

voyant aucune cause qui vint expliquer les désordres du cœur et du foie, je soupçonnai que les lésions de ces organes pouvaient se rattacher à la syphilis, et c'est en effet ce que vint prouver un traitement par l'iode de potassium.

Si nous voulions nous en rapporter uniquement aux faits qui ont servi à notre analyse, il en résulterait que la syphilis cardiaque ferait courir les plus grands dangers, et qu'ainsi son pronostic serait des plus graves. Mais un tel jugement risquerait d'être inexact. Il faut observer, en effet, que nous n'avons examiné ici que des cas qui ont eu la mort pour terminaison. Il y a tout lieu de croire qu'à côté de ces faits il en existe d'autres dont l'origine reste méconnue, par cela seul qu'ils sont moins sérieux et qu'ils se terminent par la guérison; les deux faits qui précèdent sont du moins favorables à cette supposition.

Quoi qu'il en soit, les désordres syphilitiques du cœur sont toujours à redouter à cause des importantes fonctions de cet organe. Les deux observations suivantes font connaître ces désordres et leur gravité.

Oppression violente, asystolie, accès épileptiforme et mort. Autopsie : cicatrices à la surface des circonvolutions et dans l'épaisseur de la substance blanche cérébrale ; amas de globules de graisse dans le corps strié. Tumeurs gommeuses multiples sous l'endocarde et dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche. Atrophie et dégénérescence des fibres musculaires. Dépressions et sillons cicatriciels à la surface du foie. Double sarcocèle syphilitique.

OBS. XL. — D..., peintre, âgé de vingt-neuf ans, bien constitué, est depuis plusieurs mois fatigué, et peu apte au travail; sa peau est décolorée, terreuse; mais ces symptômes attirent peu son attention, il croit surtout devoir les rattacher à sa profession. Depuis trois jours il s'est vu dans la nécessité de cesser son travail; il éprouve des étourdissements, des vertiges, ressent des palpitations violentes, un malaise général et une dyspnée considérable, phénomènes qui l'amènent à l'hôpital. Quelques instants après son entrée, il est pris d'un accès épileptiforme, et perd entièrement connaissance; il est en proie à une dyspnée excessive. Les extrémités sont cyanosées et légèrement œdémateuses, le pouls est très-petit et à peine perceptible. L'examen de la poitrine ne révèle l'existence d'aucun bruit anormal à la région du cœur; mais cet organe paraît augmenté de volume, et il est manifeste qu'il doit être lésé. Quelques râles disséminés sont entendus dans la poitrine. Peu de temps après le malade succombe tout à coup.

Autopsie. — Deux cicatrices blanches, arrondies, de petite dimension, s'observent sur l'un des tibias; une autre cicatrice existe sur le prépuce; œdème nul ou à peine marqué aux malléoles. Au premier abord, le cerveau paraît sain; mais à l'aide d'un examen attentif, on y trouve des altérations manifestes. La corne postérieure gauche est ferme et plus résistante à la pression, et l'on remarque, après avoir enlevé la pie-mère qui la recouvre, qu'il existe, à la surface de deux circonvolutions, plusieurs petites dépressions étoilées assez peu profondes, mais rappelant néanmoins les sillons si fréquents de la surface du foie dans les cas de syphilis viscérale. Une section est faite à ce niveau, et plus profondément, dans la substance blanche à peu de distance de la substance grise, on trouve une traînée linéaire légèrement saillante, d'une teinte grisâtre qui tranche sur la coloration de la substance voisine; cette traînée ou cloison membraneuse offre de 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre de profondeur; dans sa partie supérieure, elle paraît se terminer par une membrane mince, rosée, qui s'étale de façon à former une sorte de kyste. A l'examen microscopique, cette lésion est constituée par une matière grenue, un tissu fibroïde, des cellules embryoplastiques avec noyaux apparents, surtout après l'addition de l'acide acétique. (Pl. II, fig. 8 et fig. 8'.) Au voisinage de cette bande fibreuse la substance cérébrale est peu altérée.

Dans le corps strié, on aperçoit à la coupe des points d'une coloration jaune, qui, à l'examen microscopique, sont constitués à peu près uniquement de globules de graisse disposés en amas. Quelques-unes des parties du bulbe présentaient la même coloration; mais il m'a été impossible de m'assurer qu'elles fussent atteintes de la même altération.

La substance grise des circonvolutions se fait remarquer en quelques endroits par sa fermeté, la diversité de ses couleurs, et principalement par une coloration jaunâtre médiane. Parmi les capillaires de cette substance, les plus petits sont couverts de fines granulations pigmentaires; sur le trajet des plus gros se voient des grains d'hématine et des granulations graisseuses; quelques-uns des capillaires du corps strié sont dans un état de dégénérescence graisseuse avancée. Absence de tubercules dans les poumons; vers la base, congestion hypertrophique et quelques points de broncho-pneumonie.

