

Leclercq Paris 27 1880.

UN CAS DE SYPHILIS TERTIAIRE

2^e Série.
N^o 857.

OBSERVÉ

A LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG

(SERVICE DE M. SCHUTZENBERGER 1864-1865).

D

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

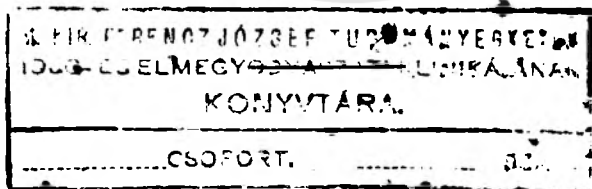
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE MARDI, 21 NOVEMBRE 1865, A 4 HEURES,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

JULES-HENRI MATHIAS,
DE FRETIN (NORD),

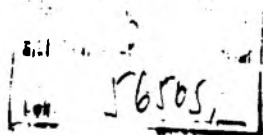
élève de l'école impériale du service de santé militaire.



STRASBOURG,

IMPRIMERIE DE F. C. HEITZ, RUE DE L'OUTRE 5.

1865.

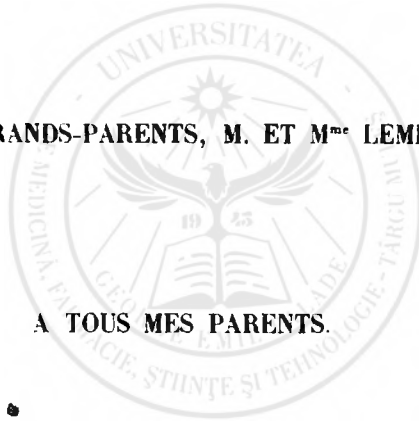


A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

A MES GRANDS-PARENTS, M. ET M^{me} LEMESRE.

A TOUS MES PARENTS.



J. MATHIAS.

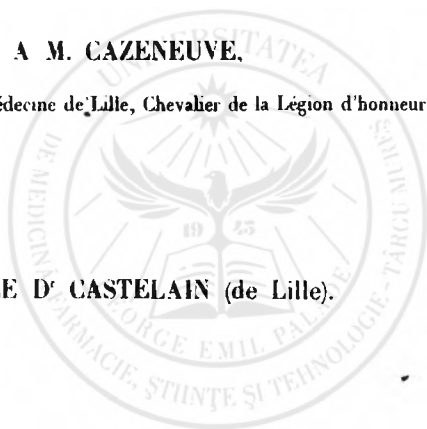
A M. LE PROFESSEUR SCHUTZENBERGER,

Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

A M. CAZENEUVE,

Directeur de l'école de médecine de Lille, Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

A M. LE D^r CASTELAIN (de Lille).



J. MATHIAS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

- MM. EHRMANN O*, Doyen . . Anatomie et anatomie pathologique.
FÉE O* Botanique et histoire naturelle médicale.
STOLTZ O* Accouchements et clinique d'accouchements.
CAILLIOT * Chimie médicale et toxicologie.
RAMEAUX * Physique médicale et hygiène.
G. TOURDES * Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
SÉDILLOT C * Clinique chirurgicale.
RIGAUD * Clinique chirurgicale.
SCHÜTZENBERGER * . . . Clinique médicale.
STOEBER * Pathologie et thérapeutique générales, et clinique
ophthalmologique.
KÜSS Physiologie. } Clinique des maladies syphi-
MICHEL Médecine opératoire. } litiques.
L. COZE Thérapeutique spéciale, matière médicale et phar-
macie (clinique des maladies chroniques).
HIRTZ * Clinique médicale.
WIEGER Pathologie médicale.
BACH Pathologie chirurgicale.

M. R. Coze O*, doyen honoraire.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

- | | | | |
|--------------|---------------|--------------------|----------------|
| MM. STROHL. | MM. KOEBERLÉ. | MM. AUBENAS. | MM. ARONSSOHN. |
| HELD. | MOREL. | ENGEL. | SARAZIN. |
| KIRSCHLEGER. | HECHT. | P. SCHÜTZENBERGER. | BEAUNIS. |
| DAGONET. | BOECKEL (E). | DUMONT. | MONOYER. |
| HERRGOTT. | | | |

AGRÉGÉS STAGIAIRES.

MM. N. . . . , N. . . . , N. . . . , N. . . . , N. . . .

M. DUBOIS, secrétaire agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. SCHÜTZENBERGER, président;
COZE;
HERRGOTT;
AUBENAS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

UN CAS DE SYPHILIS TERTIAIRE

OBSERVÉ

A LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG

(SERVICE DE M. SCHÜTZENBERGER 1864-1865).

Fas sit mihi visa referre.

Ovide. Epist.

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATION.

Le 19 février 1865, entre à la clinique médicale de l'hôpital civil de Strasbourg, dans le service de M. le professeur Schützenberger, le nommé W.... A...., journalier, natif de Schweinheim, actuellement domicilié à Strasbourg, lequel vient occuper le lit n° 8 de la salle n° 21.

Cet homme, âgé de 58 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution primitivement forte, se présente à la clinique dans un état voisin du marasme : amaigrissement et affaiblissement considérables, affaissement, perte complète d'appétit; son teint jaune terreux, porte l'empreinte d'une cachexie avancée; son facies exprime la souffrance, l'abattement.

Au premier coup d'œil on remarque une altération du nez : les os propres sont dans leur état normal, ne présentant ni déviation, ni épaissement; cependant vers leur extrémité inférieure ils semblent renflés. La portion cartilagineuse au contraire est déviée à droite et offre à la suture avec les os propres un renflement notable; immédiatement au-dessous de cette tuméfaction le nez est assez fortement déprimé. (Le malade attribue la lésion du nez à une chute qui remonterait à dix ans environ.)

Dès le début de l'interrogatoire, l'on est frappé de deux faits nouveaux : c'est d'abord une surdité double, surtout prononcée à droite, laquelle, au dire du malade, daterait de trois semaines (ni à droite ni à gauche, il n'entend le tictac de la montre appliquée sur l'oreille). En second lieu c'est une aphonie complète (la voix est complètement voilée, le malade se fait entendre difficilement). Cette aphonie, survenue subitement sans cause connue, il y a un an, l'aurait déterminé à entrer à l'hôpital à l'effet de suivre un traitement. Celui-ci, qui aurait duré onze jours, n'aurait amené aucun résultat.

Signalons encore un léger renversement de la tête en arrière, avec raideur de la nuque.

Interrogé sur ce qui l'amène à l'hôpital, cet homme dit souffrir, depuis trois semaines, de douleurs très-vives, localisées dans la région temporale, périauriculaire du côté droit, s'étendant vers l'occiput, avec élancements à la nuque.

Si, pour spécifier la nature de ces douleurs, nous passons à l'examen des parties, nous ne leur trouvons aucun caractère névralgiforme; la douleur est diffuse, la pression dans toute la région périphérique est douloureuse (hyperesthésie). On ne constate ni rougeur, ni gonflement, ni tumeur, ni déformation aux régions susdites.

Ces douleurs ne seraient-elles pas sous la dépendance de la diathèse syphilitique? un certain nombre de lésions (du nez, de la voix, de l'ouïe,) peuvent en effet se rapporter à cette cause commune; l'on dirige l'interrogatoire dans ce sens.

Le malade nie formellement l'existence antécédente de toute maladie vénérienne. L'on cherche les manifestations de cette cause spécifique et l'on trouve que :

1° La luette a disparu. Les piliers postérieurs du voile paraissent avoir contracté des adhérences avec la paroi postérieure du pharynx. Aucune cicatrice visible à l'œil nu.

Le larynx n'a pu être examiné, vu la faiblesse du malade).

2° Le tibia gauche est considérablement augmenté de volume ; son diamètre est presque le double de celui du même os à droite, surtout vers les régions moyenne et inférieure. Au palper on constate des élévures, des irrégularités sur la surface interne de l'os. En un mot, il paraît avoir existé là une inflammation chronique du périoste. (Le malade assure ne s'être jamais aperçu de cette déformation ; il ne se rappelle pas y avoir ressenti des douleurs.)

Il n'y a pas d'autre déformation osseuse dans les autres régions.

Disons en passant que nous n'avons découvert aucune cicatrice sur la verge. Les régions de l'aîne aussi paraissent n'avoir jamais été le siège de bubons, adénites suppurées. On y constate à peine quelques gros ganglions.

Le 20, jour où l'examen du malade a lieu, on institue un traitement antisiphilitique :

| | |
|--|-------|
| Iodure de potassium à la dose de | 0,50 |
| Biiodure de mercure — | 0,001 |
| De plus vésicatoire morphiné à la nuque. | |

Le 21, même état qu'hier. Le malade est affaîssé, la physionomie est étonnée ; il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. L'hyperesthésie est aussi forte qu'à son entrée ; les régions occipitale et pariétale sont surtout douloureuses.

On pense à un commencement de méningite. L'on continue le traitement à l'iodure de potassium et au biiodure de mercure.

Le 22, délire violent la nuit ; le malade s'est levé à plusieurs reprises. Ce matin affaîssement, réponses très-difficiles, incohérentes ; il ne comprend plus les questions qu'on lui adresse.

Râles trachéaux, respiration accélérée, courte ; renversement de la tête en arrière, raideur de la nuque. Les yeux ne présentent rien de particulier. Fuliginosités aux dents, aux lèvres.

On prescrit un vésicatoire à la région pariétale droite, un vésicatoire sur la poitrine, enfin une potion avec 0,05 d'extrait gommeux d'opium.

Le malade meurt à 1 heure de l'après-midi dans un état comateux.

Autopsie. — Celle-ci est faite 46 heures après la mort.

Tout le système cérébro-spinal est mis à découvert.

Crâne. — La calotte du crâne enlevée, rien de particulier ne s'offre aux yeux : un peu d'injection ; pas de tumeur osseuse ; la surface externe de la dure-mère est normale.

La dure-mère incisée, on reconnaît une nappe de sérosité purulente en contact avec la pie-mère, aussi bien à droite qu'à gauche. L'examen histologique démontre que le liquide séro-purulent formant nappe autour du cerveau est constitué par un sérum tenant en suspension des globules de pus bien formés et d'autres en voie de dégénérescence grasseuse ; de plus on y trouve une grande quantité de granulations grasses, qui paraissent provenir de la décomposition moléculaire des globules purulents gras dont il est question ci-dessus. Quant à l'origine du pus, elle ne peut être douteuse, car l'examen de la pie-mère montre une hypertrophie et une hyperplasie manifeste des cellules plasmiques enchassées dans son stroma. Sur quelques points on a pu suivre formellement la production du pus dans ces éléments plasmiques hypertrophiés et renfermant plusieurs noyaux mamelonnés, qui, les cellules rompues, constituaient bien évidemment les globules de pus.

A la réunion du tiers moyen avec le tiers postérieur de l'hémisphère droit, à 5 centimètres environ de la surface médiane, existent quelques granulations blanchâtres. L'examen histologique fait ressortir que ces granulations ne sont autre chose que des corpuscules de Pacchioni et nullement des tubercules.

La pie-mère n'est pas considérablement injectée. Le cerveau enlevé, on ne voit pas à la base d'exsudats de lymphé plastique.

A la partie postérieure du lobe droit du cervelet se trouve une dépression assez profonde dans laquelle on loge facilement la pulpe du pouce. Cette dépression est remplie de matière purulente, sale, gris-jaunâtre, semi-fluide.

Autour, le tissu du cervelet n'est pas ramolli, mais la pie-mère est injectée. Ici le microscope montre un liquide essentiellement composé d'un sérum tenant en suspension une masse de granulations graisso-albumineuses, paraissant provenir d'une nodosité, qui, par sa présence, aurait déterminé la lacune signalée à la base du cervelet. Ce qui le fait croire, c'est que l'enveloppe limitante de cette espèce de kyste se compose presque uniquement d'un tissu fibroïde de nouvelle formation se continuant directement avec la pie-mère. En effet, à la limite externe, la composition de l'enveloppe est en tout semblable à la pie-mère. A mesure que l'on marche vers le côté interne, on trouve une série de cellules plasmatiques de plus en plus déformées et de plus en plus voisines de la dégénérescence graisseuse franche. Pas de trace de pus sur aucun point.

L'abcès observé entre la dure-mère et le cervelet ne provient pas de l'os, car la dure-mère détachée laisse voir celui-ci parfaitement intact.

Le tissu cérébelleux examiné n'a pas révélé de ramollissement; mais, dans le tissu comprimé, on a trouvé comme une série de corpuscules de nouvelle formation (corpuscules amylicés). Cependant les vaisseaux ne présentaient nullement la dégénérescence amyloïde. Du reste on sait parfaitement qu'entre les corpuscules amylicés et la dégénérescence amyloïde il y a une différence très-marquée. Virchow a parfaitement démontré que la dégénérescence amyloïde n'est qu'une affection de la tunique moyenne des artères, tandis que les corpuscules amylicés répandus dans la substance cérébrale sembleraient marquer un processus nécrobiotique de la substance nerveuse. Dans le cas spécial, la présence de ces corpuscules aurait sa raison d'être dans la compression plus ou moins longue qu'aurait subie la substance cérébelleuse, par suite du développement de la gomme.

