facile de voir que le foyer ainsi substitué au lobe antérieur était un kyste séreux ; il y a encore un endroit où il reste de la sérosité enveloppée dans un feuillet séreux transparent ; ce liquide est citrin et a toutes les apparences de la sérosité limpide ordinaire ; aucune trace d'échinocoques. Sur la limite interne et supérieure du foyer, il y a au dedans et au-dessous du ventricule une sorte d'enfoncement qui semble former une arrière-cavité en kyste ; cet enfoncement, également doublé de substance cérébrale, est revêtu d'une sorte de feuillet séreux ; il semble qu'on ait là une idée élémentaire de la manière dont le foyer a dû se développer en refoulant, en écartant, en atrophiant la substance encéphalique sans l'éroder. Le ventricule est sain, indépendant du foyer ; le corps strié, la couche optique du côté droit, sont intacts. Le chiasma et les bandelettes optiques sont réduits à une espèce de bandelette étroite, grisâtre, mince, ressemblant au premier abord à un vaisseau vide et affaissé ; il y a atrophie évidente de ces bandelettes et du chiasma. Les tubercules quadrijumeaux sont petits, les corps genouillés ont à peu près le même aspect, de part et d'autre ils sont peu saillants. On est frappé d'une atrophie relative du pédoncule cérébral droit, qui a près d'un tiers de volume de moins que le gauche ; la protubérance est moins saillante à droite, la pyramide du même côté est très-manifestement plus petite que celle de gauche. Le faisceau médullaire antérieur du côté gauche paraît plus petit que son congénère. Le reste de l'encéphale est sain, la substance grise est partout rouge violacé, ce qui résulte de l'asphyxie ultime. Ainsi, kyste séreux du lobe antérieur, atrophie des bandelettes optiques, des corps genouillés, du pédoncule et de la pyramide du côté droit et de la partie supérieure du faisceau médullaire gauche. La membrane grisâtre rosée qui occupe le lobe antérieur droit du cerveau est constituée par un tissu conjonctif vasculaire à fibres très-fines, au milieu desquelles se rencontrent quelques éléments cellulaires ou nucléaires, des granulations protéiques et grasses sans la moindre trace d'hématine ; dans le voisinage existent des fragments de fibres et des cellules nerveuses altérées. La substance grise des circonvolutions enveloppant une grande partie de cette production, il y a lieu de supposer que son siège primitif a été la substance blanche, et probablement la partie centrale du lobe antérieur. Les fibres nerveuses au niveau des pyramides sont atrophiées et grisâtres. Globes granuleux, atrophie et brisure des fibres nerveuses dans les bandelettes optiques ; épaissement de la trame conjonctive des nerfs optiques, altération des fibres nerveuses.

Les poumons ont seulement quelques adhérences ; on trouve un grand nombre de petits points hémorragiques disséminés dans leur parenchyme, surtout au niveau des lobes inférieurs. Le cœur est sain ainsi que les vaisseaux ; on trouve sur l'aorte plusieurs taches jaunes. Dans le cœur droit il y a un caillot fibrineux mince. Les testicules, la vessie, le pancréas sont sains. La rate a de 12 à 14 centimètres de longueur ; son épaisseur est augmentée dans la même proportion ; à la coupe, elle ne paraît pas sensiblement altérée. Son tissu est brunâtre, d'une consistance normale. Quelques ganglions mésentériques sont volumineux et altérés. Dans les reins on trouve des kystes du volume d'un pois.

Le foie est l'organe qui offre la lésion la plus caractéristique : sa largeur est de 25 centimètres, sa hauteur de 16 centimètres à droite, de 14 centimètres à gauche ; sa coloration est d'un rouge assez intense, avec taches violacées en avant. La face concave présente de nombreuses scissures longitudinales ou étoilées. La face convexe est parcourue par des scissures semblables à droite. A gauche, il existe, à côté du ligament suspenseur, une dépression qui lui adhère à l'aide d'une fausse membrane ; on y voit, en outre, une tache bleuâtre violacée, et une coupe faite à

son niveau découvre, dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, trois tumeurs blanches, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, de la consistance du fromage mou (pl. 1, fig. 3). Ces tumeurs sont séparées du parenchyme hépatique par un tissu conjonctif grisâtre; ce même tissu se trouve interposé entre chacune d'elles, où il est d'une coloration légèrement jaunâtre, très-résistant et criant sous le scalpel. Les tumeurs sont dans un état de ramollissement avancé, la moindre pression à l'aide d'une pince les pénètre facilement; assez molles vers leur partie centrale, elles sont composées presque exclusivement de granulations albuminoïdes ou graisseuses, de cellules ou de noyaux granuleux, les uns sphériques, les autres ovoïdes ou elliptiques; à leur périphérie existent une trame fibroïde, de la matière amorphe et des granulations peu abondantes. Ces productions sont séparées et circonscrites par un tissu conjonctif assez fin au milieu duquel se retrouvent des granulations graisseuses. Parmi les cellules hépatiques du voisinage, les unes sont atrophiées, les autres sont augmentées de volume et remplies de granulations graisseuses. Ailleurs, les cellules hépatiques sont infiltrées de graisse; partout la trame fibreuse est épaissie (1).

