

quelques jours dans le coma. L'autopsie, faite avec le soin le plus minutieux, ne montra aucune lésion.

1° *Troubles de l'intelligence.* — Les attaques épileptiformes, les troubles intellectuels symptomatiques de tumeurs syphilitiques du crâne, sont des faits assez bien connus et acceptés : mais il n'en est plus de même de l'existence des *épilepsies*, des *hémorrhagies* et des *congestions* directement produites par l'influence de la syphilis sur le tissu cérébral. Il suffit de lire les observations qu'on a publiées pour voir que souvent la syphilis a été admise sans raison sérieuse, ou qu'il s'agissait d'une coïncidence. Quant à ces malades qui se croient poursuivis, rongés par la diathèse, c'est là une manifestation de l'hypochondrie, une forme de délire ; mais ce phénomène, qu'on a appelé la *syphilophobie*, ne doit pas être considéré comme une *folie syphilitique*.

On a admis également des *mélancolies*, des *manies* et des *paralysies générales* de nature syphilitique : on a même publié des observations qui, pour quelques médecins, paraissent favorables à cette opinion, et Hildenbrandt a consacré au développement de cette manière de voir sa thèse inaugurale.

Nous comprenons qu'on fasse rentrer la syphilis avec la misère, les privations, les chagrins, dans l'étiologie banale de la folie et de la paralysie générale : mais jusqu'alors nous ne saurions considérer ces maladies, en tant qu'entités morbides distinctes, comme des symptômes directs de la syphilis. Ainsi donc, niant la folie comme accident spécifique et n'acceptant les troubles intellectuels que liés aux lésions de la sensibilité ou du mouvement et comme résultat d'une compression, par exemple, nous allons immédiatement passer à l'étude des troubles de la motilité et de la sensibilité, troubles qui peuvent se montrer isolés.

2° *Troubles de la sensibilité.* — Il est très-rare d'observer l'*anesthésie* sans qu'il y ait en même temps perte du mouvement. Nous n'en connaissons qu'un exemple publié par Pétrequin (1). Il y avait nécrose de la table externe du coronal, paralysie de la sensibilité des membres inférieurs et perte du goût. Le plus ordinairement l'anesthésie est liée à la perte du mouvement, comme cela s'observe dans les hémiplegies et les paraplégies.

Les observations d'*hémiplegie* et de *paraplégie* sont aujourd'hui assez nombreuses. Ladreit de Lacharrière en a trouvé quarante disséminées dans les différents recueils, et il a pu en observer lui-même onze nouveaux cas. Elles sont dues tantôt à une lésion de voisinage, tantôt à une altération nerveuse ; quelquefois il n'y a pas de lésion appréciable, et l'on dit alors qu'elles sont le résultat d'une altération dynamique. Souvent l'hémiplegie se manifeste brusquement : il n'en est pas de même de la paraplégie, qui débute ordinairement d'une façon insidieuse. Lagneau a cependant observé un cas de paraplégie survenue brusquement : ce fait est publié dans le travail de son fils (obs. 227, p. 511). L'hémiplegie peut

(1) *Gazette médicale*, 1836, p. 643.

exister indifféremment du côté droit et du côté gauche : le plus souvent le côté correspondant de la face est frappé de paralysie. Toutefois nous connaissons un exemple de paralysie alterne : il est dû à Foville et Siredey (1). La paralysie est souvent compliquée d'atrophie musculaire. Cette atrophie était surtout remarquable chez un malade observé par Rodet (de Lyon) (2).

L'*hyperesthésie* s'observe bien plus souvent sans être accompagnée de troubles de la motilité, et les faits de *névralgie syphilitique*, sans être très-fréquents, ne sont pas cependant rares. Ces douleurs violentes sont quelquefois le résultat d'une compression nerveuse, comme Worms, Vidal, Cruveilhier, en ont publié des exemples, dans des cas où il s'agissait de compression du trifacial. Piorry a observé une sciatique produite par une exostose. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et souvent il y a douleur vive sans qu'on puisse l'expliquer par une compression, sans même qu'il y ait lésion appréciable du nerf ; on a alors à traiter une véritable névralgie.