La matière puriforme paraît donc être le résultat du ramollissement d'une gomme syphilitique.

Poumons. — Ceux-ci ont l'apparence d'intégrité parfaite. Le poumon droit, hors de sa cavité, n'offre aucune altération et crépite partout. Le poumon gauche présente à son bord antérieur des lobules emphysémateux. La partie inférieure et postérieure gauche est recouverte sur toute la surface par un exsudat plastique jaune-verdâtre sous la forme de couche mince. Ce tissu de nouvelle formation est du tissu connectif jeune; en effet on y voit toutes les transitions depuis la cellule plasmatique hypertrophiée jusqu'à la fibre connective.

Enfin, vers le bord inférieur et postérieur du même poumon gauche, l'on perçoit un noyau d'induration de la grosseur d'une noix, recouvert par la plèvre épaissie. A l'incision, cette substance est dure, d'un jaune sale. Au centre se voit de la matière gris-jaunâtre ramollie. L'examen microscopique démontre que ce noyau si dense à la périphérie n'est que le résultat du tissu connectif du poumon. Au centre s'est produit le même travail de ramollissement que nous avons indiqué tout-à-l'heure pour la gomme cérébelleuse. En d'autres termes, le liquide qui occupe le centre du noyau n'est pas du pus, mais un sérum tenant en suspension des détritux graisseux des cellules plasmatiques qui n'ont pu arriver à leur complet développement comme à la périphérie.

Aucune trace d'abcès métastatique ou d'engouement dans le reste de l'organe.

Foie. — Le foie est plus petit, réduit à peu près du tiers. La membrane d'enveloppe du lobe droit est épaissie. Toute la surface convexe, ainsi que la surface concave, est granuleuse. Le bord, surtout celui du lobe droit, est aminci; ce dernier, à son extrémité, n'est plus constitué que par l'enveloppe fibreuse, épaissie, formant liseré. Coloration moins brune, teinte brun-jaune clair, tous signes d'une disparition de la substance glandulaire sous l'influence d'une hypertrophie du tissu cellulaire interstitiel. Le microscope démontre la cirrhose jusqu'à l'évidence. Le tissu hépa-

tique est jaune, exsangue; le tissu connectif a proliféré et étranglé le tissu hépatique proprement dit; absence de tumeur gommeuse.

Vésicule médiocrement distendue.

Rate. — Petite, sans altération à la surface.

Reins. — Les deux reins sont sains.

Oreilles. — Dans l'oreille moyenne droite, pus en assez grande quantité. La trompe du même côté est remplie de la même matière purulente.

Carie de l'os rocher du voisinage.

Signalons encore des traces évidentes de phlébite du sinus latéral droit: thrombose et pus dans ce sinus; forte injection vasculaire et traces d'inflammation.

Nez. — La tête sciée en son milieu par une coupe antéro-postérieure permet de voir ce qui suit: tout l'intérieur du nez est détruit, il n'existe plus ni cloison, ni cornets. Les fosses nasales et le sinus maxillaire ne forment qu'une vaste cavité, remplie de matière purulente jaune-verdâtre et d'une substance noirâtre, modifiée, sur le plancher des fosses nasales (très-probablement pus desséché). Le sinus frontal est plus grand et plein de la même matière purulente. Il y a eu une vraie fonte osseuse. Disons encore que les os des parois nasales sont intacts.

Les lésions osseuses que nous venons de signaler ressemblent beaucoup au résultat du processus connu sous le nom d'ostéomalacie. En effet, il y a raréfaction du tissu osseux proprement dit sous l'influence de la prolifération de la moelle. Sur certains points cette prolifération a donné lieu à la formation du pus. Les veines du rocher ne sont pas primitivement malades, mais altérées par suite de la macération qu'elles ont subies, étant plongées dans une atmosphère de pus.

Larynx et arrière-gorge. — La luette manque. La muqueuse supérieure du palais est mamelonnée et irrégulière (traces de cicatrices).

Du larynx il n'existe plus que les parois : les cordes vocales ont disparu, pour faire place à des ulcérations suppurées ; une assez grande quantité de pus plus ou moins concret tapisse les parois de l'organe. La muqueuse du larynx, comme la muqueuse du palais, offre une surface mamelonnée, irrégulière ; elle est de plus épaissie.

L'épiglotte également épaissie présente une petite échancrure à gauche.

Pas d'ulcérations dans la trachée.

Le travail morbide du larynx indique clairement, que primitivement la muqueuse a dû être le siège d'une inflammation suppurative et ulcéralive. En effet, sur l'épiglotte on peut parfaitement étudier les différentes phases du processus.

Tibia gauche. — Au premier aspect l'os paraît augmenté de volume : ostéite diffuse, hyperostose. Le périoste est épaissi. La matière calcaire existe encore en très-forte proportion dans la circonférence de l'os ; celui-ci présente même, à sa partie supérieure, une exostose éburnée. Au centre ostéo-porose, ramollissement de la substance centrale. Dans l'épiphyse supérieure, moelle jaune ; dans la région moyenne, jusqu'à la partie inférieure, moelle rouge (prolifération récente).

En résumé : ostéo-porose au centre et ostéo-sclérose à la périphérie.

Le microscope fait voir dans ce tibia deux lésions différentes : d'une part il y avait activité de fonction du périoste, c'est-à-dire formation d'os ; au centre, au contraire, on remarque une prolifération extrême de la moelle, tout une raréfaction par usure du tissu osseux proprement dit. Sur aucun point ce travail morbide n'a abouti à la suppuration.

Verge. — Gland et prépuce sans cicatrice de chancre.

Pas de trace de bubon.

M. Feltz, chef de clinique, a bien voulu se charger de la partie histologique de l'autopsie et a eu la complaisance de nous com-

muniquer les détails microscopiques qu'il a pu constater; nous le prions de vouloir bien recevoir nos remerciements sincères.

Nous venons de voir l'histoire du malade, les lésions multiples que nous a révélées la nécroscopie. Raisonnons l'observation, expliquons les symptômes accusés par le vivant d'après les lésions découvertes sur le cadavre, étudions surtout la syphilis tertiaire au point de vue anatomo-pathologique. Tel sera le but de notre travail.

Avant d'aborder la question d'anatomo-pathologie de la syphilis tertiaire, esquissons donc brièvement l'analyse de la maladie dont nous venons de voir l'histoire. Quel a été le point de départ de la méningite à laquelle a succombé le malade? Quelle a été la marche suivie par cette affection? La maladie se révèle à nous à l'autopsie par la présence d'une gomme syphilitique siégeant au cervelet. Est-ce là l'étiologie de la maladie? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative. Nous remarquons en effet que la pie-mère avoisinant la gomme est injectée. C'est là une inflammation consécutive à la présence de la gomme, laquelle inflammation se sera propagée et aura déterminé la méningite diffuse dont nous découvrons les traces à l'autopsie. Cette méningite s'est manifestée à l'extérieur par différents symptômes: délire, raideur à la nuque, etc., et a définitivement amené la mort.

Remarquons que la gomme, qui existait au cervelet, bien qu'ayant comprimé beaucoup le tissu cérébelleux, témoin la dépression de cet organe, n'a entraîné aucune lésion de sensibilité ni de motilité. Ce fait est exceptionnel, et tient évidemment au siège de la tumeur. Chez notre homme il n'y a eu que des douleurs plus ou moins diffuses, siégeant profondément, dont l'intensité était maximum à la région latérale droite de la tête. Notons encore que ces douleurs profondes étaient accompagnées d'une hyperesthésie périphérique

qui se constatait par la pression du doigt sur presque toute l'étendue du cuir chevelu.

Mais, dans la pleurésie, dans la carie dentaire, n'observe-t-on pas tous les jours une hyperesthésie concomittante, tenant à une cause plus profonde.

Pour terminer le rapide examen, nous dirons que le malade était sous l'imminence d'une infection purulente qui pouvait se déclarer à tout moment comme conséquence de la phlébite du sinus latéral, que nous avons citée à l'autopsie.

CHAPITRE II.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE.

Dans cette seconde partie de notre travail notre but est d'exposer avec brièveté, mais en même temps d'une manière aussi complète que possible, l'anatomie pathologique des lésions tertiaires que nous avons pu observer chez notre malade. Nous étudierons donc particulièrement la syphilis osseuse et quelques points de la syphilis viscérale: la syphilis cérébrale et la syphilis pulmonaire. Nous omettons la syphilis hépatique, quoique notre observation semble annoncer une lésion syphilitique du côté du foie. Mais je me ferai la question suivante: le foie cirrhotique de notre sujet était-il syphilitique? Ou bien était-ce là une cirrhose développée à la suite de l'état cachectique du malade. M. le professeur Schützenberger incline vers ce second sens. Le malade avait en effet une vérole ancienne, pour laquelle il ne s'est jamais fait traiter, sa constitution était donc complètement détériorée, il en était résulté cet état profondément cachectique que nous constatons à son entrée à l'hôpital.

Nous croyons devoir faire précéder cette étude de quelques con-

sidérations générales sur la syphilis viscérale que M. Lancereaux (1) développait l'an dernier dans un mémoire.

Toutes les lésions viscérales se manifesteraient sous trois formes, la forme inflammatoire interstitielle, la forme gommeuse et la forme cicatricielle.

La première forme, selon les organes envahis, donnerait lieu tantôt à la cirrhose lobulaire du foie, tantôt au ramollissement cérébral, tantôt à la néphrite interstitielle, ou bien encore à la pneumonie et à la myocardite chroniques.

La seconde forme serait caractérisée par la présence de gommages, tumeurs que l'on voit se développer dans les viscères à la troisième période de la syphilis. Ces tumeurs, au dire de M. Lancereaux, seraient ordinairement plongées dans un tissu dense, fibreux, grisâtre vasculaire et très-résistant sous le doigt. Ce tissu, au milieu duquel se trouvent ainsi enkystées les tumeurs gommeuses, constituerait, par sa disposition, un de leurs meilleurs caractères, serait même suffisant pour les différencier des lésions tuberculeuses, cancéreuses et autres. Ces tumeurs, ajoute-t-il encore, sont susceptibles de subir l'évolution régressive ou graisseuse, de se résorber. Dans le cas de résorption spontanée, ces produits peuvent laisser à leur suite des lésions variées: membranes kystiques du cerveau, cicatrices du foie etc.

Quant à la troisième forme, elle existe par les deux formes précédentes, dont elle est un des modes de terminaison.

M. Lancereaux parle encore d'hypertrophie des glandes vasculaires sanguines (rate, corps thyroïde, capsules surrénales, ganglions lymphatiques), d'hypertrophie des follicules de la base de la langue, du pharynx, des amygdales. Ces lésions formeraient un dernier mode pathologique à ajouter aux formes anatomiques précédentes.

Quant aux dégénérescences graisseuse, amyloïde, lardacée, cirreuse des organes (foie, reins) qu'il aurait rencontrées plusieurs fois, il les rattache non au virus syphilitique, mais à la cachexie qui vient compliquer la vérole arrivée à la période ultime de son évolution.

Syphilis cérébrale.

Sans nous arrêter sur la définition de la syphilis cérébrale, sans voir si elle est admise par les uns, rejetée par les autres (Astley Cooper), si cette maladie est une maladie à caractères propres que lui donnerait le virus syphilitique, et, comme telle, si elle doit tenir son rang dans le cadre nosologique, sans exposer les symptômes variés sous lesquels elle se manifeste (hémiplégie, épilepsie, catalepsie, démence, amaurose, surdité, hydrocéphalie), abordons immédiatement la question de la syphilis cérébrale au point de vue anatomo-pathologique.

Les affections nerveuses syphilitiques ont fait en France dans ces dernières années l'objet de plusieurs ouvrages, dont quelques uns ont été couronnés par l'académie impériale de médecine. Plusieurs thèses ont aussi été soutenues sur le même sujet (Bedel (2), Hildenbrand (3), Sonrel (4), Ladreit de Lacharrière (5). Serait sûrement bien téméraire celui qui, après les travaux mémorables de MM. Gros et Lancereaux (6), de M. Zambaco (7), oserait entreprendre cette étude et aurait la prétention de la compléter. Je devrai donc me contenter de joindre ma propre observation à toutes celles qui ont servi chez ces auteurs à décrire la pathologie complète de ces affections, qui, d'abord presque inconnues, forment aujourd'hui un des grands chapitres de la médecine. Je pourrais, il est vrai, rapporter les unes après les autres toutes ces observations, citer les recherches des différents auteurs, comparer leurs opinions etc.; je n'aurais que le mérite de savoir répéter ce que beaucoup d'autres ont déjà dit dans des travaux antérieurs et le talent de remplir de caractères d'écriture de nombreuses pages de papier.

Cependant nous allons donner la division de la syphilis cérébrale, résumer l'anatomie pathologique du groupe d'affections qui

la constituant, décrire surtout la tumeur gommeuse du cerveau dont notre malade offrait un exemple remarquable, en définir la nature.