La nature syphilitique des tumeurs du foie n'est pas douteuse dans ce cas, et il y a lieu de croire que c'est à des tumeurs semblables qui auraient été résorbées qu'est due l'altération du lobe antérieur droit du cerveau. Les gommeuses hépatiques sont ici de moyen volume; dans certains cas elles sont beaucoup plus grosses (voyez pl. 1, fig. 4). Par contre, d'autres fois, elles ne dépassent pas le volume d'un grain de millet. Chez une femme syphilitique observée par Dittrich, il y avait dans toute l'étendue des deux lobes du foie, vers la surface et dans la profondeur, en partie au voisinage des ramifications de la veine porte, en partie loin d'elles, des nœuds ou noyaux du volume d'un grain de millet ou d'un pois, ronds, gris, non énucléables. Les plus volumineux de ces noyaux avaient au centre une consistance molle, quelques-uns présentaient la métamorphose purulente (2). Nous savons maintenant ce qu'il faut penser de cette prétendue métamorphose des gommeuses en pus; inutile d'y insister de nouveau. L'observation suivante, qui vient encore nous renseigner sur les caractères propres à ces tumeurs, nous montre leur coexistence avec une orchite gommeuse et une altération des reins.

*Tumeurs gommeuses du foie et des testicules. Lésions des reins et albuminurie.*

OBS. XXXI. — Le nommé B..., âgé de cinquante-neuf ans, opticien, ancien militaire, habita autrefois l'Afrique, où il contracta un chancre et une fièvre intermittente. Admis à l'Hôtel-Dieu le 4 avril 1863, il présente de l'œdème aux membres inférieurs et accuse une faiblesse et un amaigrissement progressifs; ses urines sont fortement albumineuses; une ascite se développe qui prend des proportions considérables, sans que le foie paraisse sensiblement modifié dans son volume. D'abord inappétence, puis diarrhée et vomissements liquides brunâtres, peu différents des vomissements noirs propres au cancer de l'estomac. L'œdème des membres inférieurs augmente et la peau distendue se gangrène par places. L'amaigrissement continue, le marasme succède à la faiblesse, et la mort arrive le 25 mai.

*Autopsie.* — Le cerveau et ses membranes sont sains. Les poumons présentent à leurs sommets quelques masses tuberculeuses du volume d'une petite

(1) Ce fait est publié dans notre Mémoire sur l'Amaurose liée à la dégénération secondaire des nerfs optiques, Archives de médecine, janvier 1864.

(2) Comparez E. Wagner, dans Archiv der Heilkunde, 1863.

cerise. Le cœur est intact. Plusieurs litres de sérosité s'échappent de la cavité péritonéale. Le foie adhère en plusieurs points au diaphragme à l'aide de fausses membranes épaisses et résistantes, son volume est un peu exagéré; à quelques centimètres du bord inférieur, à droite du ligament suspenseur, existent deux cicatrices froncées, infundibuliformes, et vers la moitié supérieure du lobe droit un léger renflement. A ce niveau, après le décollement du diaphragme, on aperçoit de petites tumeurs jaunâtres, légèrement saillantes. A la coupe, on découvre un plus grand nombre de tumeurs semblables qui sont les unes isolées, les autres agglomérées: les premières sont manifestement enveloppées d'une coque fibreuse grisâtre, de laquelle elles sont susceptibles d'être énucléées; les secondes sont plongées au milieu d'un tissu fibreux dur, résistant, légèrement blanchâtre. Irrégulièrement arrondies, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noix, ces tumeurs sont fermes, légèrement saillantes au-dessus du tissu qui les environne, dépressibles sous le doigt, élastiques, peu friables, de coloration blanchâtre tachetée de jaune (pl. 1, fig. 4). Elles sont composées par de petites cellules rondes et des noyaux disposés au sein d'une trame fibreuse. La rate est volumineuse, d'une longueur de 24 centimètres; elle a sa capsule épaissie, et à la coupe elle offre une apparence charnue. Les ganglions mésentériques sont volumineux, indurés et d'une teinte bleuâtre (dégénérescence amyloïde).

Les reins, volumineux, ont leur surface régulière et d'un bleu jaunâtre. État granuleux et destruction d'un certain nombre de cellules épithéliales; dégénérescence amyloïde légère. Des adhérences fibreuses et difficiles à rompre unissent la tunique albuginée avec la tunique vaginale; les testicules ont un volume normal; le gauche est un peu plus petit que le droit. A la coupe, ces organes résistent et crient sous le scalpel. Ils ressemblent à des tumeurs fibreuses, tant par leur consistance que par leur structure, puisqu'on y trouve à peine quelques canalicules spermatiques. Au milieu de la masse fibreuse du testicule droit sont deux petits nodules très-fermes, légèrement jaunâtres et d'apparence gommeuse.