Ces névralgies affectent principalement le nerf trifacial : quelquefois une seule branche est douloureuse ; dans d'autres cas, c'est l'ensemble de ses rameaux qui est frappé. Trousseau (3) et Vaulpré (4) ont publié des exemples très-convaincants de cette névralgie. On a cité aussi quelques cas de névralgies affectant d'autres nerfs, le plexus cervical, le plexus brachial, le nerf médian, etc., mais beaucoup de ces faits sont sans valeur. Nous ne nions pas la possibilité de ces névralgies : on ne voit pas en effet pourquoi le virus syphilitique, pouvant rendre douloureuse la cinquième paire, n'aurait pas la même influence sur d'autres branches nerveuses : seulement la plupart des faits que l'on a cités sont trop peu concluants pour être acceptés. Nous faisons toutefois des réserves pour deux cas de gastralgies syphilitiques : l'un est tiré de l'ouvrage de Trousseau et Pidoux, l'autre a été observé par Andral (5). Nous reviendrons, en faisant le diagnostic, sur les caractères qui permettent de reconnaître une névralgie syphilitique : nous dirons seulement ici que ces *névralgies directes* se distinguent des douleurs dues à une compression nerveuse, en ce que dans la névralgie la douleur est, en général, le seul phénomène qu'on observe ; dans les *névralgies indirectes*, il est bien rare que la douleur ne soit pas précédée ou suivie, quelquefois même accompagnée de paralysie ou de convulsions.

3° *Troubles de la motilité.* — La motilité peut être exagérée ; elle peut, au contraire, être diminuée et même avoir disparu complètement. Examinons ces principales espèces de paralysies.

*Paralysie faciale.* — La paralysie faciale, dont je ne décrirai pas ici les symptômes bien connus, n'est pas rare ; j'en ai observé un cas dans lequel l'accident s'est manifesté en même temps qu'une poussée violente

(1) *Gazette hebdomadaire*, 11 mars 1859, p. 147.

(2) *Gazette médicale de Lyon*, 15 avril 1859, p. 195.

(3) *Traité de matière médicale*, t. I, p. 230.

(4) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLII, p. 75.

(5) *Clinique médicale*, t. IV, p. 122.

d'accidents secondaires. Ladreit de Lacharrière, dans la thèse que nous avons citée, en a signalé treize observations. Le début de cette paralysie est quelquefois brusque ; quelquefois la maladie se montre d'une façon lentement progressive. Elle est souvent précédée de douleurs très-vives, et ordinairement il n'y a pas d'anesthésie. Yvaren a publié un cas de paralysie syphilitique du nerf facial, avec hyperesthésie de la face du même côté. La coexistence de l'anesthésie avec la paralysie musculaire a fait diagnostiquer à certains médecins l'origine cérébrale de la paralysie : nous ne savons pas jusqu'à quel point cette opinion est fondée. On sait aussi que Duchenne (de Boulogne) donne une provenance cérébrale à la paralysie, lorsque les muscles paralysés conservent l'excitabilité électromagnétique. Le plus ordinairement la paralysie faciale n'occupe qu'un côté de la face. Davaine (1) a rapporté un cas de paralysie double, et ce fait est emprunté à Charles Bell.

Parmi les causes exceptionnelles de paralysie indirecte du nerf facial, nous citerons un fait de Potain, où la compression était due au développement morbide d'un ganglion de l'antitragus (2).

*Paralysie de la troisième paire.* — Cette paralysie débute quelquefois brusquement ; elle se montre alors pendant la période secondaire. Ailleurs, au contraire, son développement se fait avec lenteur ; c'est alors un accident tardif dû à une compression. Van Oord a publié dans sa thèse un exemple de compression du nerf moteur oculaire commun par une tumeur gommeuse s'étendant, d'une part, de la partie antérieure de la selle turcique au milieu de l'apophyse basilaire, et, d'autre part, occupant latéralement toute la largeur du corps du sphénoïde. D'autres observations ont été publiées par Rayer, et Schutzemberger, Ricord, Francès, Dupré, Constantin Paul ; on les trouvera entièrement rapportées dans le livre, si riche d'érudition, de Lagneau fils.

Cette paralysie existe rarement des deux côtés ; quelquefois même la paralysie est limitée à un seul rameau de la troisième paire. L'abaissement de la paupière est ordinairement le premier symptôme que l'on observe. Cette chute de la paupière supérieure est plus ou moins complète ; elle ne s'accompagne pas d'épiphora, à cause de la persistance d'action de l'orbiculaire. Il y a en outre strabisme externe, et l'œil a subi autour de l'axe antéro-postérieur un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans. En outre, la pupille est dilatée, et l'iris a perdu sa contractilité ; quelquefois la branche du releveur est seule paralysée. Certains malades accusent de la diplopie, surtout marquée pour les objets éloignés, et de la faiblesse de la vue par défaut d'accommodation de l'œil.