Nous croyons devoir conserver la division que donnait M. Bedel dans sa thèse de doctorat (8), division qui est encore suivie dans les traités de pathologie et dans les ouvrages spéciaux de syphilis : *lésions directes, lésions indirectes*. Les premières résultent de l'action directe de la syphilis sur le tissu nerveux; les secondes siègent sur les tissus environnants (membranes, os) et ne lèsent le parenchyme que secondairement.

La syphilis, dans quelques circonstances, peut agir directement sur le cerveau sans laisser de lésion appréciable; ce seraient là des névroses syphilitiques. Nous nous taisons sur cette forme où l'anatomie pathologique est absente ou plutôt reste tout à faire. Existe-t-elle? M. Ricord l'admet et une observation de M. Dumoulin semblerait le démontrer (9). M. Rodet (10) a pratiqué l'autopsie de deux sujets syphilitiques morts de maladies du cerveau; dans l'un et l'autre cas les centres nerveux étaient intacts.

M. Bazin (*Leçon sur les syphilides, 1858*) remarque que souvent la syphilis se termine par la mort à la suite d'accidents survenus du côté du cerveau ou de la moelle et dont la nature reste complètement inconnue.

Le Dr Györ (11), sous le titre de *Contributions à l'histoire des maladies nerveuses d'origine syphilitique*, publie une foule d'observations dont trois ont été couronnées par des autopsies. Dans deux cas il n'y avait pas de lésion apparente des centres nerveux.

MM. Gros et Lancereaux admettent des affections nerveuses sans lésions, qu'ils appellent affections sans lésions appréciables; et, selon ces auteurs, quelques-unes des affections trop facilement classées dans cette catégorie par les observateurs, appartiendraient à une classe d'affections à forme congestive où la lésion réside dans un trouble de la circulation dont les traces disparaissent après la mort.

L'anémie, la chlorose syphilitique, ne pourraient-elles pas aussi déterminer dans les organes nerveux centraux des troubles plus ou moins graves, la mort peut-être? Ici encore l'autopsie ne donnerait que des résultats négatifs.

Nous étudierons dans une première classe les altérations primitives du cerveau, lésions directes; dans une seconde classe, les altérations des tissus voisins (membranes, os), n'intéressant les organes nerveux que secondairement, lésions indirectes.

Et d'abord, voyons quelles sont les formes auxquelles on peut rattacher les affections des centres nerveux, naissant sous l'influence de la syphilis? MM. Gros et Lancereaux reconnaissent trois formes : 1° la forme congestive; 2° la forme inflammatoire; 3° la forme exsudative.

Conservons pour le moment cette division, nous en verrons plus loin la valeur.

1° *Forme congestive.* — Nous en connaissons la signification; l'anatomie pathologique est absente.

2° *Forme inflammatoire.* — Existe-t-il des encéphalites, des méningites aiguës de nature syphilitique? Le plus souvent les inflammations des méninges et du cerveau sont décrites comme consécutives à des lésions osseuses. Alors la marche est toute simple. L'os carié fournit en effet du pus, qui, mis en contact avec la dure-mère, y détermine un certain degré d'irritation, d'inflammation; celle-ci peut ensuite se transmettre au cerveau. Ce pus, accumulé à la surface interne de l'os, peut encore traverser des fissures existant dans la dure-mère, baigner le cerveau ou du moins ses enveloppes les plus immédiates et l'enflammer. Enfin, pour M. Bedel, une carie de la table externe, quoique superficielle, peut déterminer une méningo-encéphalite par l'intermédiaire des vaisseaux perforants qu'elle enflamme. Cependant des auteurs admettent des encéphalites, des méningites primitivement syphilitiques. MM. Gros et Lancereaux, après avoir passé en revue les opinions de Lalle-

mand, de MM. Knorre, Rayer, Ricord, « nous ne nions pas, concluent-ils, l'inflammation cérébrale d'origine syphilitique, mais nous mettons en doute qu'elle ait une tendance pyogénique marquée, et croyons plutôt que, dans les centres nerveux, l'inflammation syphilitique produit de préférence des ramollissements ou des exsudations. » Plus loin ils disent encore : « Entre autres causes du ramollissement cérébral, on range aujourd'hui l'oblitération des artères et des capillaires; or, la syphilis, avec sa tendance prononcée à l'exsudation, ne pourrait-elle pas produire ces oblitérations? » Bref, après avoir ainsi discuté la question, MM. Gros et Lancereaux relatent 7 observations de ramollissement; dans six cas les lobes antérieurs étaient affectés.

Essmarch et Jessen (13), Rostan, citent encore des exemples de ramollissement de nature syphilitique.

Voyons pour les méninges. M. Rayer admet une méningite chronique pouvant déterminer des exsudations, des épanchements. Essmarch et Jessen auraient constaté un cas d'arachnitis chronique. MM. Gros et Lancereaux auraient aussi rencontré une fois des traces de méningite à caractères inflammatoires non douteux; du pus existait à la surface des méninges. Leudet fournit dans son mémoire deux exemples de la même maladie toujours développée primitivement sous l'influence du virus syphilitique (13 et 19). Citons encore, avant de conclure, les deux observations suivantes : la première, des D^r Blachez et Luys, est relatée dans la *Gazette hebdomadaire de chirurgie et de médecine* sous le titre : *Observation de méningite granuleuse présumée syphilitique* (14); l'autre est celle d'un malade que nous avons pu suivre dans le courant de l'année 1865 à la clinique médicale de Strasbourg (service de M. le professeur Schützenberger). Je résume son histoire. X... 50 ans; entre le 18 mai 1865, malade depuis trois mois. La maladie a débuté par une céphalée intense avec douleurs dans les membres; après quoi sont apparus successivement une paralysie

incomplète de la jambe gauche, de la faiblesse dans la jambe droite, du strabisme. Depuis trois semaines, délire auquel a succédé, il y a quelques jours, un affaissement cérébral que l'on constate encore à son entrée. A l'examen du malade, comme symptômes : paralysie du nerf facial et du nerf oculo-moteur; pas de paralysie locale dans les membres. A côté de ceci, traces évidentes de syphilis : cicatrice au prépuce, gommès ramollies à la jambe droite et à la cuisse gauche (côté interne); exostoses sur le cubitus gauche. Le sujet, disons-le, était réputé syphilitique. Mort immédiate. A l'autopsie on conclut que X... avait succombé à une méningite chronique, englobant dans ses exsudats l'origine de la 7^e paire, et cette méningite fut déclarée de nature syphilitique : en effet, le malade avait été atteint de syphilis à différentes reprises, il portait pendant son séjour à l'hôpital plusieurs ulcères aux membres inférieurs, résultats de la fonte de gommès sous-cutanées; la méningite, qui s'était développée sur un sujet encore jeune (30 ans), avait suivi une marche chronique (trois mois d'invasion), au lieu de suivre la marche ordinaire, aiguë ou subaiguë, de ce genre d'inflammations; enfin la méningite était ici idiopathique; et qui ignore combien est rare la méningite idiopathique? Règle générale, la méningite de nature épidémique ou déclarée sous l'influence d'une cause atmosphérique est secondaire. Nous admettons donc l'action primitive du virus syphilitique sur les organes cérébraux (parenchyme et méninges).

Dans la même forme inflammatoire MM. Gros et Lancereaux rangent encore l'hydrocéphale de nature syphilitique?

3^e *Forme exsudative ou plastique.* — Nous sommes arrivé à la syphilis gommeuse du cerveau. Et d'abord qu'est-ce qu'une gomme? Tout le monde connaît la tumeur qui, naissant sous l'influence du virus syphilitique, apparaît le plus souvent à la troisième période de la maladie, et se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les organes internes. Personne ne pourrait contester qu'il n'y ait analogie complète de développement comme de structure

histologique entre la tumeur développée dans le tissu cellulaire sous-cutané et celle développée dans les organes profonds, quand on connaît les recherches de MM. Robin, Lebert, Verneuil, sur les tumeurs gommeuses. M. Virchow (12), au contraire, y voit une différence. Pour nous, notre peu d'expérience nous dispense de juger la question. Avant d'émettre notre opinion sur la constitution histologique et la nature des tumeurs gommeuses cérébrales, opinion qu'on a déjà devinée d'après notre autopsie, étudions les caractères physiques de ce produit morbide.

La tumeur gommeuse (et je n'entends décrire ici que la tumeur gommeuse siégeant dans le cerveau) est souvent multiple, quelquefois unique. Elle se présente sous l'aspect de tumeur, tantôt régulière, tantôt irrégulière; comme sa forme, son volume varie (on cite des gomes de la grosseur d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de pigeon, d'un marron; d'autres étaient plus petites). La gomme du cerveau a été vue à la base de cet organe, au centre ovale de Vicussens, dans le corps strié, dans les lobes moyens, le lobe antérieur du cerveau. Notre observation montre un exemple de gomme développée dans le cervelet. MM. Gros et Lancereaux signalent le fait suivant: comme pour le ramollissement, les lobes cérébraux et principalement le lobe antérieur sont plus souvent intéressés que les parties centrales de l'organe. La raison anatomique de ce fait, ajoutent-ils, ne se trouverait-elle pas dans la plus grande vascularité des parties périphériques du cerveau?

Quant à la structure, celle-ci varie selon la période d'évolution à laquelle la gomme a été observée. A ce point de vue on peut diviser la gomme cérébrale, dans sa marche, en deux périodes: première période, période de crudité; deuxième période, période de ramollissement. La tumeur est d'abord peu volumineuse, assez consistante, laissant voir à la coupe un tissu homogène plus ou moins solide. La maladie syphilitique continuant sa marche, le produit morbide entre dans une seconde phase, la période de ramol-

lissement. C'est d'abord une diminution de consistance plus ou moins sensible, le tissu devient mollassé, plus ou moins gélatineux. Bientôt la partie centrale devient liquide; cette transformation du produit solide en produit liquide gagne du centre à la périphérie.

Le ramollissement est arrivé à son comble, la gomme *ramollie* s'est *fondue*. Dans les cas où l'on a pu ouvrir des gommés cérébrales, on a trouvé tantôt un liquide purulent jaune, jaunâtre, vert, plus ou moins fluide, tantôt un liquide huileux. Ce liquide était quelquefois plus ou moins complexe : on y voyait du sang qui donnait à cette masse intérieure une coloration rouge. Enfin on pourrait admettre un degré plus avancé du produit morbide, en faire une 3^me période que nous appellerions période de crétification. Celle-ci n'est qu'accidentelle et n'arrive que quand celle de ramollissement manque. M. Lebert aurait eu l'occasion d'examiner au microscope une tumeur gommeuse du cerveau en voie de dégénérescence calcaire, que lui aurait fournie M. Ludger-Lallemand.

La matière gommeuse est généralement réunie en foyers, uniques ou peu nombreux, existant dans certains points du parenchyme cérébral où elle affecte des formes déterminées; le plus souvent c'est avec les caractères de la tumeur gommeuse que nous venons de décrire, dans d'autres cas c'est sous forme de plaques qu'elle se présente. (M. Luys (15) aurait rencontré cette dernière forme). Dans d'autres cas encore la matière gommeuse peut être disséminée dans la presque totalité de l'encéphale. MM. Virchow, Gros et Lancereaux auraient observé cette altération, que M. Robin rapproche de ce qu'on appelle la cérébro-sclérose. Enfin M. Robin cite une dernière forme voisine de la précédente; l'exsudation, dans l'exemple qu'il donne, était moins généralisée; c'étaient de petites tumeurs, éparses, d'un centimètre de diamètre, de formes variées, enclavées dans la masse cérébrale, elles ne pouvaient en être extirpées.

Je crois superflu, après la rédaction complète de l'observation

qui fait la base de notre travail, après la description que nous venons de faire de la gomme cérébrale, description qui n'est d'ailleurs que le résultat des observations publiées à différentes époques et par différents auteurs sur ce sujet, je crois superflu, dis-je, de rapporter ces observations, et je renvoie au mémorable ouvrage de MM. Gros et Lancereaux. Ces deux auteurs relatent 19 cas d'exsudats ou tumeurs de la substance cérébrale. L'an dernier M. Lancereaux publiait encore dans un mémoire (16) trois nouvelles observations inédites de tumeurs du même genre toujours développées dans le parenchyme du cerveau.

Histologie et nature des tumeurs gommeuses. — L'histologie des tumeurs gommeuses a été traitée par MM. Robin (17), Lebert (18), Verneuil (19), Gros et Lancereaux (20) en France, par Virchow (21) en Allemagne.