A côté des observations précédentes, exemples de tumeurs gommeuses à l'état de crudité ou de ramollissement, nous rapporterons quelques faits destinés à faire connaître ces mêmes altérations en voie de résorption ou déjà résorbées.

*Cicatrices et tumeurs gommeuses du foie. Lésions de la rate et des reins.*

OBS. XXXII. — Meyer, âgée de trente ans, piqueuse de bottines, entre à l'hôpital de la Pitié, le 29 octobre 1860. Elle porte quelques cicatrices blanches au niveau des clavicules, et convient d'avoir eu autrefois la syphilis; elle dépérit depuis un an, elle est amaigrie et cachectique. Venue à l'hôpital à la suite d'une chute qui aurait été précédée de vertiges, elle est prise de vomissements qui font penser à un cancer de l'estomac, et meurt au bout de quelques jours.

*Autopsie.* — Le cerveau n'est pas examiné, les poumons sont œdématisés, plusieurs ganglions thoraciques sont volumineux et non tuberculeux, le cœur n'est pas altéré. Le lobe droit du foie est petit, déformé surtout vers sa partie moyenne et vers son bord inférieur au voisinage de la vésicule biliaire. Il existe en ce point des dépressions cicatricielles très-profondes, et la substance hépatique se trouve remplacée par du tissu fibreux; à quelques millimètres du fond de ces dépressions existent plusieurs tumeurs d'une coloration blanche ou jaunâtre, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, assez facilement énucléables et enveloppées d'un tissu fibreux grisâtre et vasculaire. Chacune de ces tumeurs est composée d'une trame fibroïde, de nombreuses granulations protéiques et graisseuses, et de noyaux ronds granuleux et déformés. Les cellules hépatiques qui avoisinent les tumeurs ont disparu; sinon, elles sont petites et granuleuses; la plupart des autres sont dans un état de dégénération graisseuse avancée. La rate est doublée de volume, sa capsule fibreuse est très-épaissie. Les reins sont petits, on y remarque une

trame fibroïde abondante et granuleuse qui pâlit sous l'influence de l'acide acétique. Les épithéliums des canalicules sont dégénérés sur plusieurs points. L'une des capsules surrénales est augmentée de volume et indurée. Plusieurs des ganglions prévertébraux sont altérés, le tube digestif est sain, les organes génitaux sont peu altérés.

L'observation LXIX de l'ouvrage de Frerichs fait mention de l'existence d'une lésion hépatique ayant avec celle qui précède la plus grande analogie. Le cas suivant offre une altération pour ainsi dire identique et que nous n'hésitons pas à rattacher à la syphilis, malgré l'absence positive d'antécédents syphilitiques; mais il est vrai de dire que le malade ne fut point interrogé à ce point de vue, et qu'il succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital.

*Dépôt gommeux avec déformation considérable du lobe droit du foie, et dégénérescence cireuse du lobe gauche. Cicatrices pulmonaires et tumeurs gommeuses du diaphragme.*

Obs. XXXIII. — Le nommé C..., âgé de cinquante-six ans, tisserand, se voit dépérir depuis un an; il est maigre, cachectique et très-faible; sa physionomie manque d'expression; sa peau est terreuse, jaunâtre, ses jambes sont œdématisées. Il offre un souffle limité au sommet du poumon droit. Le lobe droit de son foie descend très-bas et atteint la ligne ombilicale; le lobe gauche ne peut être senti par la palpation, il semble que cet organe ait perdu en largeur ce qu'il a gagné en longueur; on cesse, en effet, de le suivre à partir du bord droit du muscle grand droit abdominal, comme s'il avait subi à ce niveau une section dans le sens de sa hauteur. Les autres organes paraissent être sains. Cependant ce malade succomba très-rapidement le lendemain, accusant une sensation de gêne et de constriction épigastriques.

*Autopsie.* — Les os du crâne, d'une épaisseur normale, adhèrent au péricrâne. La dure-mère et le cerveau ne sont pas altérés. Au sommet du poumon droit et vers la partie moyenne et inférieure de ce même organe, on constate à la surface de petites dépressions, les unes étoilées, les autres rayonnées, dues non pas à une solution de continuité, mais à la résorption d'un produit superficiellement situé au niveau de la dépression cicatricielle du sommet. Le parenchyme pulmonaire est ferme, il présente, au milieu d'un tissu grisâtre induré, une substance blanche analogue à du fromage ou à du mastic, et une petite excavation. Nulle part il n'existe la moindre trace de granulations tuberculeuses. Une adhérence intime unit la base du lobe droit à la face supérieure correspondante du diaphragme. Ce muscle est le siège d'un épaississement qui tient non à une production pseudo-membraneuse, mais bien à la présence dans son épaisseur de tumeurs pisiformes, blanchâtres et ramollies; il a de plus une structure presque entièrement fibreuse dans des points où normalement existe un tissu musculaire, il adhère aussi à la face convexe du foie, et de cette disposition résultaient sans doute la gêne épigastrique et la dyspnée accusées durant la vie du malade.