Le cœur, augmenté de volume, recouvert d'une légère couche de graisse, offre à sa surface interne une injection manifeste. Incisées, les parois de cet organe restent béantes. Dans les deux tiers supérieurs du ventricule gauche, immédiatement au-dessous de la valvule mitrale, on aperçoit sur toute la circonférence de la cavité des saillies lenticulaires et jaunâtres, situées au-dessous de l'endocarde, à peine épaissies; entre ces saillies disséminées se rencontre un tissu fibreux et grisâtre. Les colonnes charnues de second et de troisième ordre sont indurées et atrophiques; l'un des deux muscles papillaires est tuméfié et de coloration jaune foncé. A côté des petites tumeurs qui font saillie sous l'endocarde, on trouve dans l'épaisseur de la paroi, au niveau de l'infundibulum aortique, des tumeurs jaunâtres ou grisâtres, les unes arrondies, les autres en forme de croissant. Ces tumeurs sont en général entourées d'un cercle rosé et d'une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux; du volume d'un pois ou d'une grosse lentille, elles sont difficilement décorticables. La cavité ventriculaire est dilatée. La paroi ventriculaire, épaissie dans les deux tiers supérieurs, est amincie dans le tiers inférieur; une incision faite à l'union de ces deux parties permet de constater du dedans au dehors: 1° l'intégrité de l'endocarde; 2° une première couche mince, jaunâtre ou rosée, assez friable; 3° une couche moyenne résistante, blanchâtre ou grisâtre; 4° une couche de coloration bronzée et composée en grande partie de fibres musculaires plus ou moins altérées; 5° la couche extérieure de graisse, et enfin le péricarde qui est sain. (Pl. II, fig. 1 et fig. 1'.)

Les nodules situés sous l'endocarde, comme ceux qui se rencontrent dans la paroi ventriculaire, sont composés de noyaux, de cellules et de fibres de tissu conjonctif. Chacun de ces éléments, fortement chargé de granulations, est devenu presque méconnaissable, et, sur quelques points, on ne rencontre guère qu'une matière amorphe très-granuleuse. Dans la partie grisâtre qui entoure les tumeurs, on ne trouve que du tissu fibreux et quelques vaisseaux comme dans toute la zone moyenne grise blanchâtre. Dans les parties jaunes, il se trouve de la graisse en plus ou moins grande abondance. Les fibres musculaires, comprimées par le néoplasme, sont manifestement atrophiques, sans striation apparente, et infiltrées de granulations graisseuses abondantes; elles sont sur quelques points comme réunies à l'aide d'une substance finement grenue, de cellules et de noyaux plus ou moins granuleux et de globules gras. Ce que nous constatons, c'est, en résumé, un néoplasme conjonctif, dans un état de développement ou de dégénération plus ou moins avancé, formant à gauche, tantôt de petites tumeurs, tantôt des cloisons fibreuses plus ou moins épaisses et résistantes.

Le foie se fait remarquer par des dépressions profondes qui occupent sa face antérieure, et qui, avant tout autre examen, mettent sur la voie de l'infection syphilitique. Le lobe droit, d'un volume ordinaire, d'une coloration café au lait tacheté de brun, d'une consistance un peu molle, offre, à quelques centimètres du ligament suspenseur, une dépression de forme circulaire assez profonde pour cacher l'extrémité du petit doigt. De cette dépression part un sillon sinueux et profond verticalement dirigé, qui va gagner le bord inférieur, tandis qu'en haut il s'arrête à quelques centimètres du bord supérieur. Un autre sillon prove-

nant de la même dépression va se perdre suivant une direction transversale. Le fond de la dépression et celui des sillons sont constitués par une couche peu épaisse de tissu fibreux résistant et jaunâtre. La surface de section de ce lobe présente une coloration peu différente de celle de la surface extérieure. On n'y rencontre aucune tumeur. Le lobe gauche est atrophié et méconnaissable; il a au plus 3 centimètres de hauteur sur 2 centimètres d'épaisseur; il est labouré de sillons profonds réunis par des tractus fibreux et des fausses membranes adhérentes aux parties voisines. Des sillons analogues se retrouvent à la face postérieure de ce même lobe. Les cellules sont petites et granuleuses au niveau des sillons cicatriciels, et le tissu conjonctif est plus abondant dans ces mêmes endroits; partout ailleurs, les cellules hépatiques sont riches en granulations graisseuses.

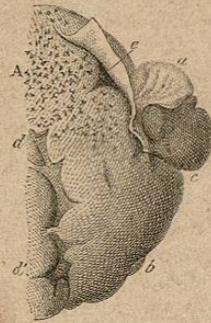


Fig. 7. — Foie syphilitique. (Un cinquième du volume normal.) — A, moitié gauche du lobe droit. — a, lobe gauche. — b, vésicule biliaire. — c, sillon interlobaire. — d, dépressions cicatricielles occupant la moitié environ de la hauteur de l'organe. — e, autres cicatrices avec fausses membranes.

Une portion de la muqueuse de l'intestin grêle est rougeâtre et parsemée de points blanchâtres, qui rappellent la psorentérie. Les reins sont d'une coloration un peu jaune; l'épithélium des tubuli est altéré; la trame de la substance conjonctive semble épaissie, et quelques-uns des corpuscules de Malpighi sont atrophiés.