M. Robin, dans une note rapportée comme inédite par M. Van Oordt (22) dans sa thèse inaugurale, résume ses idées et les idées des auteurs français modernes sur l'histologie et la nature des tumeurs gommeuses. Nous reproduisons cette note en entier: «Les tumeurs gommeuses que j'ai eu l'occasion d'observer et qui m'ont été apportées, soit de différents hôpitaux, soit recueillies par moi sur un cadavre de l'école pratique qui en présentait plusieurs, les unes petites, les autres plus volumineuses, m'ont offert les particularités suivantes de texture. Les plus petites étaient formées d'un tissu tantôt uniformément gris, demi-transparent, tantôt d'un gris rosé, avec ou sans stries grisâtres plus opaques. Le tissu était d'une consistance comparable à celle du foie un peu induré; il était friable et se déchirait sans présenter d'aspect filamenteux, si ce n'est vers la surface, où il se confondait peu à peu avec le tissu cellulaire ambiant; dans un cas, en particulier, il écartait les faisceaux du deltoïde, vers le bord interne duquel la tumeur était placée; cette transition d'un tissu à l'autre était d'ailleurs assez brusque, quant à l'aspect extérieur des deux tissus et quant à

l'aspect filamenteux du tissu cellulaire. Les tumeurs dont il s'agit étaient constituées exclusivement de la manière suivante: on y trouvait beaucoup de cytoblastions constituant environ les 7 ou 8 dixièmes de la masse morbide. Les éléments anatomiques étaient plongés dans une substance amorphe finement granuleuse. Cette matière amorphe était demi-transparente, dépourvue de granulations grasseuses. Dans cette matière il n'existait pas ou presque pas de fibres du tissu cellulaire; elles étaient isolées, non disposées en faisceaux; çà et là étaient de rares fibres élastiques, on y trouvait aussi quelques vaisseaux capillaires, il ne s'y trouvait qu'un très-petit nombre de noyaux ovoïdes embryoplastiques, et très-peu de corps fusiformes.

«Des tumeurs plus volumineuses, molles, sans être tout-à-fait diffluentes offraient l'aspect gélatiniforme qui les a fait comparer à une matière gommeuse; leur tissu donnait au toucher la sensation d'une matière glutineuse, sans toutefois atteindre la viscosité du mucus.

«Ce tissu demi-transparent n'offrait pas, d'une manière uniforme, cet aspect; dans certains points, il présentait des portions d'un gris jaunâtre, analogue à celui qu'aurait pu produire une infiltration de pus. Le tissu interposé, demi-transparent, gélatiniforme, était tantôt incolore, d'autres fois offrait une teinte rosée ou une teinte jaunâtre, analogue à de la gélatine mal purifiée. Dans le tissu des tumeurs offrant cet aspect, se rencontraient les mêmes éléments décrits plus haut; seulement la matière amorphe interposée aux cytoblastions et aux autres éléments était beaucoup plus abondante, plus molle, facile à écraser entre les deux lames de verre, moins granuleuse, plus transparente; c'est à elle que le tissu devait principalement son aspect gélatineux et sa demi-transparence; c'est à sa mollesse aussi qu'il devait sa consistance particulière; quant aux parties jaunâtres, d'aspect purulent, elles ne renfermaient pas de pus, mais seulement de nombreuses granulations jaunâtres.

de nature grasseuse, très-petites, mais nombreuses et rapprochées les unes des autres.

«Ce sont des tumeurs à cette période qui, sans aucun doute, ont fait donner le nom de gomme à ces produits morbides.

«Quant au tissu des tumeurs plus volumineuses que les précédentes, dont il me reste à dire quelques mots, il présentait la même consistance que celle des précédentes, sans toutefois être gluant comme elles. Ce tissu offrait néanmoins la même texture, était également peu vasculaire, il semblait proportionnellement plus riche en cytoblastions, et renfermait moins de matière amorphe; mais son opacité et sa couleur étaient dues sans aucun doute à la quantité considérable de granulations moléculaires grasseuses, uniformément distribuées entre les éléments précédents.

«M. Robin note en outre, ajoute M. Van Oordt, comme résultat de ses observations sur la texture de ces productions, comparée à celle d'autres tumeurs, qu'elles ne peuvent pas être considérées comme une maladie du tissu cellulaire spécialement, mais comme une production d'une texture particulière, spécifique en quelque sorte sous ce rapport, comme la cause qui en a suscité le développement; bien que les éléments anatomiques qui les composent se rencontrent soit dans les tissus sains, soit dans des tumeurs d'espèces différentes.»

Les conclusions de M. Van Oordt, qui ne sont que celles de M. Robin, sont les suivantes: les tumeurs gommeuses formées d'éléments spéciaux se développent sous l'influence de la syphilis dans tous les tissus (cellulaire, musculaire, fibreux) qu'elles déplacent, sans naître pourtant aux dépens de ces tissus.

MM. Gros et Lancereaux, se basant sur les résultats microscopiques auxquels est arrivé M. Robin, sur l'opinion du micrographe de Paris ainsi que sur leur propre observation, admettent une forme exsudative que nous avons conservée jusqu'ici. Mais, hâtons-nous de le dire, telle n'est pas notre opinion. L'autopsie que nous rapportons plus haut ne nous permet pas de considérer les gommages

comme M. Robin. Nous n'avons, en effet, nulle part pu établir l'existence d'un exsudat; bien au contraire nous avons partout pu suivre la formation des liquides et établir qu'ils n'étaient que le résultat d'une fonte cellulaire. Quant aux altérations primordiales nous croyons qu'il est impossible de ne pas les rattacher aux différentes modifications que subissent les cellules plasmatiques sous l'influence du virus syphilitique. Nous allons, en quelques mots, rapporter la marche de ces altérations : d'abord les cellules plasmatiques s'hypertrophient, puis leurs noyaux se segmentent; un peu plus loin les cellules renfermant ces noyaux se déchirent, les noyaux devenus libres prennent différentes directions, ou bien ils s'allongent, s'ajoutent bout à bout pour devenir fibres de nouvelle formation; ou bien ils se mamelonnent pour devenir des cellules purulentes, ou bien encore, ce qui paraît surtout arriver dans la syphilis, ils se nécrosent, se décomposent en granulations graisseuses, comme s'ils n'avaient pas la vitalité nécessaire pour aboutir à un tissu stable (tissu de cicatrice) ou nettement déterminé (pus).

Il résulte de ce que nous venons de dire que pour nous les gommages naissent toujours aux dépens du tissu conjonctif, et que les lésions observées dans les parenchymes mêmes ne sont que les résultats de la compression exercée sur eux par les gommages. Ces lésions secondaires se rapportent toutes en effet aux processus nécrobiotiques (dégénérescence, infiltration graisseuses).

Quant aux végétations syphilitiques de M. Faures (23), espèces de granulations spéciales développées dans la membrane du 4^e ventricule, nous ne pouvons leur accorder le caractère spécifique. A la forme gommeuse exsudative de M. Lancereaux, lésion directe, nous substituons donc la forme gommeuse caractérisée par la prolifération des cellules plasmatiques normales du tissu conjonctif, lésion indirecte.

Lésions indirectes. — Nous ne nous arrêtons pas sur les lésions indirectes. MM. Gros et Lancereaux, parlent d'exsudats des méninges. de tumeurs gommeuses développées dans l'épaisseur de la dure-

nière. Ces tumeurs gommeuses ne sont autres que celles que nous venons de décrire.

Quant à la syphilis osseuse crânienne formant lésions indirectes, nous l'étudierons spécialement plus loin avec la syphilis osseuse en général.

Syphilis pulmonaire.

Cet article de notre travail, après les recherches que nous avons pu faire dans les ouvrages antérieurs au mémoire de M. Lancereaux sur la syphilis viscérale, nous a montré beaucoup de lacunes, de points incertains, de faits plus ou moins obscurs. Enfin en 1864 (24) parurent les observations de M. Lancereaux, observations qui vinrent jeter un jour nouveau sur cette partie importante de la syphilis, démontrer que le poumon, au même titre que d'autres organes (cerveau, foie), pouvait subir l'influence syphilitique, — que des lésions multiples, des maladies variées, pouvaient en être la conséquence.

Actuellement certains syphiliographes hésitent encore à reconnaître la syphilis pulmonaire. En effet, que dit Virchow à ce sujet ? « Il ne faut pas oublier, dit-il dans sa syphilis constitutionnelle (25), que les poumons sont les organes où il est le plus difficile de suivre exactement la marche d'une évolution pathologique délicate ; et, dans une affection aussi peu connue que la syphilis constitutionnelle, la différence augmente encore. Ce sera une excuse pour moi, et cela expliquera pourquoi je m'abstiens de me prononcer d'une manière définitive. » Cependant, plus loin il paraît disposé à admettre la possibilité d'une syphilis pulmonaire, et beaucoup de cicatrices calleuses et ardoisées, beaucoup d'indurations caséuses ne résulteraient pas d'un tubercule guéri.

Ailleurs (26) il s'exprime autrement : les poumons, plus souvent qu'on ne le croit, peuvent être affectés du virus syphilitique, et cela d'une façon très-variable.

Bref, arrivons aux faits publiés par M. Lancereaux. C'est d'abord l'existence de la syphilis gommeuse du poumon qui résulte de ces faits.

Je rappellerai que le sujet de notre observation montrait un exemple remarquable de tumeur gommeuse du poumon; comme pour la syphilis cérébrale, je ne développerai que ce seul point de la syphilis pulmonaire.

C'est d'abord M. Depaul (27) qui est venu, pour la première fois en 1857, localiser dans le poumon le siège d'une des formes de la syphilis chez les nouveau-nés.

Dans le mémoire qu'il lut à l'Académie en 1854, il résume ses observations à ce sujet. M. Depaul dit avoir constaté dans plus de 20 autopsies d'enfants nouveau-nés, reconnus syphilitiques, la présence de tumeurs gommeuses dans les poumons.

Cette manifestation de la syphilis existe rarement seule; l'on constate simultanément chez les petits sujets d'autres lésions que l'on peut rapporter à la même cause infectieuse. Ce sont ou un pemphigus, ou des foyers purulents dans le thymus, ou une augmentation du volume du foie.

Les poumons malades montrent des bosselures, des masses irrégulièrement arrondies, comme les dépeint M. Depaul, ordinairement multiples. Le plus souvent c'est sous forme de noyaux indurés que l'altération se présente, noyaux indurés que l'on peut reconnaître en palpant l'organe affecté. Quelquefois l'induration est plus ou moins généralisée. Dans tous les cas le tissu est imperméable à l'air. Ce produit morbide peut se rencontrer dans chacun des lobes du poumon, et s'annonce par une coloration jaunâtre qui tranche sur la coloration plus ou moins normale du reste du poumon. Ces noyaux indurés, ces masses irrégulières, ces bosselures, incisés, ont montré un tissu d'induration grisâtre, caractérisé pour le professeur de Paris, par le dépôt d'une quantité considérable de tissu fibro-plastique et par l'absence de toute trace de

pus. Tel est le premier degré de l'évolution du produit morbide. Dans d'autres cas, ce fut un tissu compacte, d'un jaune grisâtre, dont le centre était formé par un liquide jaunâtre, séro-purulent, variable en quantité selon le volume de l'induration. Ainsi s'annonce, au point de vue anatomo-pathologique, la tumeur arrivée au deuxième degré. Au premier degré, la lésion peut être disséminée et limitée à des points circonscrits, ou bien elle peut être plus ou moins généralisée, et avoir envahi un ou plusieurs lobes. M. Depaul a eu recours à l'examen microscopique. MM. Lebert et Robin voulurent bien prêter leur concours. Dans un cas (28), le poumon examiné présentait comme phénomène caractéristique une induration généralisée. N'altérons pas les paroles de M. Lebert : «Au milieu d'une charpente formée par la trame pulmonaire, mêlée d'éléments fibro-plastiques, se trouve une substance diffuse, molle, pulpeuse, et dans laquelle on trouve beaucoup de petites cellules qui ne sont ni des éléments cancéreux, ni des éléments tuberculeux, mais qui ressemblent de tous points aux cellules que l'on rencontre dans les gommes syphilitiques.» Plus tard M. Depaul exprime lui-même son opinion (29). Il s'agissait d'un poumon qui présentait plusieurs noyaux indurés; ceux-ci, incisés, laissaient voir un tissu gris-jaunâtre. «Dans les cas de ce genre, dit M. Depaul, j'ai constaté avec MM. Lebert et Robin, que les noyaux étaient formés de tissu fibro-plastique, qu'ils ont une grande analogie avec les gommes syphilitiques. C'est ainsi, du reste, que M. Lebert les a caractérisés.» Ce dernier cas, que je viens de citer, fait exception à une règle que donnait M. Depaul en 1851 dans son mémoire. Loin d'être, comme il le veut, imperméables à l'air, les poumons s'insufflent ici facilement et l'insufflation paraît les remplir partout.

Beaucoup de travaux, de thèses, sur le même sujet, sont venus, les uns corroborer (30), les autres démentir (31) les faits avancés par M. Depaul. Parmi les observations de M. Lancereaux sur la

syphilis viscérale (52), se remarque un exemple de tumeur gommeuse pulmonaire chez un enfant nouveau-né. Un seul des poumons est affecté, et présente trois tumeurs, variant de siège, de volume et de forme. Leur consistance, qui diffère non seulement d'une tumeur à l'autre, mais encore sur une même tumeur de la périphérie au centre, fait supposer des tumeurs gommeuses à différents degrés d'évolution : induration et ramollissement. C'est ce que confirme d'ailleurs l'examen histologique des produits.

Au moment où M. Depaul livrait à la science le résultat de ses recherches, soutenait ses opinions devant l'Académie, y provoquait une discussion, M. Ricord mettait en parallèle ses propres observations de syphilis gommeuse du poumon chez l'adulte (53).