Le foie est presque méconnaissable: son lobe droit existe à peine, et ce qu'il en reste est presque entièrement composé de cicatrices profondes et fibreuses, le parenchyme glandulaire a disparu au point que la vésicule occupe le bord droit de cet organe. Au-dessus de cette vésicule et au voisinage du sillon de la veine cave inférieure, vers la partie moyenne du foie, on constate la présence d'une tumeur intimement adhérente au diaphragme, et constituée par une substance d'un blanc jaunâtre, analogue à du lard rance ou à du suif. Le lobe de Spiegel, augmenté de volume, contient une tumeur arrondie et plus petite, ramollie à son centre et entourée d'un tissu fibreux grisâtre. Plus volumineuse, l'éminence porte inférieure présente à sa surface une tumeur analogue semée çà et là de petites vacuoles. Dans le sillon du canal veineux on trouve encore, au milieu d'un tissu fibreux abon-

dant, une nodosité ayant le même aspect. Le lobe gauche est considérablement augmenté de volume, il offre une pointe très-allongée qui descend à droite jusqu'au niveau de l'ombilic.

La rate est hypertrophiée, ferme. Les ganglions mésentériques et ceux de la face inférieure du foie sont volumineux, un peu jaunâtres; les testicules sont petits, atrophiés; le tube digestif n'est pas altéré; le cerveau et la moelle sont sains. Le rein droit est petit et réduit d'un tiers environ, la substance corticale, atrophiée, se confond avec la substance tubuleuse; le rein gauche, d'un volume assez normal, présente à sa superficie, ainsi que son congénère, de petits nodules du volume d'un pois et quelques dépressions cicatricielles. Un certain nombre de tubuli ont leurs épithéliums granuleux. Le stroma conjonctif est épaissi, et plusieurs des corpuscules de Malpighi sont atrophiés.

L'incertitude qui règne dans quelques-uns des derniers faits, relativement aux antécédents des malades, pourrait peut-être laisser du doute sur la nature des lésions trouvées à l'autopsie; mais si on tient compte de l'état cachectique et des caractères particuliers des altérations du foie et des autres organes, on est bien vite convaincu que les renseignements obtenus ont été incomplets ou mensongers. Ajoutons que Dittrich, observant de semblables altérations, n'a pas manqué de leur attribuer une origine syphilitique. Un des faits qu'il rapporte montre l'énormité de la déformation que peut subir le foie sous l'influence de la syphilis, puisque toute la portion située à droite du sillon de la vésicule était entièrement détruite et remplacée par des cicatrices fibreuses. Le lobe gauche, hypertrophié, avait pris le volume d'un foie ordinaire, il présentait à la surface de profonds sillons cicatriciels et remplissait l'hypochondre droit.

L'un des premiers, Dittrich sut rattacher à leur véritable cause les vestiges de la syphilis hépatique. Depuis lors, les cicatrices syphilitiques du foie ont été, de notre part, l'objet d'une étude qui avait pour but principal de montrer le parti qu'il était possible d'en tirer dans le diagnostic anatomique de la syphilis des viscères. Ces cicatrices, rencontrées par nous 14 fois sur 22 cas de syphilis viscérale, se divisent en deux groupes: cicatrices résultant de la résorption de produits gommeux, cicatrices reconnaissant pour cause une hépatite partielle. Lorsqu'elles succèdent aux dépôts gommeux, elles se montrent sous forme de dépressions profondes, irrégulières, au fond desquelles existent un tissu fibreux abondant, des débris de produits gommeux d'où s'échappent des toiles membraneuses résistantes formant adhérence avec les parties voisines. Elles siègent habituellement vers la partie moyenne du lobe droit, qui peut se trouver comme divisé en deux moitiés; quelquefois on les rencontre au milieu du lobe gauche, qui est réduit à une mince languette fibreuse. Notons que la destruction d'une partie du foie a pour conséquence l'hypertrophie de la portion restée saine, et on concevra toute l'importance des déformations de cet organe au point de vue du diagnostic de la syphilis hépatique en particulier et de la syphilis viscérale en général.

Lorsqu'elles sont le fait d'une hépatite chronique, les cicatrices syphilitiques du foie occupent l'une ou l'autre des deux faces de la glande, mais surtout la face convexe au voisinage du ligament suspenseur, beaucoup plus rarement l'épaisseur du parenchyme. Ce sont des tractus fibreux, linéaires ou étoilés, au niveau desquels la surface de section présente une légère rétraction,

des dépressions foncées infundibuliformes, plus ou moins profondes, et qu'il est difficile de distinguer des cicatrices provenant de la résorption des tumeurs gommeuses; ou encore des sillons obliques plutôt que parallèles, par rapport au grand axe de l'organe, curvilignes plutôt que rectilignes, dont les lèvres sont fréquemment réunies par des tractus fibreux et dans le fond desquels se rencontrent une trame fibreuse, des canaux à peu près vides, des détritres de cellules, des granulations et des globules graisseux. Le foie, dans ces circonstances, est généralement diminué de volume, à moins d'une dégénérescence amyloïde ou graisseuse.