*Paralysie de la sixième paire.* — Des observations de paralysie du moteur oculaire externe ont été publiées par Badin d'Hurtebise, Rayer,

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV.  
(2) Salneuve, thèse de Paris, 1852, n° 240.

Sandras, Lucas-Championnière, Mackenzie, Foville, Moissenet, Landry, Beyran, Luton.

Le début est ordinairement précédé de douleurs vives vers les régions temporale, sus-orbitaire et frontale du même côté : dans l'observation de Luton (1), la douleur siégeait à la région mastoïdienne, du côté opposé à la paralysie. Cette paralysie est quelquefois double ; mais ordinairement un seul nerf est affecté. Elle est caractérisée par un strabisme interne ou convergent plus ou moins prononcé. Beyran (2) a observé le rétrécissement de la pupille avec la persistance de sa contractilité, et Luton explique ce fait par une anomalie signalée par Grant : dans cette anomalie la racine motrice du ganglion ophthalmique était fournie par le moteur oculaire externe. Comme la paralysie du moteur oculaire commun, la paralysie de la sixième paire s'accompagne de diplopie et de quelques troubles de la vision. La diplopie existe lorsque le malade regarde fixement un objet avec les deux yeux.

*Paralysie de la quatrième paire.* — Cette paralysie est simplement caractérisée par de la diplopie et par l'abaissement de la cornée du côté paralysé. La diplopie a cela de particulier, que les deux images sont placées l'une au-dessus de l'autre : on peut faire disparaître la double image en inclinant la tête à gauche, si c'est le grand oblique droit qui est paralysé ; à droite, si c'est l'oblique gauche. Cette paralysie est assez difficile à reconnaître. Est-ce pour cela qu'elle a été peu observée ? Deux exemples seulement en ont été publiés par Græfe (3).

*4° Troubles de sensibilité spéciale. — Amauroses.* — L'amaurose syphilitique, si l'on veut entendre par ce mot un obscurcissement de la vue sans lésions apparentes à l'extérieur, n'est pas rare ; c'est au contraire un symptôme de vérole assez fréquemment observé. Pendant longtemps on a admis que cette cécité était due à un simple trouble dynamique ; mais aujourd'hui cette opinion ne saurait plus être acceptée sous cette forme absolue. Dans les nombreux examens que nous avons faits de prétendues *amauroses syphilitiques*, nous avons pu, avec l'ophthalmoscope, découvrir souvent une lésion des membranes profondes de l'œil. L'amaurose est quelquefois aussi le résultat d'une lésion cérébrale ou d'une tumeur, d'une gomme, par exemple, développée à la base du crâne et comprimant les nerfs optiques à leur origine. La compression peut avoir lieu au niveau de l'anneau ostéo-fibreux que traverse le nerf optique à son entrée dans l'orbite ; une tumeur syphilitique située dans cette cavité peut agir de la même façon. Dans ces diverses circonstances, les nerfs optiques sont plus ou moins altérés et leur papille est très-notablement atrophiée.

Quand la cécité n'est pas due à une lésion propre du cerveau et du nerf optique ou à leur compression, l'ophthalmoscope permet de découvrir une

(1) *Union médicale*, 20 septembre 1860.  
(2) *Mémoire sur la paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire externe* (*Union médicale*, juillet 1860).  
(3) *Archiv für Ophthalmologie*, t. 1, 2<sup>e</sup> partie, p. 313-318.

altération de la rétine (rétinite ou œdème sous-rétinien), ou plus souvent une lésion de la choroïde (choroïdite congestive ou exsudative); quelquefois un exsudat plastique situé entre la choroïde et la rétine; quelquefois encore des exsudats dans la capsule du cristallin.

Le pronostic de ces diverses variétés de troubles visuels est bien différent, suivant le siège anatomique de la lésion; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ces divers points.