Déjà auparavant l'illustre syphiliographe de Paris proclamait l'existence de la syphilis gommeuse pulmonaire. «Un des endroits de l'économie, dit-il (54), où les tumeurs gommeuses se développent plus fréquemment que l'on ne pense, et dont la connaissance est extrêmement importante, c'est le tissu pulmonaire. Depuis plusieurs années, nous avons eu un nombre d'autopsies assez considérable pour nous croire fondé à admettre qu'il y a des lésions pulmonaires qu'il faut de toute nécessité rattacher au tubercule syphilitique.» Le même auteur ne s'exprime pas toujours de la même façon sur la fréquence des autopsies des gommages pulmonaires. Dans son Iconographie où il cite et décrit deux cas d'altérations pulmonaires, il ne se prononce pas franchement sur la nature de celles-ci. Dans l'un des cas (55), c'étaient des noyaux indurés, existant à la surface latérale et postérieure des poumons. Ces noyaux indurés, comparables à certains noyaux pneumoniques, n'ont pas montré de pus à la section. C'étaient encore dans la partie inférieure et près du bord externe du poumon gauche, cinq petits foyers, des espèces de cavernes contenant une matière visqueuse blanchâtre et une matière pultacée grisâtre. Le plus grand de ces foyers pouvait loger une petite noix. M. Ricord fait suivre de quel-

ques réflexions cette 1^{re} observation : « Ces lésions pulmonaires, dit-il, laissent de l'incertitude sur leur nature, et il serait difficile de dire si ces altérations sont syphilitiques, si ces foyers contenaient des tubercules syphilitiques tertiaires qui ont été ramollis et expulsés, ou si elles sont le résultat d'une résorption purulente. » Dans le second cas (56), il est encore très-peu explicite : il s'agissait d'un sujet qui avait des tubercules syphilitiques dans le cœur; les poumons offraient, dit-il, à leur base des lésions tuberculiformes, grosses comme un pois, et analogues à celles constatées dans le cœur.

Avant M. Ricord, M. Mac-Carthy (57) admet l'existence des gommages pulmonaires, après en avoir observé un exemple fatal, comme il le dit lui-même.

D'après M. Lagneau, qui s'appuie sur l'opinion de MM. Mac-Carthy et Ricord, les tumeurs gommeuses s'observeraient aux poumons, seraient quelquefois très-nombreuses, et arriveraient lentement à la fonte purulente. Un des malades (58), parmi les nombreuses observations qu'il relate dans son travail, présentait des tubercules térébrants de la peau, des tubercules dans le cœur, dans les poumons qui en étaient farcis; ils étaient, d'après lui, de nature syphilitique.

M. Dumoulin, dans sa thèse, relate l'observation d'un malade syphilitique qui, à l'autopsie, présentait, vers le milieu du lobe supérieur du poumon gauche, une caverne pouvant admettre une noix. Les parois en étaient inégales, raboteuses, de plus recouvertes d'une matière pultacée. Le tissu pulmonaire environnant était œdémateux. Pas de trace de tubercules dans aucune partie du poumon.

M. Vidal aurait vu une masse indurée, d'une grande dureté, ressemblant à une périostose à sa première période, laquelle entourait les ramifications bronchiques des lobes inférieurs. Cette masse présentait une coloration gris-bleuâtre assez analogue à la couleur marbre vert de mer. Pas la moindre trace de tubercules ni au

sommet, ni à la base d'aucun des poumons, ni sur aucun point du corps.

Après ces descriptions plus ou moins complètes, plus ou moins précises de tumeurs gommeuses du poumon, que nous aurions pu omettre pour quelques-unes, vu leur valeur minime et parfois contestable, nous arrivons au mémoire de M. Lancereaux où des faits positifs nous serviront à caractériser cette altération. M. Lancereaux (59) publie trois observations de tumeurs gommeuses syphilitiques développées dans le poumon chez l'adulte. Je rapporterai en entier l'altération pulmonaire de l'observation V: «La portion de cet organe (poumon gauche) qui recouvre le péricarde et lui adhère, offre au doigt une résistance plus considérable. On y remarque de petites tumeurs légèrement saillantes et de volume variable: les unes, arrondies, ont les dimensions d'une petite cerise, tandis que les autres ont la forme d'un croissant et le volume d'un haricot. A la coupe, elles sont formées, celles-là par une matière grisâtre grenue, celles-ci par une matière jaunâtre déjà un peu molle; un tissu grisâtre ou brunâtre, qui n'est que le tissu normal un peu induré, les sépare les unes des autres. Elles sont constituées par une matière amorphe granuleuse, de nombreux corpuscules ou noyaux de tissu connectif (cytoblastions), quelques cellules fusiformes, des granulations graisseuses, et enfin des débris des éléments propres de l'organe malade.»

Le sujet de la seconde observation est une femme de 41 ans, atteinte de syphilis héréditaire. Ce sont des cavernes multiples existant dans les trois lobes du poumon droit. Les plus vastes admettent dans leur intérieur un œuf de pigeon. Comme dans le cas précédent, ces excavations, qui ne sont que des tumeurs gommeuses arrivées à la période de ramollissement ultime, sont situées au milieu d'un tissu grisâtre ferme et résistant à la pression, et qui ne s'affaisse ni ne se déchire.

Enfin dans la troisième observation c'est le poumon gauche qui

est atteint et qui présente, après une section qui comprend toute son étendue, trois grandes excavations contenant une substance granuleuse ou caséuse. Toujours, comme dans les deux cas précédents, le tissu du poumon est très-fortement induré au voisinage de ces excavations.

Les faits précédents auxquels nous joignons notre propre observation, qui fait le premier chapitre de notre thèse, nous fournissent des données précises, suffisantes même, pour établir les caractères de la gomme du poumon.

Plus rare que la gomme du cerveau, la gomme pulmonaire peut se développer indifféremment dans tous les lobes du poumon. Unique ou multiple, dans notre observation de la grosseur d'une noix, dans celles de M. Lancereaux du volume d'une petite cerise, d'un haricot, d'un œuf de pigeon même; affectant tantôt la forme arrondie, tantôt la forme de croissant; en résumé, volume et forme variant entre certaines limites.

Comme pour les tumeurs gommeuses du cerveau, nous pouvons admettre deux périodes dans la marche des tumeurs gommeuses du poumon, la période de crudité, la période de ramollissement. Probablement aussi n'échappent-elles pas à la période de crétification. Une observation de M. Lancereaux (40) semblerait le dire. Il existait dans ce cas au sommet du poumon droit un noyau crétaqué du volume d'un pois, avec une très-petite cicatrice; d'autres noyaux du même genre, mais plus volumineux, existaient à la surface des lobes. Ceci admis, il deviendra difficile de distinguer, chez un sujet syphilitique, un tubercule phthisique crétifié d'un tubercule tertiaire syphilitique atteint de la même dégénérescence ultime. Cette même difficulté existe déjà en présence d'une gomme pulmonaire ramollie qui, comme le tubercule phthisique ramolli, a pour résultat la formation d'une caverne. M. Lancereaux aurait-il résolu la question, en disant que les tumeurs gommeuses sont ordinairement plongées au sein d'un tissu dense, fibreux, grisâtre, vasculaire, très-résistant

sous le doigt, sorte d'enveloppe qui les enkyste et dont il est quelquefois possible de les énucléer. Rarement ces caractères suffiront pour différencier la tumeur gommeuse pulmonaire du tubercule phthisique pulmonaire. Il faudra en général en plus: l'existence simultanée d'autres lésions syphilitiques. C'est surtout sur le vivant que le diagnostic différentiel devient important. Nous dirons avec M. Lancereaux qu'en pareille circonstance il reposera sur la connaissance des antécédents morbides du malade, sur la marche de l'affection pulmonaire, comme aussi sur un examen approfondi de l'état anatomique et physiologique des différents organes.

Enfin ce produit morbide affecterait-il toujours ici la forme circonscrite, localisée? L'altération ne pourrait-elle pas être, comme dans le cerveau, plus ou moins diffuse, disséminée? Cependant les cavernes multiples, ayant miné tout un poumon, que M. Lancereaux a constatées dans deux de ses observations (obs. X et XI) démontrent jusqu'à un certain point, l'existence possible de cette dernière forme, et nous avons vu précédemment M. Depaul l'admettre dans la syphilis congénitale, quand l'altération débute et est au 1^{er} degré.

Quelle est la nature de la tumeur gommeuse du poumon? L'on connaît notre opinion sur ce point; nous l'avons clairement formulée à propos de la tumeur gommeuse du cerveau.

Démontrer l'existence de la syphilis gommeuse du poumon, tel était notre but; notre tâche est terminée. Nous ne détaillerons pas les autres altérations syphilitiques de l'organe pulmonaire, nous ne ferons que les énoncer. M. Lagneau (41), dans sa thèse inaugurale, reconnaît 7 formes d'altérations pulmonaires essentiellement syphilitiques.

1° L'inflammation aigue de la muqueuse bronchique et du parenchyme pulmonaire; 2° l'asthme ou inflammation intermittente de cette membrane; 3° la phlegmasie chronique simple; 4° la phlegmasie chronique ulcéreuse. Ce sont de petites ulcérations tantôt isolées tantôt confluentes, réunies entre-elles qui peuvent atteindre

une partie plus ou moins grande de l'arbre respiratoire, l'envahir même en entier. Dans certains cas, ces ulcérations ont été vues très-nombreuses dans les petites divisions des bronches qui étaient alors remplies d'une matière purulente; 5° l'état inflammatoire et l'ulcération des ganglions lymphatiques et du parenchyme des poumons. C'est surtout dans le lobe moyen des poumons que s'observe la pneumonie, qui offre de nombreux degrés depuis le simple engouement jusqu'à la carnification et la formation de foyers purulents. La maladie résulte quelquefois de l'extension de la phlegmasie des ramifications bronchiques altérées qui siègent de préférence dans le lobe moyen des poumons. D'autres fois, ce sont les ganglions lymphatiques pulmonaires qui s'engorgent, s'indurent et suppurent; 6° la pleurésie avec épanchement. Celui-ci, plus ou moins considérable, se trahit par de petites ampoules à la surface des plèvres. Ces ampoules, de 2 à 6 centimètres de diamètre, sont remplies d'un liquide épais, jaunâtre, semblable à du miel; 7° les tumeurs gommeuses (tubercules syphilitiques profonds) qui sont quelquefois très-nombreuses.

Citons encore les altérations syphilitiques des autres parties de l'appareil respiratoire (larynx, trachée). L'on connaît la laryngite spécifique, la phthisie laryngée. Ce sont encore les ulcérations syphilitiques de la trachée avec leur conséquence, les rétrécissements du tube aérien, faits mis en évidence par M. Charnal dans sa thèse inaugurale (42).

Syphilis osseuse.

Si nous consultons Morgagni sur la syphilis osseuse, nous voyons cet auteur assigner à cette affection les formes les plus bizarres. Dans son ouvrage: *Recherches anatomiques sur le siège et sur les causes des maladies* (45), il parle longuement d'un ramollissement des os, que lui d'abord et d'autres (Valsava etc.) auraient rencontré chez des sujets syphilitiques. Les os diminueraient de résistance,

subiraient des déviations de tout genre, pourraient même devenir flexibles comme un linge; d'autres fois ce seraient leurs parois qui diminueraient graduellement d'épaisseur au point qu'on a pu les trouver comparables à des feuilles de parchemin. Petit Radel (44) explique cette singulière affection par une activité trop grande de l'absorption du phosphate calcaire. Serait-ce là en effet une affection comparable à l'ostéomalacie? On l'a prétendu, fausse interprétation au point de vue anatomo-pathologique comme au point de vue clinique. «On a vu, dit Petit Radel, des extrémités des os se gonfler et tellement s'amincir qu'elles offriraient comme une vessie pleine d'air». M. Virchow dans son manuel de pathologie et thérapeutique spéciales (45), signale, sans s'y arrêter, une ostéomalacie et une certaine fragilité des os. Dans sa syphilis constitutionnelle (46) il parle encore d'une fragilité des os du crâne qu'il aurait rencontrée dans une autopsie; il y aurait trouvé des dépressions osseuses du frontal. Il admet ici que cette fragilité du crâne est due à des tumeurs gommeuses résorbées. MM. Gros et Lancereaux signalent aussi une fragilité excessive des os du crâne, mais ne l'expliquent pas. Cette ostéomalacie, cette fragilité osseuse, ne serait-elle pas plutôt une forme d'ostéite, que M. Gerdy nomme ostéite raréfiante. Nous croyons pouvoir l'affirmer. L'ostéite raréfiante, d'après M. Gerdy, a pour résultat de rendre les os plus fragiles, plus faciles à couper et à écraser, mais nullement de les rendre plus mous. Cet état morbide n'est pas du ramollissement, comme on l'a désigné, mais une friabilité excessive.