Les cicatrices syphilitiques du foie ne seront pas confondues avec la dépression transversale qui, chez la femme, résulte de l'usage abusif du corset. Les dépressions qui succèdent à l'oblitération d'une branche vasculaire, les cicatrices consécutives à un traumatisme, et celles qui résultent de la résorption d'un foyer purulent, ont avec les cicatrices syphilitiques une plus grande analogie. Toutefois l'atrophie par lésion vasculaire présente une disposition en rapport avec la direction des vaisseaux, et la capsule fibreuse n'est pas épaissie à son niveau. Les cicatrices traumatiques sont tout au moins rares, en raison de la gravité des déchirures du foie. On peut en dire autant des cicatrices consécutives aux abcès du foie. Cambay (1), chez un malade mort de tubercules pulmonaires, deux mois après la rétrocession des symptômes d'une hépatite confirmée, a trouvé une dépression de l'étendue d'une pièce d'un demi-franc sur la face convexe du foie; en ce point, le tissu parenchymateux était blanc et fibreux; plus profondément, il existait un petit dépôt purulent, entouré de substance granulaire, sans la présence duquel il eût peut-être été difficile de différencier cette altération d'une cicatrice syphilitique. Haspel a vu, à plusieurs reprises, des cordons blancs étoilés, fibreux, qui lui ont paru représenter le résidu d'abcès dont pendant la vie on avait pu suivre la marche ascendante, puis rétrograde. Mais, dans la supposition d'une interprétation exacte de la part de ces auteurs, disons que ces lésions sont en général peu nombreuses, et que, contrairement aux cicatrices syphilitiques, elles siègent plutôt dans la profondeur qu'à la surface de l'organe. Il est des cas, et le fait suivant en est un exemple, où le diagnostic serait véritablement difficile, du moins dans une contrée chaude.

*Accidents syphilitiques antérieurs; carie de l'un des os du pubis; dépression cicatricielle infundibuliforme à la surface convexe du foie.*

Obs. XXXIV. — La femme H..., âgée de trente-neuf ans, anciennement mariée à un garde de Paris, avait présenté antérieurement des accidents syphilitiques, lorsqu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu (1859). Elle était alors affaiblie et cachectique, et accusait à la région du foie et dans l'abdomen des douleurs qui s'accroissaient par la pression. Bientôt après elle fut prise de vomissements verdâtres, de fièvre avec accélération du pouls, et de douleurs violentes dans l'abdomen. Elle succomba quelques jours plus tard.

*Autopsie.* — Adhérences péritonéales dans la fosse iliaque gauche, carie de l'os pubis, suppuration peu abondante dans la gaine du muscle psoas iliaque. Le foie, de volume normal, est décoloré, jaune et gras; son lobe droit présente, à quelques centimètres du bord inférieur, une ouverture circulaire, ayant environ

(1) Cambay, *Maladies des pays chauds*, p. 423. Paris, 1847.

un centimètre de diamètre, avec bords froncés, plissés et rétractés. Cette ouverture communique avec une excavation large, profonde d'environ 2 centimètres et creusée dans le parenchyme hépatique; les parois de cette excavation sont constituées par un tissu fibreux ou fibroïde, dur et résistant, comme lardacé, et qui, à la coupe, offre des points jaunâtres, formés en grande partie de granulations graisseuses; une matière molle et grisâtre se trouve appliquée aux parois de cette caverne, qui fait corps avec le tissu du foie; on y trouve en grande abondance des granulations graisseuses et protéiques. Les autres organes sont sains; le cœur est chargé d'une épaisse couche de graisse.

Les diverses lésions dont nous venons de faire l'étude intéressent uniquement la trame de substance conjonctive. Cependant les vaisseaux et les éléments propres qui entrent dans la composition du foie sont loin d'être toujours exempts d'altération. Outre la compression vasculaire qui résulte de la rétraction de certains produits syphilitiques, les branches de la veine porte sont quelquefois obstruées par des productions pseudo-membraneuses ou par des concrétions fibrineuses. (Voy. obs. XXVIII, p. 256.) De plus, indépendamment de l'altération qu'elles subissent par suite de la présence des productions syphilitiques, les cellules hépatiques sont fréquemment le siège d'une dégénérescence amyloïde ou graisseuse que plusieurs observateurs ont cru à tort devoir rattacher à la syphilis.