La rate est volumineuse; sa longueur est de 18 centimètres; son parenchyme est peu altéré, simplement hypertrophié; sa déchirure est granuleuse. Les ganglions lymphatiques prévertébraux, ceux qui siègent sur le trajet des vaisseaux iliaques (voyez ici la figure 8 tirée de notre *Atlas d'Anatom. pathol.*) et quelques-uns de ceux qui sont compris dans le mésentère, sont remarquables par leur augmentation de volume, leur coloration violacée ou

brunâtre, leur mollesse sans friabilité, enfin leur allongement extraordinaire. Les testicules sont un peu diminués de volume; au lieu de fuir sous la main

qui les presse, ils restent immobiles et adhérents à la tunique vaginale. Ils sont le siège d'une dureté anormale; ils ont perdu leur élasticité habituelle, et sous les doigts on sent des plaques indurées, de petites tumeurs et une sorte d'empatement qui paraît avoir pour siège la tunique albuginée. Le scrotum incisé, on constate: l'état d'intégrité parfaite des deux épидидymes; l'union intime et complète des deux feuillets de la tunique vaginale et l'épaississement de la tunique albuginée. De cette dernière membrane partent, dans le testicule droit, des cloisons blanchâtres très-apparentes qui pénètrent dans son épaisseur, et le divisent ainsi en plusieurs lobules; entre ces cloisons la substance sécrétante est d'une coloration jaunâtre due à l'infiltration graisseuse des épithéliums des canaux spermatiques. Le testicule

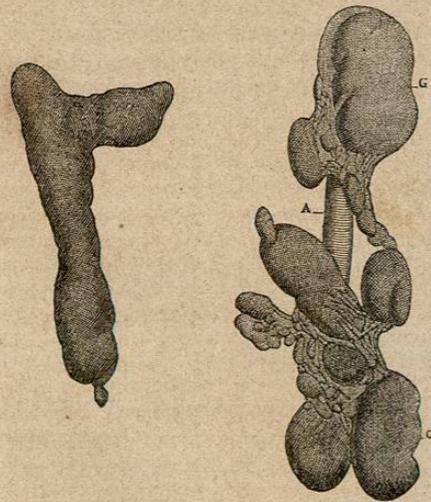


Fig. 8. — Adénite syphilitique profonde. $\frac{1}{2}$ vol. A, artère iliaque externe, G G, ganglions lymphat.

gauche offre des adhérences de la tunique vaginale à la tunique albuginée; les cloisons fibreuses sont peu apparentes, mais on y trouve plusieurs tumeurs

pisiformes dures et jaunâtres. Un tissu entièrement fibreux et vasculaire, analogue au tissu érectile, se rencontre au voisinage du bord épидидymaire. L'altération des tubes séminifères est très-avancée (atrophie et dégénération épithéliale). Un tissu fibreux ou fibroïde plus ou moins chargé de granulations compose à peu près exclusivement les nodules gommeux (Voy. pl. 1, fig. 9).

Palpitations, dyspnée excessive, cyanose des extrémités, asystolie et mort. Tumeurs gommeuses et transformation fibreuse des parois du ventricule droit. Gommages et cicatrices du foie; cicatrices de la rate et des reins.

Obs. XLI. — M^{me} F..., âgée de quarante-quatre ans, est une femme bien constituée, mais amaigrie; elle accuse de violentes palpitations, qui auraient débuté il y a six mois environ. A ces palpitations s'ajoutent de temps en temps des accès de suffocation, et tous ces accidents lui rendent le travail impossible. La peau est un peu jaunâtre, non œdématisée, l'abdomen est volumineux et légèrement douloureux; toux quinteuse, dyspnée parfois extrêmement pénible, quelques râles dans la poitrine; impulsion cardiaque énergique, appréciable à la vue, bruit de souffle assez léger au premier temps, battements sourds, matité étendue, pouls petit et fréquent. L'appétit se perd, la dyspnée s'accroît, les palpitations sont plus fortes, la gêne est plus grande; la malade, presque toujours appuyée sur sa table de nuit, demande de l'air à grands cris. Surviennent des vomissements muqueux et biliaires, le pouls devient presque insensible, les extrémités se refroidissent, elles sont violacées. La face est pâle; le pouls cesse d'être perceptible aux radiales. Les battements du cœur sont tumultueux, sourds, irréguliers, à peine distincts. La tête, inclinée à droite, repose toujours sur la table de nuit; les veines du cou, gorgées de sang, sont soulevées par les artères placées sur leur trajet. L'impulsion est manifeste à la région précordiale pendant la systole ventriculaire; les vomissements continuent; la dyspnée s'accroît, et la mort arrive, le 3 octobre au matin, dans une sorte de coma.

La digitale, l'acétate d'ammoniaque furent sans effet comme le chloroforme auquel on crut devoir recourir en dernier lieu.

Autopsie. — Les os du crâne sont le siège d'une hyperostose très-marquée; ils présentent une épaisseur double de l'épaisseur normale. L'encéphale ne paraît pas altéré. Les poumons sont le siège d'œdème et de congestion passive, mais sans autre altération appréciable.