Une observation de M. Delineau que nous lisons dans les bulletins de la société anatomique de Paris (47) trouverait ici sa place, je crois; sous le titre syphilis constitutionnelle, nous voyons l'histoire d'un malade mort syphilitique et qui, à l'autopsie, présentait entre autres lésions la suivante: les tibias et les fémurs avaient perdu leur consistance osseuse, se laissaient couper avec facilité. «Leur intérieur dit M. Delineau, présente une teinte jaune, parsemée de

petites stries rouges, qui paraissent être des vaisseaux. La substance osseuse est raréfiée, le tissu compacte est diminué d'épaisseur et les aéroles sont plus volumineuses que de coutume. Celles-ci contiennent une substance huileuse différente de la moëlle et de la graisse. Elle vient nager à la surface de l'eau dans laquelle on place ces os».

Bref, j'aborde la maladie osseuse vraiment syphilitique, l'ostéite.

Ostéite syphilitique. — L'ostéite syphilitique attaque de préférence les os superficiels: tibia, péroné, clavicule, sternum, cubitus, radius, os de la face et du crâne etc. Tantôt c'est le parenchyme de l'os qui est affecté, tantôt c'est la superficie; dans ce dernier cas, l'ostéite se complique de périostite. L'ostéite peut encore être circonscrite ou diffuse.

L'ostéite syphilitique, au point de vue anatomo-pathologique, présente les caractères de l'ostéite dégagée de toute nature spécifique. Cette dernière a été parfaitement décrite par M. Gerdy (48). M. Gerdy admet trois formes d'ostéite: 1° L'ostéite raréfiante, 2° l'ostéite condensante ou compacte, 3° l'ostéite ulcé-rante ou érodente (carie). «Tantôt, dit M. Gerdy, elle (l'inflam-mation des os) raréfie leur tissu en augmentant et agrandissant leurs ouvertures et leurs canaux vasculaires, dont elle amincit les parois par la résorption; tantôt elle augmente la densité par une sécrétion exagérée de substance compacte, tantôt en les raréfiant ou les condensant, elle les érode, les ulcère ou les carie et les esquilles nécrosées de leur carie sont elles-mêmes raréfiées, fragiles et vasculaires». A ces trois formes principales d'ostéite M. Gerdy en ajoute une quatrième, qu'il désigne sous le nom d'ostéite bul-leuse, dont les caractères sont le gonflement bulleux de l'os et une raréfaction de tissu plus prononcée peut-être que dans l'ostéite raré-fiante.

L'inflammation gagne en étendue, s'attaque aux parties voisines; on verra donc survenir des périostites dont la conséquence sera la

formation de concrétions osseuses sécrétées par cette membrane enflammée, des inflammations du tissu cellulaire qui unit les cartilages diarthrodiaux à l'os, enfin une inflammation de la moëlle. L'ostéite peut encore se compliquer d'augmentation de volume et d'épaisseur totale ou partielle de l'os, c'est-à-dire, d'hyperostose ou d'exostose, de formations morbides accidentelles (pus, matière fongueuse, colloïde, etc.).

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait connaître par ces quelques mots l'histoire complète de l'anatomie pathologique de l'ostéite. Nous renvoyons l'étude générale de cette affection comme celle de la périostite au livre de M. Gerdy et autres qui les traitent en détail; notre but, est de signaler la partie syphilitique de ces lésions, leur siège préféré dans la syphilis.

Antérieurement à M. Gerdy, M. Nélaton (49) dit que l'ostéite caractérisée, comme toute inflammation par une augmentation de vascularisation et consécutivement, phénomène propre à l'ostéite, par une absorption du tissu qui entoure les vaisseaux ainsi dilatés, peut se terminer par résolution, par suppuration, par carie et par nécrose.

Nous admettons, comme M. Ricord, que l'ostéite syphilitique se termine par résolution, par suppuration (carie), par nécrose, enfin par induration (exostose éburnée).

«La *résolution* est aisée, dit M. Ricord (50), quand le gonflement est dû à la trame organique ou à un épanchement de lymphé coagulable».

Carie et nécrose. — La carie serait la terminaison de l'ostéite portant sur le tissu spongieux, lisons-nous dans plusieurs auteurs, mais la carie, dit M. Nélaton, attaque aussi le tissu compacte, préalablement raréfié.

«La *nécrose*, dit M. Ricord, souvent due à la violence de l'inflammation, relativement à la vitalité du système osseux, arrive plus souvent par les épanchements qui se font d'une manière brusque

dans leur tissu ou par le décollement et la destruction des parties molles qui les entourent et qui entraînent celle de leurs voies de nutrition».

Ces deux modes de terminaison de l'ostéite sont inséparables l'un de l'autre, se montrent tantôt simultanément, tantôt se succèdent l'un à l'autre.

«Pour moi, dit Vidal de Cassis, (51) l'ulcération et la gangrène ne diffèrent pas de nature, car il y a dans les deux cas mortification ; elle est moléculaire dans l'ulcération, elle est parcellaire dans la gangrène. Comme il y a une grande analogie entre ces deux formes de la mortification des parties molles et les lésions osseuses qu'on appelle carie et nécrose, j'applique ici le même principe, et je considère ces deux dernières maladies comme deux formes de la mortification des os».

Certaines régions sont plus que d'autres prédisposées à la carie et à la nécrose syphilitiques. Nous citerons le vomer, les cornets, l'éthmoïde, les os palatins, les os incisifs, l'apophyse montante du maxillaire supérieur. D'autres os, les os du crâne, la clavicule, les côtes le sont plus rarement. On aurait même vu des caries syphilitiques du rocher (52), du calcaneum (53). L. Lagneau parle de la carie des osselets de l'ouïe, reconnaissant pour cause le vice vénérien, carie qui peut entraîner une surdité plus ou moins complète (54). D'après Virchow (55), les os du crâne et les os cylindriques se nécrosent plus facilement, tandis que les os spongieux sont plus souvent atteints de carie.

M. Ricord dit à ce sujet que l'on prend souvent pour une nécrose des os de la face, une carie très-avancée qui aurait détruit toute la trame organique pour ne laisser que la partie calcaire, laquelle définitivement se détacherait sous forme de séquestre.

Dupuytren et d'autres encore admettaient une nécrose et une carie osseuses syphilitiques à caractères propres, qui révélaient leur nature syphilitique. «Les maladies des os dues à une cause véné-

rienne, lisons-nous dans la clinique médico-chirurgicale de Lallemand (56), ont un cachet particulier bien reconnu par Dupuytren. Elles tiennent de la carie et de la nécrose. Les os sont perforés, vermous comme dans la carie, mais ils ne sont pas mous et ne se laissent pas pénétrer par un stylet explorateur; on les trouve durs, comme éburnés; lorsque des portions s'en détachent, comme dans la nécrose, c'est qu'elles ont été cernées par la destruction des parties voisines; mais alors les portions ainsi détachées ne laissent pas voir, comme cela s'observe, après la séparation des lames osseuses nécrosées, les parties sous-jacentes couvertes de bourgeons charnus qui annoncent un travail de réparation. Les os, mis ainsi à découvert, sont eux-mêmes rongés et perforés, comme dans la carie, avec cette différence, qu'ils sont durs et éburnés comme tout le reste.»

Vient en dernier lieu la terminaison que M. Ricord appelle *par mduration* (exostose éburnée). J'appelle exostose toute tumeur osseuse qui, développée primitivement à la surface de l'os lui-même, fait corps avec lui, ou qui, ayant pris naissance dans le périoste, finit consécutivement par adhérer avec l'os. Les exostoses siègent le plus souvent sur le crâne, le sternum, le tibia, le cubitus, la clavicule, quelquefois sur le maxillaire inférieur, sur les côtes, sur les os du tarse, du métatarse, du carpe, du métacarpe. On en aurait observé d'après M. Desruelles (57) sur la face interne des os du pubis et sur l'os hyoïde. Les bulletins de la Société anatomique de Paris relatent une observation d'exostose syphilitique généralisée (58).

On admet aujourd'hui deux espèces d'exostoses: l'exostose parenchymateuse et l'exostose épiphysaire. La première, appelée encore exostose éburnée serait la seule qui caractériserait la terminaison de l'ostéite. C'est une tumeur circonscrite qui se développe dans le tissu compacte de l'os, rarement dans le tissu aréolaire. Au début, l'exostose parenchymateuse n'est formée que d'un supplément de matière calcaire qui s'est déposée entre les fibres normales de l'os.

Bientôt la tumeur s'accroît, la partie organique de l'os s'atrophie. finit même par disparaître et, bref, l'exostose parenchymateuse devient l'exostose éburnée, excroissance dépourvue de toute organisation (absence complète de fibre, de vaisseau, capillaire sanguin). «L'un de nous, disent MM. Denonvilliers et Gosselin (59), a assisté à l'ablation d'une tumeur éburnée placée derrière l'apophyse mastoïde chez une jeune fille; la tumeur fut divisée avec la scie en plusieurs sens, il ne se fit pas le plus léger suintement sanguin sur les parties voisines de la tumeur, ainsi qu'on en observe quand on coupe des os sains.»

Astley Cooper appelait les exostoses parenchymateuses des exostoses médullaires cartilagineuses (60), pensant qu'elles sont toujours précédées du développement dans l'intervalle de l'os malade d'un cartilage accidentel, dans lequel vient se déposer la matière osseuse. L'expérience depuis a fait justice de cette théorie.

Quelquefois la syphilis se déclare sur un terrain scrofuleux. La tumeur circonscrite devient diffuse, l'exostose devient hyperostose, qui n'est qu'une augmentation totale de l'épaisseur de l'os.

L'exostose épiphysaire (ostéophyte d'Albers de Bonn, de Lobstein, exostose périostale cartilagineuse d'Astley Cooper) se rencontre plus fréquemment que la première. Comme celle-ci, elle est circonscrite. Sa surface, généralement peu unie, présente des inégalités, des anfractuosités, des bosselures. Ce produit morbide se développe tantôt entre le périoste et l'os, tantôt entre les lames du périoste. Cette forme d'exostose débute par un épanchement plastique, qui, écartant les parties au milieu desquelles il s'est formé, constitue bientôt une tumeur. Avec le temps celle-ci change de nature, devient cartilagineuse et bientôt osseuse. Quand l'exostose épiphysaire siège entre le périoste et l'os, elle repose immédiatement sur ce dernier, auquel elle finit par adhérer: l'altération pourra dès lors se communiquer à l'os resté sain, l'exostose épiphysaire pourra se compliquer d'une exostose parenchymateuse.

De même que le périoste adhère à l'os, fait corps avec lui, la périostite syphilitique fait corps avec l'ostéite syphilitique. Avant donc de passer en revue quelques particularités de la syphilis osseuse, nous étudierons les lésions syphilitiques du périoste.

Périostite. — Le périoste obéit aussi à l'influence du virus syphilitique. Ici encore c'est une inflammation, une périostite qui se déclare. Pour M. Ricord, la périostite est le plus souvent consécutive à une ostéite superficielle. M. Desruelles dit n'avoir jamais constaté l'altération du tissu osseux sans lésion du périoste; il est probable que dans tous les cas, ajoute-t-il, les deux maladies se trouvent réunies. La périostite de nature syphilitique se termine quelquefois par résolution, le plus souvent par la formation d'une tumeur spéciale, la périostose, terminaison plus rare dans la périostite dégagée de tout caractère spécifique. On connaît trois variétés de périostose :

1° *Périostose gommeuse.* — Cette première variété s'observe entre l'os et le périoste. Cette tumeur, circonscrite, de forme arrondie, n'est pas mobile, mais adhère par sa base; elle contient intérieurement un liquide dont les caractères physiques varient énormément; tantôt on a trouvé un liquide séreux, séro-albumineux, comparable jusqu'à un certain point au liquide synovial, à une solution gommeuse, au pus des scrofules; tantôt on a trouvé une matière plus consistante, presque solide, grisâtre, que l'on a pu comparer à du fromage mou.

2° *Périostose phlegmoneuse.* — Caractérisée par la formation plus ou moins rapide du pus. Celui-ci présente d'abord les caractères du pus des abcès phlegmoneux; mais, de crémeux et bien lié qu'il était primitivement, il devient, au bout d'un certain temps, séreux et mal lié, l'os sous-jacent est dès lors envahi par la maladie, le pus devient du pus d'abcès osseux.

3° *Périostose plastique.* — Cette dernière variété a été encore

appelée périostose épiphysaire. Elle est formée par un épanchement de matière plastique, susceptible d'organisation. Cet épanchement, qui siège entre l'os et le périoste ou entre les lames du périoste, ne tarde pas à se concréter, devient fibreux, puis cartilagineux, et définitivement osseux; dès lors, la périostose plastique n'est plus, l'exostose épiphysaire a pris naissance.

Étudions avec un peu de détails quelques-unes des manifestations osseuses de la maladie syphilitique.

Nécrose du vomer. — Cette lésion a été souvent observée; on en connaît la fréquence. Cette nécrose peut éclater directement sous l'influence du virus qui s'attaque primitivement à l'os, ou peut survenir par suite de tubercules tertiaires qui siègeraient sous la muqueuse olfactive. Ce que nous venons de dire du vomer, nous pouvons le répéter des os propres du nez, des cornets qui se carient et se nécrosent. Notre malade présentait ce dernier genre de lésion.