L'état adipeux du foie a été constaté à un degré plus ou moins marqué dans 18 cas de syphilis constitutionnelle par Frerichs, qui trouva la dégénérescence amyloïde deux fois seulement. Dans nos faits, ces dégénérescences sont notées avec une fréquence presque égale; elles n'y sont pas rares. Accumulation de substances grasses sous forme de granulations et de globules réfringents au sein des cellules hépatiques, et par suite augmentation de volume, c'est en quoi consiste l'altération graisseuse du foie. La surface de cet organe est légèrement granulée, sa coloration jaunâtre, son poids spécifique est diminué. Le foie, lardacé, est également plus volumineux qu'à l'état normal; dès le début de l'altération, on aperçoit au milieu des *acini* des taches dont la coloration transparente tranche très-nettement avec la teinte gris mat des bords; aussi la structure acineuse apparaît-elle beaucoup plus évidente. Plus tard, le parenchyme glandulaire présente une surface unie, plate, d'un gris jaunâtre, un peu brillante; coupé par tranches, il offre un aspect assez semblable à celui du saumon fumé. Mouillés avec la solution iodée, les points brillants et transparents se colorent en un rouge intense qui passe au violet, si l'on ajoute de l'acide sulfurique, tandis que le liséré qui les entoure prend seul une teinte jaune pâle.

Portal d'abord, plus tard Rayer, et dans ces derniers temps Rokitansky, Dittrich, H. Meckel, S. Wilks, Virchow, et plusieurs autres auteurs ont rapporté des exemples de la coexistence, avec la syphilis, de cette dégénérescence, encore appelée dégénérescence, lardacée, cérumineuse, cholestérique, cirreuse, amyliacée; mais la plupart de ces auteurs ne voient dans ce fait qu'une coïncidence simple, ou l'action directe du mercure sur le foie. Graves et Budd attribuent le foie cérumineux à une combinaison de la vérole et de l'hydrargyrie, tandis que Frerichs fait à tort de cette altération une forme particulière de la syphilis hépatique. Le mercure et la syphilis ne

jouent qu'un rôle indirect dans la pathogénie de cette affection : d'une part, la dégénérescence amyloïde se rencontre dans le foie des malades affectés de syphilis sans qu'il y ait eu de traitement mercuriel mis en usage, et elle ne se trouve pas habituellement dans les cas d'intoxication mercurielle chronique; d'autre part, comme, loin d'être spéciale à la syphilis, cette dégénérescence fait partie du cortège d'un grand nombre de maladies chroniques avec marasme et cachexie, il y a lieu de croire qu'elle a sa cause, non dans une maladie spéciale, mais dans le trouble nutritif qui accompagne tout un groupe de maladies, et par conséquent elle ne peut être regardée comme une manifestation de la syphilis constitutionnelle au même titre que les productions gommeuses.

Nous signalerons enfin, parmi les nombreuses altérations qui coexistent généralement avec les lésions syphilitiques du foie : l'hypertrophie de la rate, celle des ganglions prévertébraux et iliaques, certaines modifications du parenchyme rénal, et la présence dans la cavité du péritoine d'une sérosité claire, transparente et albumineuse.

*Étude symptomatique.* — Les désordres fonctionnels produits par la syphilis hépatique ne comportent pas nécessairement les divisions que nous avons adoptées dans l'étude des lésions anatomiques, et par conséquent nous nous contenterons, dans le cours d'une exposition collective, de faire remarquer les particularités symptomatiques plus spéciales à chaque mode anatomique. Ces symptômes sont les uns physiques, les autres fonctionnels.

Les symptômes physiques, que donnent la palpation et la percussion, constituent les principaux signes de la syphilis hépatique. Le volume du foie, dans les faits connus, est très-variable, rarement normal, le plus souvent augmenté ou diminué. Dans certains cas, où il a été possible de suivre les changements divers subis par cet organe pendant le cours de la maladie, on a constaté qu'à une période d'accroissement avait succédé une période d'atrophie, phénomène facile à expliquer après l'étude anatomique que nous avons faite, et qui appartient plus particulièrement à l'hépatite scléreuse. Cependant, loin de diminuer de volume à une certaine période, le foie continue quelquefois de s'accroître par le dépôt d'une plus grande quantité de matières grasses ou de substance amyloïde. Outre l'augmentation de volume, la palpation, dans un certain nombre de cas, donne lieu à la sensation de saillies, de nodosités ou de bosselures à la surface du foie, et cette sensation, très-analogue à celle que détermine la présence des masses cancéreuses, se distingue, pour le doigt qui explore, par ce caractère que la dureté est plus grande et la tumeur mieux circonscrite. Malgré l'hypertrophie et les irrégularités de la surface, la glande hépatique peut conserver sa forme; mais en général, à une période avancée de l'évolution morbide, le foie est notablement déformé. Tantôt le gros lobe hypertrophié descend jusqu'à l'ombilic, et donne à la percussion une matité dans tout l'hypochondre, à droite de la ligne blanche, tandis qu'à gauche le petit lobe se trouve réduit à une mince languette; tantôt le lobe droit en partie détruit descend moins bas que le gauche; tantôt enfin on sent au niveau du bord libre des scissures ou des dépressions profondes qui rendent ce bord inégal, bosselé et tout à fait irrégulier. Toutes ces nuances, qu'une percussion bien entendue et la pal-

pation surtout permettent d'apprécier le plus souvent avec exactitude, sont pour ainsi dire spéciales à la syphilis. Il est peu de maladies où se rencontre une déformation aussi prononcée de l'organe hépatique, puisque, même dans la cirrhose non syphilitique et le cancer, le foie atrophié ou hypertrophié conserve toujours une proportion à peu près égale entre ses lobes. Cette déformation nous a toujours utilement servi pour le diagnostic; elle est véritablement caractéristique dans l'espèce. Notons encore la possibilité de reconnaître que le mouvement de glissement de la paroi abdominale sur le foie n'a plus lieu pendant la respiration; la main qui palpe sent immédiatement la glande sous cette paroi immobile, et peut même avoir la sensation des adhérences par lesquelles celle-ci est accolée au foie.