*Paralysie de l'ouïe.* — La paralysie syphilitique de l'ouïe est ordinairement produite par une lésion de l'oreille ou par une affection pharyngée. Une exostose située à la base du crâne ou dans l'intérieur du rocher peut aussi comprimer le nerf auditif. Des plaques muqueuses, développées dans le conduit auditif externe, sont quelquefois cause de surdité; mais on conçoit que la surdité qui a cette origine n'offre pas la gravité des paralysies de l'ouïe, dues à une lésion de l'oreille interne, comme cela s'observait dans les faits cités par Itard (1) et Larrey (2). Lagneau et Ladreit de Lacharrière ont insisté sur les surdités dues à une altération pharyngée, à une occlusion de la trompe, cause qui n'est pas admise par Ménière.

Quant aux paralysies de l'ouïe sans lésions appréciables, elles sont possibles, mais rien ne les a encore démontrées. Comme Yvaren, nous en avons cherché des exemples authentiques, mais nous n'avons pas été plus heureux que lui. Un fait de ce genre cependant a été cité par Lanceaux; mais l'observation est trop peu concluante pour être acceptée.

*Paralysies de l'odorat.* — Elles sont en général dues à une lésion des os du nez, et se montrent toujours avec les accidents tertiaires de la syphilis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions anatomiques qui se rattachent aux manifestations nerveuses de la diathèse syphilitique sont de deux ordres: les unes siègent dans les organes voisins et n'agissent sur l'appareil nerveux qu'indirectement, par compression par exemple; les autres intéressent directement le cerveau ou les nerfs.

Le premier ordre de lésions nous arrêtera peu; car nous nous en sommes déjà occupé dans les paragraphes précédents: ce sont les diverses variétés de périostoses, de périostites, d'ostéites, d'exostoses. Les ostéites avec carie et nécrose ne sont pas rares sur le crâne; il suffira de signaler d'une manière générale leur fréquence, sans citer les observations où leurs effets, à physionomie très-variable, ont été indiqués. Tout le monde connaît les désordres formidables auxquels elles donnent lieu: les faits de Lieutaud (3), du voilier de Delpech (4), en sont des exemples bien connus. Pétrequin a cité également un cas de nécrose du frontal avec issue de cet os. Les tumeurs gommeuses agissent de la même façon; l'engorgement ganglionnaire est aussi quelquefois une cause de compression.

(1) *Traité des maladies de l'oreille*, 1821, t. I, p. 283.

(2) *Mémoires de chirurgie militaire*, t. II, p. 444.

(3) *Inst. anat. medic.*, 1767, t. II, lib. 3, p. 182.

(4) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. I, p. 421.

Nous arrivons aux altérations propres du système nerveux dont la fréquence et le nombre ont été beaucoup exagérés. On a parlé d'hémorragies, de congestions, d'anémies cérébrales de nature syphilitique; mais déjà nous avons dit que ces faits ne reposaient sur aucune observation anatomo-pathologique concluante. On a cité des faits de méningite qui ont plus de valeur (1). La méningite est quelquefois consécutive à l'ostéite, et l'inflammation, après être restée un certain temps fixée au tissu osseux, s'empare des méninges et même du cerveau. La méningite peut être aussi primitive; Leudet en a publié deux observations intéressantes (13 et 19) dans son mémoire. On a observé encore des ramollissements de nature syphilitique: Esmarch et Jessen (2), Rostan, en ont fait connaître des exemples. Les ramollissements avaient pour siège les lobes antérieurs du cerveau, le corps strié, la voûte à trois piliers. On a aussi parlé, mais d'une façon vague, d'un ramollissement général. Quelle est la cause de ces ramollissements? Sont-ils le résultat d'une inflammation spécifique, ou bien sont-ils dus à des arrêts de circulation, produits eux-mêmes par des exsudats plastiques? L'observation n'a pas encore permis de résoudre ces questions intéressantes.

Faurès a décrit (3), sous le nom de *végétations syphilitiques des centres nerveux*, un groupe de granulations, variant du volume d'une tête d'épingle assez forte à celui d'un grain de millet et siègeant sur la membrane du quatrième ventricule. Ce groupe avait la grosseur d'une framboise. Nous ne saurions accorder à ce fait la signification que lui donne l'auteur et que lui ont assignée tous ceux qui l'ont cité; nous ne trouvons dans ce corps granuleux rien de spécifique.