Le cœur est recouvert d'une légère couche de graisse partout d'égale épaisseur; il est augmenté de volume. Le ventricule droit et l'artère pulmonaire sont distendus par un sang noir coagulé. Après une incision longitudinale suivant la direction de l'infundibulum, les parois ventriculaires, au lieu de s'affaisser, restent béantes; elles sont fermes, indurées, surtout au niveau de la cloison, où leur épaisseur est considérable (3 centimètres, tandis qu'elles n'en ont que 2 dans le reste de leur étendue). Ces parois ont une apparence fibreuse. La pointe du ventricule est normale; c'est un peu au-dessus que commence l'altération, qui de là s'étend sur tout l'infundibulum. La face interne de toute cette portion du cœur droit présente un grand nombre de petites saillies lenticulaires, de coloration blanche ou jaunâtre, assez semblables à des pustules de variole. Situées sous l'endocarde, ces petites tumeurs offrent des bords légèrement sinueux; elles sont séparées par des espaces d'un brun grisâtre; d'une fermeté assez considérable, elles résistent sous le couteau, comme une grande partie de la paroi du cœur droit. La coloration rouge du tissu musculaire a fait place à une teinte grisâtre; les fibres contractiles, atrophiées ou détruites, sont remplacées par des fibres de tissu conjonctif, une matière amorphe plus ou moins granuleuse, des cellules et des noyaux ronds en petite quantité. La cavité ventriculaire est augmentée de capacité; l'orifice auriculo-ventriculaire et la valvule tricuspide ne sont pas altérés.

L'oreillette est dilatée, mais ses parois sont intactes. L'orifice de l'artère pulmonaire est sain ainsi que le vaisseau tout entier. Légère dilatation de la cavité ven-

triculaire gauche et épaissement de la paroi cardiaque de ce côté; coloration jaunâtre de cette paroi, qui est intacte dans la plus grande partie de son étendue. Les orifices et les valvules sont sains. A part quelques caillots fibreux, mous et récemment formés, qui se rencontrent dans le cœur droit, le sang contenu dans les cavités cardiaques est noir et fluide. Concrétions sanguines légèrement adhérentes à la partie supérieure des veines fémorales; concrétions analogues, mais libres et flottantes, dans l'artère pulmonaire.

Le foie est augmenté de volume, d'une coloration brunâtre, d'une consistance plus ferme qu'à l'état normal; sa face antérieure ou convexe a perdu son aspect lisse, elle est labourée de sillons foncés sur leurs bords et semblables à des cicatrices. Ces sillons, au fond desquels existent de petites tumeurs grisâtres ou blanchâtres, sont situés tout près des bords supérieur et inférieur, ils abondent surtout au voisinage du ligament suspenseur, et là ils sont plus profonds. En sectionnant le foie, on reconnaît à la partie supérieure du lobe droit, à 2 ou 3 centimètres de la surface, la présence d'une petite tumeur blanchâtre dure et résistante à la pression; un tissu grisâtre légèrement rosé et fibreux occupe la circonférence de cette tumeur. La substance hépatique du voisinage est comme rétractée et d'une coloration brunâtre plus foncée. Des fibres de tissu conjonctif, une matière amorphe et granuleuse, des noyaux et des cellules embryoplastiques, tels sont les éléments constitutifs de la tumeur.

La rate, volumineuse, présente de 18 à 20 centimètres dans son diamètre vertical, elle offre à sa surface des dépressions analogues à celles du foie et d'où partent des traînées fibreuses qui pénètrent dans l'épaisseur du parenchyme. La surface des reins est parsemée de sillons et de dépressions sous forme de cicatrices, la substance rénale paraît intacte. L'utérus est sain, les ovaires sont petits, ridés, atrophiés. Ces organes ont contracté des adhérences avec les parties voisines.

§ 2. — Artérite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — J. M. LANCISI, *De aneurismatibus opus posthumum*, p. 52; dans *Scriptorum latinorum de aneurismatibus collectio*. — PETSCH, *Dissertatio de exostosi cran.*, § 8, Ubinam aortæ aneurisma. Cité par Morgagni, Lett. LVIII, p. 427. — MORGAGNI, *De sedibus et causis morbor.*, Lett. LVIII. — DITTRICH, dans *Prager Viertelj.*, 1849, t. I, p. 21-41. — GILDEMEESTER et HOYACK, *Nederl. Weekbl.*, 1854, janvier, n° 23. — STEENBERG, *Den syphilit. Hjernelidelse*. Kjöb. 1860, et *Canstatt's Jahrb.*, Bd. IV, 1861, p. 328. — WILKS, *On the syphilitic affections of the internal organs*, *Guy's hospital Reports*, 1863. — C.-O. WEBER, *Sitz-Ber. d. Niederrhein. Ges. f. Natur-und Heilkunde*, XX, N. F. X, p. 171, 1864. — H. MÜLLER, *Ueber die Syphilis der Circulationsorgane*, inaug. Diss. Berlin, 1868. — MOXON, *The Lancet*, II, 13 sept. 1869, et *Journ. of medical Science*, July 1871. — RUSSELL, *British medical Journal*, July 23, 1870. — HEUBNER, *Archiv der Heilkunde*, p. 272, 1870.