Les symptômes fonctionnels sont, dans quelques cas, si peu accusés que si on néglige l'exploration physique on est parfois tout étonné, à la mort, de trouver des lésions anatomiques dont on était loin de se douter pendant la vie. D'autres fois cependant les lésions syphilitiques du foie déterminent des troubles qui, pris isolément ou considérés dans leur ensemble, ne diffèrent pas d'une façon notable de ceux qui appartiennent à la plupart des affections hépatiques. La douleur est un de ces symptômes, elle consiste en une simple sensation de gêne, de malaise ou de pesanteur; rarement elle est vive, continue, exacerbante, mais presque toujours elle est exagérée par la palpation et la percussion. Un malade observé par Frerichs souffrit d'une manière incessante pendant trois mois; un autre eut des intermissions qui durèrent environ une semaine, après lesquelles survinrent des exacerbations accompagnées d'une fièvre légère. Assez facile à provoquer quand il existe des gommeuses hépatiques, la douleur est un symptôme inconstant, et qui n'a pas la même intensité dans tout le cours de la maladie. Elle fait généralement défaut dans la dernière période et n'a jamais, que nous sachions, d'irradiation du côté de l'épaule ou de toute autre partie du corps.

L'ascite est un symptôme non moins important; elle appartient aux deux formes de la syphilis du foie et paraît plus intimement liée à l'hépatite diffuse. Sans vouloir prétendre, avec Cirillo et Schrant (1), que les malades atteints de syphilis hépatique meurent en général d'hydropisie, je dois reconnaître qu'ils sont fréquemment atteints d'ascite. Noté par Schutzenberger (2), Virchow, Leudet, et beaucoup d'autres observateurs, ce symptôme a été observé cinq fois par nous, et, fait digne de remarque, il a été trois fois suivi d'une guérison radicale. En général son développement est lent et progressif, mais sans que cette circonstance, sur laquelle Gubler et Leudet ont déjà fixé l'attention, puisse beaucoup servir au diagnostic de la maladie, puisqu'il est arrivé dans quelques cas de voir cette hydropisie prendre en peu de jours un accroissement considérable, ce qu'il est facile d'expliquer dans l'hypothèse d'une compression de la veine porte par une tumeur gommeuse. Avec l'ascite coexistent fréquemment des dépôts pseudo-membraneux à la surface du péritoine, et plus particulièrement sur cette portion qui tapisse le foie ou qui occupe la région de l'hypochondre droit. C'est là une circonstance sur

(1) *Tidjsch. Nederl. Maasch.* 1851, et *Canstatt's Jahrbuch. für Medic.*, 1851, t. II, p. 34.

(2) Schutzenberger, dans *Gaz. hebdomadaire*, 1857, p. 274.

laquelle je ne pourrais trop insister, car en la méconnaissant on risquerait de commettre une erreur, et surtout de croire à une péritonite tuberculeuse.

L'ictère, phénomène relativement rare dans le cours des lésions syphilitiques du foie, n'est mentionné que dans quelques faits. Dans deux cas rapportés par Frerichs, il est la conséquence de la compression des canaux biliaires, une fois par la tuméfaction des glandes lymphatiques, une autre fois par une cicatrice étendue. Dans un troisième cas il se lie à une périhépatite; Biermer et nous-même l'avons observé dans les mêmes conditions. Ce symptôme est remarquable par une marche lentement progressive, une longue durée et parfois aussi une grande intensité. Quoique sous la dépendance d'une lésion matérielle, il peut se montrer, suivent Gubler, Leudet, Virchow et Lebert, plusieurs années avant l'apparition d'accidents sérieux du côté de l'organe hépatique. Le fait que voici en est une preuve :

*Deux chancres à l'âge de vingt-quatre ans, absence de manifestations cutanées; douleurs ostéocopes, exostoses et ictère; périhépatite syphilitique probable; orchite syphilitique.*

OBS. XXXV. — B..., quarante-quatre ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 16 février 1861, contracta, à l'âge de vingt-quatre ans, une blennorrhagie et deux chancres qui eurent environ quinze jours de durée; il ne s'est jamais aperçu de la moindre éruption cutanée.