Notons encore, en passant, l'ostéite palatine et ses perforations, la carie et la nécrose des voies lacrymales qui se déclarent à la suite d'une ostéite faciale, les exostoses et les périostoses de la voûte supérieure de l'orbite, lésions variées qui se traduisent sur le vivant par des symptômes peut-être plus variés encore. Je ne citerai que l'affection suivante : M. Lagneau fils, dans les *Archives de médecine* (61), décrit une oblitération du sac lacrymal de nature syphilitique qui reconnaît pour cause une lésion osseuse (périostose, exostose, carie, nécrose), siégeant sur l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur, quelquefois sur l'apophyse angulaire du coronal.

Syphilis osseuse du crâne. — L'ostéite et ses terminaisons, la périostite, la périostose se remarquent fréquemment aux os du crâne.

Carie. — Certains os du crâne paraissent plus prédisposés que d'autres à subir l'influence du virus syphilitique. Qui n'a pas vu sur quelque front vivant, la cicatrice adhérente que laisse la carie

syphilitique, marque indélébile qui poursuit sa victime jusqu'à la mort et la dénonce, innocente ou coupable, à la méchanceté et à l'égoïsme du public.

L'ostéite crânienne peut débiter par la surface externe de l'os (table externe ou périoste) ou par la surface interne (table interne). Dans le premier cas, l'inflammation suppurative peut gagner en profondeur, détruire successivement toute l'épaisseur de l'os, perforer le crâne; ou bien, sans suivre cette marche progressive, elle peut encore, comme le veulent MM. Bedel et Lallemand, envahir les vaisseaux perforants, intéresser les organes profonds, déterminer une méningo-encéphalite. L'ostéite suppurative ayant pour point de départ la table interne est plus rare que la précédente. La cause résiderait-elle, comme le dit M. Bedel, dans la préférence qu'a la carie à affecter les os placés superficiellement et ceux où le tissu spongieux est abondant, ou bien résiderait-elle dans la position respective des deux tables de l'os, comme le disent MM. Gros et Lancereaux? Alors la table externe, plus superficielle serait plus exposée à subir l'influence des agents extérieurs, véritable cause occasionnelle qui détermine la localisation de l'affection syphilitique là où elle agit.

Nécrose. — La nécrose et la carie crâniennes se compliquent mutuellement. La nécrose aurait toujours été vue au frontal ou aux pariétaux. Tantôt l'affection est superficielle, tantôt toute l'épaisseur de l'os est affectée sur une étendue quelquefois très-grande. (On a vu des os entiers nécrosés). Les portions mortifiées sont séparées de l'os vivant par un sillon très-nettement creusé, sillon dont l'étendue en largeur et en profondeur est très variable. Quelquefois la portion mortifiée, au lieu de se détacher en un seul bloc, se détache par sequestres secondaires. Lors d'une nécrose superficielle, la portion détachée est remplacée par du tissu de nouvelle formation, mais lors d'une nécrose profonde ceci n'a plus lieu, il reste une perforation qui persiste jusqu'à la mort.

Exostoses. — Peuvent être *circonscrites* ou *générales*. Les premières, siégeant presque exclusivement à la voûte crânienne, peuvent se développer aux dépens d'un seul os, comme aux dépens de plusieurs. On voit M. Charrier dans les bulletins de la société anatomique de Paris (62), présenter l'observation d'une exostose ayant envahi le frontal, une portion du temporal et du pariétal et fait disparaître la suture bi-pariétale. Suivant MM. Rognetta, Lagneau fils, Gros et Lancereaux, le frontal serait le siège préféré de ces tumeurs. La forme en est variée: tantôt comme pédiculées, tantôt sous forme de renflements osseux qui se perdent insensiblement dans l'épaisseur des tables. Les premières sont souvent multiples, tantôt disséminées tantôt plus ou moins réunies, de volume variable (noisette, noix, orange). Elles peuvent exister sur la face externe comme sur la face interne du crâne; dans certains cas, elles font saillie au dehors et pénètrent en même temps dans la cavité crânienne. Quant à la structure c'est l'exostose éburnée que l'on rencontre le plus souvent. Ce genre de tumeur aurait paru quelquefois n'être dû qu'à une hypertrophie du diploë, sans altération des tables interne et externe, qui se seraient simplement écartées. «Presque toujours, lisons-nous dans le Compendium de chirurgie (65), on trouve les sutures effacées ou tout au moins soudées par leur face interne et la voûte du crâne présente une épaisseur et un poids plus considérables qu'à l'ordinaire, ce qui semble indiquer une disposition générale à l'hypertrophie osseuse et par conséquent l'intervention de quelque cause occasionnelle. C'est presque toujours chez des individus profondément affectés de syphilis que se montrent les tumeurs dont il est question.» Je rapprocherai de l'exostose la lésion particulière qu'aurait observée M. Monod (64). Celui-ci aurait découvert à l'autopsie chez un syphilitique une exsudation osseuse déposée entre la dure-mère et le crâne.

L'existence de l'*hyperostose* crânienne généralisée de nature syphilitique n'est pas généralement admise par les auteurs. Cependant

M. J. Rausch, de Grœtz aurait vu disparaître sous l'influence d'un traitement anti-syphilitique un accroissement uniforme, excentrique de l'ensemble des os de la tête. Plusieurs autopsies de sujets syphilitiques recueillies par différents auteurs où cette lésion a été constatée viennent donner quelque poids au fait de M. Rausch, et prouver peut-être l'existence de l'hyperostose crânienne syphilitique. L'observation de M. Delineau, déjà citée précédemment, montre à côté de l'altération principale : ramollissement des os des extrémités inférieures, une hyperostose de la voûte crânienne. « Elle est considérablement augmentée d'épaisseur, lisons-nous, surtout au sommet. Cette épaisseur est de 8 à 10 millimètres. C'est surtout la table interne de l'os qui est le siège de cette hypertrophie. Elle semble avoir changé de nature ou être remplacée par une couche de nouvelle formation, très-dure, parsemée de nombreux vaisseaux sanguins, le diploë a entièrement disparu. Les sinus frontaux sont très-petits. L'épaisseur de la voûte du crâne a beaucoup diminué la capacité de celui-ci; la forme n'est pas symétrique; la moitié droite est plus petite que la gauche et est portée un peu en avant. Les os de la base du crâne ne participent pas à cette altération. »

A cette première observation je pourrais en ajouter une seconde analogue que détaille M. Hildenbrand dans sa thèse inaugurale (65). Mais l'auteur omet de spécifier la nature de l'hyperostose, syphilitique ou non; ce fait perd donc sa valeur.

Si nous consultons le mémoire de M. Lancereaux (66), nous voyons quatre exemples d'hypertrophie du crâne chez des sujets reconnus syphilitiques. Dans deux cas (observations VI et XIV) l'épaisseur est doublée.

Cette hyperostose générale existe encore sur plusieurs pièces anatomiques du musée Dupuytren. Dans les *Affections nerveuses syphilitiques*, MM. Gros et Lancereaux disent avoir rencontré cette même altération des os du crâne chez une femme morte d'un érysipèle dans le cours d'une syphilis tertiaire évidente et qui n'avait

présenté aucun symptôme cérébral. Cette lésion avait déjà été observée en 1855 par les mêmes auteurs sur une femme atteinte d'idiotie et morte à la Salpêtrière. Cependant ils hésitent à reconnaître dans l'un et l'autre cas, ainsi que pour les pièces du musée Dupuytren, l'origine syphilitique, et ne portent pas de jugement définitif. Faudrait-il donc admettre chez tous ces sujets reconnus syphilitiques à la période tertiaire une prédisposition à l'ostéogénèse? Nous croyons qu'il est plus naturel de rattacher cette affection à la maladie syphilitique. Comme l'hyperostose dégagée de tout caractère spécifique, l'hyperostose syphilitique se constate à la voûte du crâne; cependant la base n'en est probablement pas exempte. La cavité crânienne a été trouvée rétrécie dans le cas de M. Delineau; elle pourrait évidemment être augmentée ou n'être nullement altérée. Disons encore que cette augmentation d'épaisseur ne doit pas être uniforme sur toute l'étendue de l'os affecté.

Syphilis vertébrale. — Les vertèbres peuvent être le siège d'ostéite; celle-ci se terminerait par carie, rarement par nécrose; elle affecterait de préférence certaines vertèbres : les vertèbres correspondant au pharynx, par exemple. Cependant, d'après les auteurs, les vertèbres des autres régions ne seraient pas réfractaires à l'action du virus syphilitique. Virchow (67), après avoir rapporté le fait de Colles qui aurait observé un atlas détruit dans la moitié de son étendue par une carie syphilitique, dit avoir constaté lui-même un cas de carie des vertèbres dorsales. Cette affection, existant à la région lombaire, aurait déterminé des abcès par congestion.

Carie sèche. — Sous ce titre, M. Virchow (68) décrit une affection spécifique, naissant exclusivement sous l'influence du virus syphilitique. Cette carie sèche, à peine mentionnée par M. Ricord, qui n'est pas la carie parce qu'il n'y a pas de suppuration, attaquerait de préférence les os du crâne, et plus souvent le frontal et les

pariétaux, quelquefois d'autres os, le sternum, par exemple. Concentrée en foyers, tantôt uniques, tantôt multiples, qui, dans ce dernier cas, peuvent siéger sur deux points symétriques des deux faces de l'os, elle présente dans l'intimité de ces lésions des caractères tout particuliers. Si l'on prend un foyer au début, on voit à la place de son existence future une dépression stellaire, à peine sensible, n'intéressant que la lame vitrée de l'os. Bientôt cette dépression se creuse et s'étend. Notons de suite une altération qui précède toujours la dépression dans sa naissance et son accroissement : c'est un élargissement des canaux médullaires et vasculaires de l'os. Bientôt cette dépression affecte la forme d'un entonnoir, à bords irréguliers, crevassés. L'on comprend facilement que si deux foyers occupent deux points symétriques sur les deux faces d'un même os, ils pourront se rencontrer par leurs sommets et l'os pourra être perforé (M. Virchow en aurait observé un cas).

Autour du foyer, dans l'épaisseur même de l'os, on constate simultanément des dépôts osseux de nouvelle formation. Autour du foyer c'est d'abord une membrane mince, qui, s'ossifiant rapidement, finit par adhérer à l'os. Cette membrane ossifiée, et qui devient même éburnée, ne prend jamais les dimensions de l'exostose. Dans l'épaisseur de l'os c'est une couche osseuse, éburnée, concentrique à la dépression, qui peut se prolonger au-delà de celle-ci et aller former sur la face opposée de l'os des ostéophytes. En résumé, deux espèces opposées d'altération : raréfaction au centre, condensation à la périphérie.

Si nous étudions l'influence que peut exercer cet état morbide sur les tissus environnants, nous voyons le périoste peu altéré, quand le foyer siège sur la face externe de l'os. Quand il siègeait sur la face interne, M. Virchow a trouvé que la dure-mère donnait attache, par sa face externe, à un corps de forme conique, qui s'enfonçait dans la dépression infundibuliforme, tout en n'y contractant pas d'adhérence. Dans trois cas qu'il a pu constater,

M. Virchow dit que, dans le premier, la texture était différente au sommet et à la base; au sommet, c'était un tissu mou, gris-jaunâtre; à la base, c'était un tissu plus résistant, blanchâtre, ressemblant assez au tissu fibreux de la dure-mère avec lequel il se continuait. On y a trouvé en effet les fibres de la dure-mère ainsi que les cellules fusiformes, qui étaient en plus grande quantité que dans cette membrane. Le nombre des cellules fusiformes augmentait à mesure que l'on s'éloignait de la base du cône, et finissait par constituer à elle seule le sommet. C'étaient alors des cellules arrondies, pâles, à noyaux. Dans les deux autres cas, la composition différait de la précédente: plus de matière gélatineuse au sommet, mais une matière sèche, jaunâtre; quant au cône, il était formé par une substance solide. Le microscope a révélé des cellules plasmatiques nouvellement formées, en voie de dégénérescence grasseuse, disposées en traînées fibreuses. Or, dit M. Virchow, cette structure n'est autre que celle des gommés et les cônes, que je viens de décrire, n'étaient évidemment pas autre chose. La dépression centrale est forcément la conséquence du développement de cette gomme et de sa résorption. Cette carie sèche, cette usure de la substance corticale des os, cette atrophie inflammatoire, comme l'appelle encore le professeur de Berlin, s'accompagnait toujours d'inflammation légère de la couche interne de la dure-mère.