Les auteurs des derniers siècles ne nous ont laissé sur les affections syphilitiques du système artérioso-veineux que des données fort incomplètes, et jusqu'ici les faits certains de modifications artérielles pouvant être rattachées à la syphilis sont peu nombreux. Lancisi (1) rapporte deux cas d'anévrysme, l'un de l'artère sous-clavière gauche, l'autre de la sous-clavière droite, tous les deux produits par la cachexie vénérienne consécutivement à l'altération des parties voisines des vaisseaux malades.

Un marchand de poisson, de mœurs dissolues, fidèle au culte de Bacchus, de Diane, de Neptune et de Vénus, n'oppose aux blessures qu'il reçoit de cette

(1) Marc-Aurèle Séverin a vu des faits semblables. *De Abscessum recondita natura*, p. 206. Lugduni Batavorum, 1724.

dernière que la vigueur insuffisante de sa robuste constitution. A la suite de nombreux chagrins, il est pris de douleurs de la clavicule gauche, bientôt suivies de la tuméfaction de cet os; enfin, des pulsations artérielles s'établissent au-dessous de la tumeur et sont accompagnées de souffrance dans l'épaule et dans le cou. Les purgations et les saignées, loin d'améliorer cet état, l'exaspèrent. Non-seulement l'artère est comprimée par le gonflement des parties qui l'entourent, mais ces parties elles-mêmes sont corrodées par la suppuration. Un traitement par les mercuriaux et les sudorifiques triomphe d'une manière inespérée. L'artère dilatée n'y perd que sa primitive élasticité. Au bout de cinq années, il n'était pas survenu de récurrence. La seconde observation est peu différente et non moins surprenante.

« On reconnaît, dit Lancisi, qu'un anévrysme est de nature syphilitique, non-seulement parce qu'un coït impur a précédé son développement, ou parce que des accidents syphilitiques évidents se sont montrés sur une autre partie du corps, mais encore et surtout d'après les phénomènes qui se sont passés dans le point où siège la dilatation artérielle. En effet, les pulsations de l'artère ne se montrent pas d'emblée. Des douleurs, le plus souvent nocturnes, se déclarent dans quelque ligament ou dans quelque os, bientôt suivies d'une tumeur qui a commencé par comprimer l'artère, et qui ensuite, par la suppuration virulente à laquelle elle a donné lieu, a attaqué les tuniques du vaisseau artériel et, occasionnant leur amincissement et leur dilatation, y a fait naître des pulsations anévrysmales. »

Plancus, cité par Morgagni (1), remarque que des ulcérations et des excroissances comme pustuleuses des artères surviennent souvent chez les sujets qui ont été affectés de maladie vénérienne :

« Arteriam magnam veluti ulcerosam et corrosam, variisque pustulis scamentem sæpe observavi in cadaveribus eorum præsertim qui syphilide laborarunt, et ad aneurysma aortæ, vel ad pectoris hydropem sunt dispositi. »

Les successeurs de Morgagni, ceux-là même qui se sont le plus occupés de l'étude des maladies vénériennes, ont entièrement négligé de parler des lésions syphilitiques des vaisseaux, et si quelques auteurs ont pu regarder la syphilis comme une cause efficiente ou déterminante des altérations du système circulatoire, ils n'ont apporté aucun fait certain à l'appui de leur opinion. Cependant, quand nous voyons, dans plusieurs observations de syphilis viscérale, les artères cérébrales et carotides altérées ou oblitérées par le fait d'un travail tout local, il nous est difficile de ne pas reconnaître l'action de la syphilis sur ces vaisseaux.

Dittrich, Gildemeester et Hoyack, Virchow (2), Meyer (3), ont rapporté des cas d'oblitération des carotides cérébrales chez des individus atteints de syphilis viscérale. Un homme de trente-quatre ans avait des vertiges, de la

(1) *Epistola de monstris citata in Morgagni Epist. anat. medica.*, xxvii, art. 30. — Morgagni lui-même n'hésite pas à rattacher à la syphilis certaines altérations de l'aorte et en particulier quelques tumeurs anévrysmales de ce vaisseau. Mais lorsqu'on vient à examiner les faits invoqués par cet auteur, on trouve qu'ils ne sont pas suffisamment concluants pour faire admettre cette relation étiologique.

(2) *Syphilis constitutionnelle*, tr. fr., 1859.