Le cerveau est encore le siège d'autres altérations. L'organe tout entier peut être infiltré d'une substance plastique, constituée en grande partie par de la matière amorphe. Cette exsudation spéciale, sur laquelle Robin et Virchow ont insisté, au lieu d'être disséminée dans tout l'organe, peut se montrer seulement dans certains points où elle affecte des formes déterminées. Elle se présente sous forme de plaques, et peut alors être observée dans divers points du cerveau ou des méninges, surtout dans les parties les plus vasculaires. Luys (4) a vu la protubérance envahie par ces dépôts: à la coupe, cet organe se présentait sous un aspect tacheté de points bleu-jaunâtre; la vascularisation y était très-vive; la substance bleu-jaunâtre, encore fluide, était infiltrée au milieu des fibres blanches des faisceaux, dissociées et rompues. Chez ce même sujet, Luys observa une petite tumeur au-devant du chiasma: cette tumeur, rouge à l'intérieur, était au centre d'une coloration jaune-mastic. Sous le microscope, on voyait, au milieu d'un blastème amorphe très-abondant: 1° des noyaux et des cellules fibro-plastiques en voie de développement et à tous les âges; 2° des fibres

(1) Read, *Dublin quarterly Journal*, 1852.

(2) *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, 1857.

(3) *Gazette médicale de Toulouse*, 1854, p. 265.

(4) Ladreit de Lacharrière, *loc. cit.*, p. 35.

de tissu fibro-plastique, fusiformes, entre-croisées, dernier terme du développement des éléments précédents; 3° une grande quantité de capillaires. La portion centrale présentait la série des mêmes éléments, mais ils étaient beaucoup plus avancés en âge.

Les exsudats peuvent donc se manifester quelquefois dans le cerveau sous forme de tumeurs d'un aspect jaunâtre, qui ont été longtemps prises pour du cancer. Ces productions paraissent se rattacher aux gommés, dont elles offrent la même structure. L'examen microscopique montre qu'il y a un groupement spécial des éléments normaux dans ces exsudats syphilitiques; mais il n'y a pas là plus qu'ailleurs des éléments spécifiques.

Telles sont les diverses altérations qui se rapportent à la syphilis nerveuse. Mais il arrive aussi souvent que l'on ne trouve aucune lésion; on dit alors qu'il y a eu névrose, mot qui cache toute notre ignorance sur ce point.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des manifestations nerveuses syphilitiques présente de sérieuses difficultés. Ces manifestations n'ont pas en effet de caractères particuliers qui prouvent leur spécificité. La coexistence de douleurs vives, localisées, avec exacerbation pendant la nuit, est un signe d'une grande valeur: ces douleurs précèdent quelquefois les paralysies syphilitiques. Mais le plus ordinairement le médecin ne sera guidé que par les antécédents du malade et les commémoratifs. Certaines paralysies sont presque toujours spécifiques; nous citerons comme exemples la paralysie du moteur oculaire commun avec la chute de la paupière supérieure. L'existence d'une hémiplegie chez un sujet jeune devra faire penser à la syphilis. Il faudra, dans ce cas, chercher avec soin les traces de cette maladie, interroger les ganglions, la peau, la gorge, l'iris, etc.

Quant au diagnostic de la lésion propre, on devra, pour l'établir, tenir compte de l'apparition plus ou moins secondaire des symptômes, de leur intermittence. Une hémiplegie sans lésion apparaît brusquement; si elle est symptomatique d'une lésion cérébrale, son début sera ordinairement lent et progressif. Ce diagnostic soulève enfin beaucoup de questions que nous ne pouvons aborder ici; c'est par l'examen attentif du malade bien plus que par des règles théoriques que l'on arrivera à porter un diagnostic vrai. On devra toutefois éviter un écueil, et parce qu'un malade a eu ou pu avoir la syphilis, il ne faut pas rendre cette affection responsable de tous les phénomènes morbides qui peuvent se développer chez lui.

Le pronostic, en général grave, varie suivant les diverses manifestations; nous ne pourrions rien dire sur ce point en général.

Dans le traitement, on devra tenir compte de l'âge de la manifestation, pour donner, ou le mercure, ou l'iodure de potassium. On aide le traitement spécifique tantôt par des révulsifs, tantôt par des laxatifs, quelquefois par des toniques, suivant les diverses indications. Mais quand la lésion syphilitique a entraîné des destructions de fibres nerveuses, il ne faut pas compter sur le retour des fonctions abolies.