Après un malaise survenu le 4 janvier et dont il s'était rétabli, ce malade est atteint d'un ictère, et peu de temps après il s'aperçoit du gonflement de l'un des testicules; puis des douleurs intenses qu'il éprouve dans la tête l'amènent à l'hôpital. La peau est d'une teinte ictérique légèrement verdâtre. L'appétit est presque nul, faiblesse et malaise général; le foie déborde le rebord costal, il semble adhérer intimement au diaphragme; la rate a un volume normal; absence de diarrhée et d'albuminurie; respiration douteuse au sommet droit; cœur sain; exostose du sommet de la tête; céphalalgie violente avec exacerbations nocturnes; ganglions durs, isolés, petits et résistants, dans les aines; l'un des testicules est augmenté de volume, il est piriforme, très-ferme, résistant, élastique sous les doigts qui le pressent; absence de liquide dans la tunique vaginale, légère irrégularité à la surface de l'organe; épидидyme sain. Cet état persista jusqu'à ce qu'un traitement spécifique ayant été employé, chacun de ces accidents s'améliora et le malade put quitter l'hôpital.

On peut se demander quelle a été, dans ce cas, la cause de l'ictère; mais c'est là une question assez peu importante et à laquelle il n'est guère possible de donner une réponse positive. Il y a toutefois lieu de croire à une des altérations qui viennent d'être signalées. Ces faits et quelques autres semblables, dans lesquels l'ictère est pour ainsi dire accidentel, nous permettent d'établir la rareté et le peu d'importance de ce phénomène dans l'étude symptomatique de la syphilis hépatique.

Des hémorrhagies diverses coexistent parfois avec l'ascite ou l'ictère, et ne sont, comme ces derniers accidents, qu'un effet de l'altération hépatique. On sait qu'Hippocrate a parlé très-savamment de l'hémorrhagie nasale qui arrive dans le cas d'obstruction du foie et de la rate; cette hémorrhagie s'observe aussi dans le cours des affections spécifiques du foie. Cirillo déclare que les malades qui ont des obstructions au foie sont fréquemment surpris par un

flux hémorrhoidal, une hémorrhagie de la narine droite, et quelquefois même par un crachement de sang. Plusieurs des observations rapportées plus loin témoignent de la valeur et de l'importance de ce symptôme.

Certains désordres des fonctions digestives peuvent se lier aux affections syphilitiques du foie, et dans quelques cas celles-ci n'ont pas d'autres symptômes. Généralement peu marqués au début de la lésion hépatique, ces troubles surviennent peu à peu au fur et à mesure de son développement, l'appétit diminue et se perd, la digestion est lente, les malades ont des éructations, des vomissements muqueux, et surtout des évacuations diarrhéiques irrégulières. Sur sept cas que contient le mémoire de Leudet, la diarrhée est notée cinq fois; le plus souvent séreuses et blanchâtres, les matières rendues sont quelquefois brunâtres ou noirâtres, assez analogues au marc de café, ou même dysentériques, ainsi que l'a signalé Léonard Botal (1). Assez commun dans le cours des affections hépatiques ordinaires, ce symptôme peut dépendre d'une modification du liquide sanguin; il n'indique pas nécessairement l'existence d'une lésion matérielle de l'intestin, car il est rare que ce viscère soit ulcéré dans ces conditions.

En même temps que ces désordres, il existe fréquemment un météorisme plus ou moins prononcé, dû en partie sans doute au dérangement de la fonction biliaire. La dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen n'est manifeste que dans quelques cas où il y a gêne à la circulation de la veine porte. Un amaigrissement progressif et un certain degré d'atrophie musculaire, parfois même un léger abaissement de température, sont des symptômes sur lesquels on ne peut trop insister, et qui souvent se terminent par le marasme et la mort. Plus fréquents avec l'hépatite interstitielle, ils ont leur raison d'être dans l'altération de la sécrétion biliaire et plus encore dans le trouble de la fonction glycogénique du foie.

Les fonctions nerveuses et circulatoires continuent à s'accomplir normalement, à moins de manifestations morbides du côté des organes qui président à ces fonctions. Les phénomènes respiratoires, au contraire, sont quelquefois gênés à la suite des adhérences que contracte le diaphragme avec le foie, et même avec la base des poumons. La percussion fait connaître le degré de l'hypertrophie concomitante de la rate, et la palpation peut arriver à reconnaître l'augmentation de volume des ganglions viscéraux. Les urines sont souvent albumineuses, et ce symptôme venant s'ajouter à la déformation du foie et au trouble des fonctions hépatiques ne manque pas, nous le savons, d'une certaine valeur diagnostique. Rarement les urates sont en excès.

L'œdème des membres inférieurs s'observe ici comme dans la plupart des cachexies, et l'on voit quelquefois se produire spontanément des coagulations sanguines dans les veines. La peau, dans ces conditions, subit fréquemment des modifications profondes; sans parler des gommes, des ulcérations ou des cicatrices que l'on peut y rencontrer, disons qu'elle est en général sèche, ridée, remarquable par une teinte plombée un peu jaunâtre, ou par une coloration bronzée et uniforme. Les manifestations les plus communes avec les lésions hépatiques sont des ulcérations ou des cicatrices de la gorge, des gommes du

(1) L. Botal, *Luis venereæ curandæ ratio*, dans Luisini Aphrodisiacus, p. 891.