(3) Voy. Schmidt's Jahrbücher, t. CXIV, p. 342, 1862.

céphalalgie et des accès épileptiformes ; les mouvements étaient faibles à gauche, la vue moins distincte, la parole difficile ; il survint du coma et la mort. La dure-mère épaissie adhérait, à l'aide d'un tissu fibroïde, à la substance cérébrale, qui était ramollie au point de l'adhérence et contenait plusieurs tumeurs d'un blanc opaque et du volume d'une noisette. A la partie antérieure du corps strié existait un kyste ayant le même volume. Le reste du cerveau était sain, mais l'artère carotide droite et ses branches étaient oblitérées par des cordons fibreux adhérents à la paroi vasculaire. Le foie, parsemé de cicatrices, contenait plusieurs petites tumeurs noueuses (*knotty tumours*) (1). Semblable altération se retrouve dans notre observation XLIX et dans le fait suivant que nous avons eu occasion d'observer en 1863, avec notre ami le docteur Hemey.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, depuis cinq mois en traitement d'une éruption syphilitique qu'il ne pouvait guérir, succomba rapidement après avoir présenté des phénomènes d'encéphalite. A l'autopsie nous constatâmes, en même temps que des tumeurs de petit volume, l'existence d'une encéphalite partielle et une oblitération presque complète des deux artères carotides internes à leur terminaison. Les parois artérielles lésées étaient le siège d'un néoplasme qui les rendait plus épaissies et rétrécissait notablement leur calibre. Il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une lésion athéromateuse, mais d'un produit circonscrit et constitué par des cellules et des noyaux arrondis.

Steenberg et Wilks ont rapporté des faits analogues. Le dernier a vu chez une femme syphilitique âgée de trente-huit ans un dépôt de nouvelle formation situé dans l'épaisseur des parois des artères carotides et vertébrales. On doit au docteur Weber une observation qui trouve sa place à côté des précédentes, car elle n'en diffère que par le siège de l'altération, qui est l'artère pulmonaire. Il s'agit d'une tumeur (gomme) du volume d'un haricot, qui, développée dans l'épaisseur de la tunique moyenne, faisait saillie à l'intérieur du vaisseau ; il existait en même temps des noyaux gommeux sur le crâne et dans le foie. Chez une jeune fille syphilitique atteinte de néphrite interstitielle, Virchow a trouvé l'aorte garnie de plaques sclérotiques et athéromateuses. Plus récemment, Moxon et Heubner ont observé des désordres du même genre dans les artères carotides et cérébrales.

Tous ces faits conduisent à admettre l'existence d'une artérite syphilitique, altération qui a pour siège plus spécial les artères carotides et cérébrales, mais qui peut affecter aussi l'aorte et l'artère pulmonaire. Une ou plusieurs artères, quelquefois deux artères symétriques, ont leurs parois épaissies dans un point limité, car ces lésions, comme toutes celles qui font partie de la période tertiaire de la syphilis, ont pour caractère principal d'être peu étendues ou circonscrites. Cet épaississement, qui paraît débiter en général par la tunique externe, mais qui peut envahir les tuniques moyenne et interne, a pour effet habituel de rétrécir le calibre du vaisseau et d'en produire l'obstruction par la formation d'un caillot fibrineux. A cette obstruction, lorsque le vaisseau malade est un peu important, succèdent l'altération d'une portion plus ou moins étendue de l'organe correspondant et des désordres variés.

(1) Bristowe, *Transactions of pathol. Society of London*, t. X, p. 24.

Un autre mode de terminaison de la syphilis artérielle, est la formation d'un anévrysme, et sous ce rapport on peut se demander si les tumeurs vasculaires dont parle Lancisi ne reconnaissent pas cette origine. Wilks a vu un cas d'anévrysme de l'aorte auquel il n'hésite pas à donner une origine syphilitique, et Richet semble tout disposé à admettre cette même origine à propos d'un fait que nous avons communiqué à la Société de chirurgie en septembre 1863. Un anévrysme de la sous-clavière, dont j'ai pu suivre le traitement, fut amélioré sous l'influence de l'iodure de potassium, et un anévrysme du tronc basilaire, présenté à la Société anatomique par Blachez reconnaît, selon toute vraisemblance, une origine syphilitique. Un officier d'artillerie, âgé de quarante-deux ans, atteint de syphilis tertiaire, est emporté par une hémorragie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire. Ce vaisseau est renflé à sa partie moyenne et terminale, de manière à présenter le volume d'une grosse plume d'oie. Ses parois sont épaissies et comme infiltrées d'une matière granuleuse, blanchâtre et d'aspect fibreux. Vers sa partie latérale droite il existe une petite ouverture à bords irréguliers de 2 ou 3 millimètres de diamètre. Une large cicatrice se rencontre à la surface du foie (1). Je rappellerai encore un cas d'anévrysme du même vaisseau rapporté par Russell, et je pense qu'en présence de tous ces faits l'existence de la syphilis artérielle ne restera pas douteuse.

Les symptômes qui se rattachent à ces diverses manifestations sont peu caractéristiques. Cependant le siège assez spécial de ces lésions donne lieu à des phénomènes particuliers, en rapport avec les fonctions de l'organe ou de la portion d'organe correspondant au vaisseau lésé. C'est ainsi qu'on observe le plus souvent, lorsqu'il y a oblitération d'une artère cérébrale, des troubles encéphaliques et surtout des hémiplegies du genre de celles que produit le ramollissement cérébral. Pour arriver à reconnaître ces hémiplegies, il importe d'être renseigné sur les antécédents spécifiques du malade ; mais, il faut de plus l'absence des signes révélateurs d'une affection qui aurait pu être la source d'une embolie. Les symptômes qui se rattachent aux lésions anévrysmales varient nécessairement avec le siège du vaisseau lésé, sa capacité, sa fragilité, etc. Quant aux lésions aortiques, elles produisent aussi des symptômes fort différents. L'altération de l'artère pulmonaire (obs. Weber) s'est traduite par de la dyspnée et une apoplexie pulmonaire.