## 14° Des lésions syphilitiques du foie.

HISTORIQUE. — Guidés par des idées théoriques et des doctrines humorales, quelques auteurs du XVI<sup>e</sup> siècle avaient donné une grande influence au foie dans l'évolution de la maladie syphilitique. Mais cette importance de l'organe hépatique était oubliée lorsque, dans ces derniers temps, des recherches ont été dirigées de nouveau de ce côté. Ricord avait bien observé dans le foie certaines altérations qu'il comparait à des gommés, et Rayer attribuait à certaines lésions de cet organe une origine spécifique; mais ces faits peu concluants n'avaient guère attiré l'attention, lorsque Dittrich, en 1849, fit paraître dans le journal de Prague un important travail sur l'affection syphilitique du foie; plus tard, en 1852 et 1853, Gubler lut à la Société de biologie deux mémoires, pleins de remarques intéressantes, sur cette question, qui a fourni depuis lors matière à des études historiques, à des thèses inaugurales et à quelques observations cliniques. Nous conseillons de consulter sur ce sujet les travaux suivants:

DITTRICH, *Der syphilitische Krankheitsprocess in der Leber* [De la maladie syphilitique du foie] (*Prager Vierteljahrsschrift*, 1 vol., 1849). — GUBLER, *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV). — IDEM, *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1853, t. V). — QUELET, *Essai sur la syphilis du foie* (thèse de Strasbourg, 1856). — LECONTOUR, *Des affections syphilitiques du foie* (thèse de Paris, 1858). — VIRCHOW, *De la syphilis constitutionnelle*, 1860. — LEUDET, *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis* (*Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1131).

Plusieurs observations ont encore été publiées isolément dans différents recueils, et nous y renvoyons. Ce sont deux observations de Luton (*Moniteur des hôpitaux*, 1856, n° 106; *ibid.*, 1857, nos 66 et 68); une observation de Foville (*Gazette hebdomadaire*, 1858, n° 24); une lettre de Day (*Gazette médicale*, 1852, p. 313); enfin deux observations de Willis (*The Lancet*, janvier 1857; *ibid.*, 12 juin 1858).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Chez les enfants affectés de syphilis congénitale, Gubler a observé que le foie était plus volumineux qu'à l'état normal, turgide, globuleux, élastique. La coloration était modifiée, quelquefois dans toute son étendue, plus ordinairement dans certains points seulement: cette modification consistait en une coloration jaune particulière que l'auteur compare à la coloration de certaines pierres à fusil. Dans d'autres cas le foie était parsemé de petites taches du volume de grains de semoule. Outre l'élasticité que nous avons indiquée, le foie présente une grande résistance au doigt, sa coupe a un aspect homogène et net; des lames minces de son tissu sont demi-transparentes, et l'on y observe encore des stries grises vasculaires et des grains opaques irrégulièrement disséminés.

Ces altérations sont plus prononcées dans certains points que sur d'autres, et souvent une partie notable du foie conserve ses caractères normaux. Gubler nous a montré un cas où ces altérations n'étaient pas générales, et, pour étudier l'état des vaisseaux au niveau des points altérés, nous avons injecté ensemble la branche primordiale droite de la veine porte hépatique, en y faisant pénétrer, par une pression soutenue, de l'essence de térébenthine colorée par du bleu de Prusse. En quelques instants la matière remplit non-seulement toutes les ramifications de la veine porte, mais aussi le réseau capillaire, si riche, de la portion saine, qui devint entièrement bleue sans extravasation. Cette matière revint facilement par les veines sus-hépatiques. L'injection n'agit pas de même à l'égard des parties jaunes indurées : ces parties ne se laissèrent pas pénétrer, ou du moins en si petite quantité, qu'on n'y découvrirait que de rares arborisations bleues, très-grêles, qui n'arrivèrent pas même jusqu'à la périphérie de l'organe. Une seconde injection, composée de suif coloré par du cinabre, et rendu plus fluide à l'aide d'une certaine proportion d'essence de térébenthine, fut poussée par les veines sus-hépatiques et eut le même résultat. Dans cette altération, les réseaux capillaires sont donc oblitérés, et le calibre des vaisseaux d'un ordre plus élevé est lui-même beaucoup rétréci. Gubler note encore que le péritoine qui recouvre les portions altérées est tapissé par places de pellicules albumino-fibreuses très-minces et faciles à enlever, au-dessous desquelles la surface est dépolie.

Les lésions de la syphilis hépatique peuvent chez l'adulte occuper, comme chez l'enfant, soit l'enveloppe séreuse, soit l'organe lui-même ; et dans cet organe la lésion peut attaquer, et le stroma cellulo-fibreux, et le parenchyme.