Le pronostic en pareil cas est évidemment subordonné au siège de l'altération et à l'importance fonctionnelle de l'organe secondairement affecté.

Aucun fait ne donne jusqu'ici la démonstration certaine d'une lésion quelconque des veines qui soit tributaire de la syphilis acquise ; et si, dans une période avancée de la vérole, ces vaisseaux deviennent le siège de concrétions fibrineuses (thrombose), il faut y voir bien plutôt un effet des désordres cachectiques engendrés par la syphilis que la syphilis elle-même.

Il est permis de croire, cependant, que les veines n'échappent pas complètement à l'action modificatrice du virus syphilitique ; mais ces modifications sont encore à chercher pour la syphilis acquise.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, p. 33. — *Ibid.*, Lancereaux, *Note relative à la valeur des cicatrices du foie dans le diagnostic anatomique de la syphilis viscérale*.

Quant aux capillaires, tout ce que l'on en peut dire, c'est qu'ils ne manifestent aucune altération spéciale qui paraisse devoir se rattacher à la syphilis. Rappelons que c'est leur tunique externe ou adventice qui est le point de départ habituel des productions gommeuses; ajoutons aussi que la dégénérescence graisseuse de ces vaisseaux est un phénomène très-fréquent dans la dernière période de la syphilis (cachexie syphilitique).

ARTICLE VII. — APPAREIL DE LA RESPIRATION.

La différence de texture et de fonctions des organes qui entrent dans la composition de cet appareil nous engage à étudier séparément les affections du larynx, de la trachée, des bronches et du parenchyme pulmonaire.

§. 1. — Laryngite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — MORGAGNI, *Epist.* 42, n° 39 et 48; *Epist.* 44, n° 15, trad. de DESTOUET. — ALTENHOFER, *Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunde*, Bd. 1, Hft. 1. — THOMANN, *Ann. institut. med. clin.*, Wirceburg, vol. I. — C. HAWKINS, *The London med. and physic. Journ.*, 1823, et *Arch. gén. de méd.*, sér. I, t. IV, p. 439 et 596. — TROUSSEAU et BELLOC, *Traité pratique de la phthisie laryngée œdémateuse*, Paris, 1837. — BARTH, dans *Bulletin de la Société anatomique*, t. XV, 1849, p. 470, 482. — SESTIER, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, 1852, 88. — NÉLATON, dans *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 50. — MICHAELIS, *Wochenblatt der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1855, n° 37. — RULOGEZ, dans *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 412. — JONES, *British medical Journal*, 1859. — GUNTHER, *Prager Vierteljahrschrift*, 1857. — PITHA, *Ibid.*, 1859. — VIRCHOW, *Archiv für pathol. und physiol. Anat.*, XV. — LABBÉ, *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1857, p. 210. — HUGUIER, *Société de chirurgie et Gazette des hôpitaux*, juin et juillet 1856. — HANSEN, *Hospit. Tidende*, 1859, n° 1, et *SCHMIDT'S JAHRB.*, Bd. 105, p. 311. — VAN BUREN, *Maladies syphilitiques du larynx*, New-York Medical Times, 7 juillet 1860. — CZERMACK, *Der Kehlkopfspiegel*, etc. (*Le laryngoscope et ses applications à la physiologie et à la médecine*), Leipzig, 1860, et *Archives générales de médecine*, t. I, p. 207, 1860. — MELCH. ROBERT, *Nouveau traité des maladies vénériennes*, Paris, 1861, p. 554 et suiv. — RUHLE, *Die Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1861, et *Archives de médecine*, 255, t. I, 1861. — GIBB, *The Lancet*, janv. 5, 1861. Une observation dans laquelle un cartilage nécrosé a été rendu par expectoration. — GILEWSKI, *Wien. med. Wochenschrift*, n° 48, 1861. — GERHARDT et ROTH, *Archiv für pathol. Anat.*, 2^e série, t. I, 1^{re} livraison. — TURCK, *Observat. sur les ulcères syphilit. des parois de la cavité pharyngo-nasale*. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 1861, n° 48. — TURCK, *Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx*, Paris, 1862, p. 18. — LE MÊME, *Die syphilit. Erkrankung des Kehlkopfs*. *Allgem. Wien. med. Zeitung*, VIII, 43, 1864. — BRIDDON, *Affections syphilitiques du larynx*. *Americ. med. Times*, décemb, 1862, p. 327. — OTTO JENISTIUS, *De laryngitide syphilit. Dissertat. inaug.*, Greifswald, 1862. — E. HAMILTON, *Laryngite syphilitique*. *Dublin Journal*, XXIII. — G. LEWIN, *Ueber Krankh. einzelner Theile des Kehlkopfs*, etc. *Virchow's Archiv*, XXIII, p. 587, 1862. — DAVIES, *Med. Times and Gaz.*, 241, mai 1862. — DANCE, *Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis*. Paris, 1864. — V. MARY, *Rétrécissement des voies aériennes*. Thèse de Paris, 1865. — W. GROSS, *Amer. Journ. N. S.* CXVII, p. 133, 1867. — C. GERHARDT, *Ueber syphil. Erkrank. der Luftröhre*, *Deutsche Archiv für klin. Med.* II, p. 539, 1867, et III, p. 292. — KOHN, *Chron. syphil. infiltr. der Schleimhaut d. Anfänge d. Luft- und Verdauungsorgane*. *Wien. med. Presse*, VII, 24, 27, 30, 34. — SCHNITZLER, *Ibid.*, VIII, 5, 1867. — NAGEL,

Ibid., VIII, 6, 1867. — J. SCHOLZ, *Wien. med. Wochenschr.*, XV, 37, 1865. — SRÖCK, *Ibid.*, XVII, 48, 1867. — DUFOUR, *Un. méd.*, 798, 1868. — U. TRÉLAT, *Sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires*. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 décemb. 1868. — Th. BRYANT, *Transact. of the clin. Soc. of London*, I, 127, 1868. — A. DESPRÉS, *Gaz. des hôpitaux*, p. 262, 1869. — H. L. WILLIAMS, *St. Bartholom. Hosp. Rep.*, V, p. 124, 1869. — ERNST OEDMANSON, *Nord. med. Ark.* I, p. 58, 1869. — EIBENSTEINER, *Ueber syph. Erkrank. d. Kehlkopfes und d. Luftröhre*, *Sitz.-Ber. d. Vereins d. Aerzte in STEIERMARK*, VI Jahrg., p. 49, 1869. — E. ALLING, *Un. méd.*, n° 97, p. 248, 1869. — T. G. WOLLASTON, *Liverpool med. and surg. Rep.* III, p. 20, 1869. — G. H. SOMMER, *Ueber die Tracheotomie bei syphilit. Laryngstenose*, inaug. Diss. Leipzig, 1870. — W. BERGER, *Schmidt's Jahresb.*, t. CXXXVII, p. 37, 1870. — J. SOMMERBRODT, *Die ulcerose proc. d. Kehlkopfschleimh. in Folge von Syphilis*, inaug. Diss., Breslau, 1870. — ERICHSEN, *Med. Times and Gaz.*, April 8, p. 394, 1871. — W. STOKES, *Brit. med. Journ.*, April 1, 1871. — P. FERRAS, *De la laryngite syphilitique*. Thèse de Paris, 1872.

Les lésions syphilitiques du larynx survenant dans le cours de la période d'éruption générale ont la membrane muqueuse pour siège exclusif, et, comme nous le savons, elles s'étendent en surface plutôt qu'en profondeur. C'est le contraire qui arrive dans les affections de la période tertiaire; les modifications anatomiques que l'on y observe sont profondes et circonscrites. Aussi, tandis que les désordres fonctionnels étaient tout à l'heure légers et transitoires, on est frappé du degré de gravité que ces mêmes désordres acquièrent dans cette dernière phase de la syphilis, et de leur persistance parfois indéfinie.

Étude anatomique. — Les laryngopathies syphilitiques ne diffèrent pas, quant à leur nature, des manifestations déjà connues; mais elles varient avec le tissu au sein duquel elles se développent. Muqueuse et tissu conjonctif sous-muqueux, cartilages et fibro-cartilages, muscles, vaisseaux et nerfs, telles sont les diverses parties constituantes du larynx qui, chacune en particulier, peuvent être le siège du processus syphilitique.

Nous chercherons plus loin quelle peut être l'influence de la syphilis sur les nerfs du larynx. Nous savons que Bouisson (1) a signalé la présence de dépôts gommeux dans les muscles de cet organe. Maintenant étudions les altérations les plus communes de la syphilis laryngée tertiaire, celles du tissu sous-muqueux et des fibro-cartilages.

A une époque déjà avancée de l'évolution syphilitique, qui est la période de transition de quelques auteurs, mais qui nous paraît rentrer plutôt dans la période des productions gommeuses, la muqueuse du larynx devient quelquefois le siège d'une éruption jusqu'à un certain point comparable à la syphilide tuberculeuse. Cette éruption, plusieurs fois observée par Cusco qui lui a donné le nom de papulo-tuberculeuse, était caractérisée dans deux cas par la présence, à la surface des cordes vocales inférieures, de tubercules saillants, grisâtres, du volume d'un grain de chènevis ou de millet, par un gonflement simultané des cordes vocales supérieures, et une injection ancienne de la portion sus-glottique de la membrane muqueuse. C'est dans cette même période que Türck a constaté l'existence d'ulcérations plus ou moins nombreuses, ayant

(1) *Gaz. médic.*, 1846, p. 595.