Virchow a considéré cette altération de l'enveloppe séreuse comme le résultat d'une périhépatite : cette périhépatite se présente, selon lui, sous la forme d'une éruption miliaire ressemblant à de petites verrues très-fines, quelquefois plus volumineuses. On observe ordinairement dans ces points l'épaississement dur, calleux, de la capsule fibreuse, et presque toujours des adhérences avec les organes voisins, surtout avec le diaphragme. Leudet a constaté aussi ces altérations de l'enveloppe du foie ; mais, pour lui, bien que fréquentes, elles ne sont pas constantes dans le cas de syphilis hépatique : il leur rapporte certains symptômes particuliers. Dittrich avait aussi parlé de ces lésions. Quant à l'hépatite, elle peut être, comme le dit Virchow, simple, interstitielle, ou bien gommeuse. Dans tous les cas, le volume de la glande est diminué, la surface est inégale ; mais, selon la remarque de Leudet, cette inégalité n'est pas due, comme dans la cirrhose ordinaire, au développement de petites granulations multiples ; au contraire, la surface du foie est sillonnée dans une plus ou moins grande étendue, de préférence au voisinage du ligament suspenseur, de nombreuses anfractuosités, qui correspondent aux bandes de tissu cellulaire dense qui suivent le trajet des vaisseaux. A la coupe, ces

bandes très-résistantes offrent une nuance d'un blanc éclatant. Elles provoquent l'atrophie du parenchyme ; le plus souvent les vaisseaux et les canaux hépatiques sont modifiés : dans les premiers, on trouve des thrombus qui finissent par s'organiser ; les seconds sont oblitérés par des concrétions biliaires.

Telle est l'hépatite simple de Virchow. Quant aux tubercules jaunes gommeux de l'autre variété d'hépatite, Budd (1) le premier les a décrits sous le nom de *tumeurs noueuses (knotty) enkystées* ; Oppolzer et Bochdalek, à Prague, les ont pris pour des cancers guéris ; mais c'est Dittrich qui, se servant des mêmes préparations, a conclu à la nature syphilitique de ces tumeurs. Virchow en donne, d'après Budd, la description microscopique suivante : la partie centrale est formée par une substance dense, parsemée de granules graisseux ; on peut y distinguer quelques noyaux plus ou moins évidents, avec quelques cellules complètes, des globules granuleux et des filaments fibreux. Leudet n'a observé que deux fois cette hépatite gommeuse, tandis que l'hépatite interstitielle s'est présentée cinq fois à son observation.

SYMPTOMATOLOGIE. — Quelquefois les lésions hépatiques ne donnent lieu à aucun symptôme, et l'on trouve, à l'autopsie, une altération que rien n'avait pu faire prévoir. Cette syphilis hépatique, à l'état latent, a été signalée par Lebert et par Leudet ; mais, dans d'autres cas, on observe certains signes de la lésion. La percussion et la palpation ont permis de constater au début une augmentation de volume du foie ; les malades se sont plaints souvent d'une sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit, avec quelques troubles dyspeptiques ; l'ictère a été observé, et l'on a aussi signalé de l'ascite. Virchow a surtout noté l'ascite et l'ictère ; et Schrant (2) pense même que les malades succombent ordinairement à l'hydropisie. Des hémorrhagies se sont montrées également à la période ultime, et Leudet a constaté des ulcérations de la muqueuse toutes les fois qu'il a vu des hémorrhagies intestinales. Les petits malades observés par Gubler ont, comme nous le verrons plus loin, présenté des symptômes de péritonite sans ictère.

Les lésions et les symptômes que nous venons de décrire sous le nom de *syphilis hépatique* appartiennent en général à la période dite tertiaire de cette maladie. Cependant l'ictère s'est montré dans quelques cas comme un accident précoce, accompagnant et précédant quelquefois la roséole. Ricord a même attribué à l'ictère une certaine influence sur la manifestation exanthématique ; car, selon lui, la jaunisse aurait pu retarder l'apparition de la roséole ou au moins la masquer. Gubler, dans son second mémoire, a fait connaître le résultat des recherches qu'il a entreprises sur cette question. Son travail repose sur sept faits, et de leur examen il conclut que l'ictère peut se montrer comme accident précoce, en révélant une première tentative de la diathèse sur le foie ; il pense

(1) *On Diseases of the Liver*, 3<sup>e</sup> édit., 1857, p. 416.

(2) *Canstatt's Jahresb.*, 1851, vol. II, p. 34.