Des gommés des os. — Les os ont présenté, comme le foie, le cerveau, les poumons, des tumeurs gommeuses développées dans l'épaisseur de leur tissu. C'est surtout au crâne (voûte et base) qu'on les a rencontrées. Tantôt elles proéminent dans l'intérieur de la voûte crânienne, tantôt elles font saillie extérieurement. Dans ce dernier cas, les lames superficielles de l'os s'exfolient, et, tôt ou tard, la tumeur est expulsée au-dehors; le résultat est une dépression en rapport avec le degré de développement de la tumeur primitive. Dans une observation rapportée par M. Boys de Loury (69),

la tumeur se serait développée dans le diploë, y aurait provoqué un écartement considérable des deux tables de l'os. Notons encore que les corps des vertèbres ont été quelquefois le siège des tumeurs gommeuses. Plusieurs exemples de tumeurs gommeuses développées dans le tissu osseux sont cités dans l'ouvrage de MM. Gros et Lancereaux. Nous ne ferons que les indiquer. C'est d'abord une tumeur du corps du sphénoïde (70); c'est encore une tumeur gommeuse du rocher (71) etc.

Des tumeurs blanches syphilitiques. — En 1852, M. Richet dans un mémoire sur les tumeurs blanches (72), introduisait dans le cadre de nosologie syphilitique une nouvelle maladie : la tumeur blanche ou ostéo-synovite syphilitique. Avant lui, on disait bien que la syphilis pouvait influencer la marche et le développement des tumeurs blanches scrofuleuses; M. Ricord le professait, d'autres relataient des observations (73). M. Richet a dit que la syphilis pouvait plus, elle pouvait seule déterminer l'apparition de tumeurs blanches chez des individus ne présentant aucun caractère scrofuleux. Selon lui, la syphilis peut exercer son action directe tantôt sur la synoviale (synovite) tantôt sur les extrémités articulaires (ostéite articulaire), et quelquefois sur les deux simultanément (ostéo-synovite).

Synovite syphilitique. — M. Richet, partant du principe : le succès du traitement prouve la spécificité de l'affection, n'a pu nous fournir que des guérisons sans faits anatomo-pathologiques. Nous ne pouvons donc que citer la maladie sans en décrire les altérations. Peut-être, vu l'analogie des lésions entre les affections osseuses syphilitiques et les affections osseuses qui ne le sont pas, sommes-nous en droit de conclure à l'identité des lésions de la tumeur blanche syphilitique et de la tumeur blanche scrofuleuse? M. Richet dans son mémoire rapporte trois cas de synovite qui aurait éclaté chez des sujets bien constitués sans tempérament lymphatique. Il n'aurait remarqué cette affection qu'au genou; dans un cas les deux

articulations avaient été atteintes simultanément, mais inégalement. La terminaison serait la résolution.

Ostéite articulaire syphilitique. — Ce sont encore trois observations couronnées d'un plein succès au point de vue du traitement qui font la base de l'article de M. Richet sur cette affection. Celle-ci aurait été observée deux fois au genou, une fois à la hanche; mais l'os malade était toujours le fémur. Dans les deux premiers cas c'était l'extrémité condylienne; dans le troisième, l'extrémité coxale. Quant à la terminaison, c'est la résolution parfaite, quelquefois l'ankylose plus ou moins complète; la suppuration serait rare.

M. Richet parle bien de corps dur, gros comme une amande, sorte d'induration du tissu cellulaire doublant la séreuse articulaire, qu'il aurait rencontrée dans un cas; d'un liquide muqueux jaunâtre, filant et renfermant quelques flocons d'une couleur un peu foncée qu'il aurait retiré par une ponction de la cavité synoviale malade dans le même cas; d'hyperostose de l'extrémité articulaire affectée qu'il aurait rencontré dans chacune des trois observations. Ceci est assurément imparfait. Nous ne pouvons donc que demander des autopsies, les pièces feront foi.

M. Virchow (74) admet les maladies syphilitiques des articulations: ce sont, d'après lui, des tumeurs analogues aux *tumores cystici*, caractérisées par un exsudat et une dilatation des membranes synoviales et des bourses muqueuses, ou par une inflammation des ligaments et une raideur articulaire qui peut passer à l'état d'ankylose complète. M. Virchow admettrait ainsi la synovite syphilitique de Richet. Le genou et le coude seraient, d'après lui, les articulations les plus fréquemment prises.

En 1846, M. Maquet présentait à la *Société anatomique de Paris* (71), l'observation et les pièces d'une ostéite et nécrose du genou, que nous pourrions considérer comme un cas de tumeur blanche syphilitique. «A l'autopsie, dit M. Maquet, on trouva la rotule soulevée par un liquide purulent qui avait rempli l'articulation et fusé sous

le ligament rotulien d'une part, d'autre part sous les jumeaux qu'il avait suivis jusqu'à la partie inférieure du tendon d'Achille; cet abcès avait été ouvert à la jambe pendant la vie, et il en était sorti des fragments osseux. Les cartilages étaient détruits. Sur le devant du tibia, il manque une bonne partie du tissu compacte jusqu'à la tubérosité; dans l'épaisseur du tissu spongieux est un séquestre allongé, volumineux, irrégulier, un peu dur, entouré de toutes parts par une rigole profonde d'ulcérations, mais encore adhérent solidement par sa base. Autour de ces altérations sont éparses des végétations osseuses irrégulières, qui donnent un aspect très-anfractueux à la partie antérieure du tibia. A la partie inférieure du fémur il y a un commencement d'altération semblable, mais moins avancée.» Ajoutons que la malade était reconnue syphilitique, de plus qu'elle était brune et n'offrait pas les signes de la constitution scrofuleuse.

Nous rapportons cette observation sans commentaires; nous signalons simplement le rapprochement entre l'affection de M. Richet et le cas observé par M. Maquet.

Ostéo-myélite. — Il nous reste à parler d'une affection que nous avons vu compliquer quelquefois l'ostéite, l'inflammation de la moelle interne des os. Cette affection est désignée par M. Nélaton sous le nom d'ostéo-myélite, par M. Vidal sous le nom d'inflammation intra-osseuse, enfin de moélite ou moëllite par M. Gerdy. Nous nous rappelons que le malade qui faisait le sujet de notre observation présentait à la fois une ostéite et une ostéo-myélite du tibia gauche.

Les détails qui suivent résument pour la plupart les recherches faites par M. Reynaud (76) sur des membres amputés. Le caractère tranchant de l'ostéo-myélite est un changement de couleur de la moelle qui s'hyperémie; primitivement rouge, elle devient bientôt plus foncée et, définitivement, prend la teinte de lie de vin. A cette

coloration anormale se joint tantôt une diminution de consistance du tissu, tantôt une augmentation; d'autres fois la densité n'est nullement altérée. Plus tard des abcès se forment, l'inflammation s'est terminée par suppuration. Tantôt ce sont de petits abcès, de petits foyers intra-médullaires, séparés par des portions de moelle noirâtre, plus ou moins altérée, peu consistante; tantôt il y a infiltration purulente dans le tissu spongieux. Le pus est gélatiniforme, adhérent; ce n'est qu'aux approches de la mort qu'il devient moins consistant, plus fluide. Nous voyons un exemple de la terminaison de l'ostéo-myélite par suppuration, dans une observation citée par M. Gerdy (77) sous le titre de périosso-moélite vénérienne accompagnée de douleur, de tuméfaction locale, de fièvre, guérie par le trépan par J. L. Petit (*Mal. des os*, T. II, p. 389).

Une ostéo-myélite existe, les altérations ne se bornent pas au tissu médullaire, le périoste, l'os intermédiaire subissent des modifications plus ou moins profondes. Le périoste est rougi, plus ou moins épaissi, décollé en grande partie, n'ayant conservé que çà et là quelques faibles adhérences. La surface de l'os montre dans certains points des taches rosées ou d'un rouge terne, développées au-dessous de ses lames superficielles. Troux, sillons agrandis, canalicules plus apparents, vacuoles dans l'épaisseur du tissu compacte, vascularisation plus grande, agrandissement des cellules du tissu spongieux, gonflement de l'os signalé par M. Gerdy dans les cas où cet os n'a pas été divisé par une amputation : telles sont, en résumé, les lésions qu'attribue M. Roux à l'os lui-même dans l'ostéo-myélite.

Notons encore que la moelle est susceptible de se gangréner dans les cas où la maladie est très-intense. «A l'état aigu, dit M. Reynaud dans sa thèse inaugurale (78), elle (l'inflammation de la moelle) se termine promptement par gangrène, et presque toujours elle exerce une influence marquée sur l'os lui-même et sur les parties qui l'environnent. Ainsi, l'un des accidents les plus graves



qui puissent survenir à la suite d'une amputation de la cuisse est l'inflammation du tissu médullaire du fémur, qui, s'étendant à une hauteur plus ou moins grande, détermine promptement la mortification de la partie correspondante de l'os, le décollement presque certain de son périoste extérieur, et la formation à son pourtour d'énormes foyers purulents.» Nous pourrions encore citer d'autres lésions du tissu voisin, lésions plus rares et qui, à la rigueur, n'appartiennent pas à l'anatomie pathologique de l'ostéo-myélite. Ce sont : les perforations des cartilages épiphysaires et diarthrodiaux, la synovite, la pénétration du pus dans les articulations, la rupture des séreuses (79).

Ostéo-myélite chronique. — Cette forme de l'ostéo-myélite a été parfaitement étudiée par M. Jules Roux (80). Aussi lui empruntons-nous en entier la description des lésions anatomiques.

Au premier coup d'œil, nous remarquons un os qui a perdu son éclat et son poli, et qui est devenu terne et rugueux, altérations plus prononcées que dans l'ostéite aiguë. A mesure que l'affection se prolonge, cet os montre dans ses différentes parties constitutives des altérations variées à des degrés différents. C'est d'abord :

1° Une hypertrophie formée aux dépens soit de l'os, soit du périoste, hypertrophie générale ou partielle. La première, hyperostose (augmentation de volume, de densité et de poids de l'os), est plus ou moins uniforme, plus ou moins généralisée. Laissons M. Roux continuer la description de ces lésions; vouloir les résumer, serait les altérer. «L'hypertrophie partielle peut porter, dit-il, sur le tissu compacte ou sur le tissu spongieux. Dans le premier cas, on observe l'épaississement, la condensation, l'éburnation d'une portion diffuse ou circonscrite (exostose) de la diaphyse avec rétrécissement du canal médullaire et diminution du tissu spongieux. Dans le second cas, le tissu spongieux est augmenté, le canal agrandi et le tissu compacte réduit à une lame souvent très-mince. Dans quelques circonstances, on voit le canal entièrement oblitéré, tantôt

par une ossification éburnée, tantôt par un tissu aréolaire qui fait que sa coupe transversale ressemble à la moelle de jonc. Et les lames interaréolaires sont condensées et résistantes ou fines, déliées, friables, comme le tissu d'une dentelle délicate.

«2° Atrophie totale ou partielle. L'os est très-condensé, éburné, jaunâtre à l'extérieur, d'un blanc d'ivoire à l'intérieur; ou bien partout léger, flexible, friable, amoindri dans ses éléments.

«3° Érosions plus ou moins profondes du tissu osseux.

«4° Cartilages. — Les épiphysaires ne s'opposent pas à la marche de l'inflammation, s'amincissent, se perforent, disparaissent par résorption. Ceux d'incrustation des extrémités articulaires se perforent, se détachent, se ramollissent, s'amincissent, finissent par être résorbés en totalité ou en partie seulement; synovite, hydarthrose consécutive, etc.

«5° Moelle. — Grise, bleuâtre, jaune foncé. D'une consistance plus grande ou sensiblement ramollie, elle offre souvent le type grasseux, mais plus diffuse, plus huileuse que dans l'état sain. On la trouve en quantité plus grande remplissant le canal agrandi par la transformation du tissu compacte en tissu spongieux; d'autres fois elle est en grande partie résorbée, ou manque totalement, quand le canal médullaire est ossifié et comblé.

«6° Perforations. — Sortes de trépanations spontanées; ouvertures faites pour ainsi dire à l'emporte-pièce, à bords arrondis, lisses, enfoncés, le plus souvent obliques, à parois résistantes, elles constituent les portions solides des trajets fistuleux qui traversent les parties molles pour livrer passage au pus, à la matière tuberculeuse, à des détritits osseux; des végétations les entourent. Séquestres non vasculaires, dus à la nécrose de tissus compactes; bourgeons charnus, suppuration circonscrite au travail éliminatoire; surfaces irrégulières, solides, ondulées; bords dentés.

«7° Suppuration. — Pus à globules huileux, rarement infiltré, réuni le plus souvent en foyer; abcès ossifluents enkystés ou non

dans l'intérieur de l'os, pénétrant, dans ce dernier cas, soit dans les articulations à travers les cartilages perforés et dans les parties molles périphériques à travers la rupture des sacs synoviaux, soit à l'extérieur par les perforations osseuses et les trajets fistuleux des parties molles. Abscesses sous- et sus-périostiques; abscesses sous-cutanés dans les interstices musculaires, le long des vaisseaux, etc.

«8° Indurations. — Très-prononcées dans les parties molles qui entourent l'os; coupe annulaire, abrupte aux limites de l'inflammation de l'os, cercle induré avec empâtement, sans fluctuation; ulcération plus ou moins tenace de la peau; cicatrices enfoncées, réveil des symptômes de réaction générale et d'inflammation locale.

«9° Vascularisation. — Augmente d'abord dans les os malades, diminue ensuite, tendant, après la cessation de l'ostéo-myélite, à revenir à l'état normal, à mesure que les lésions pathologiques disparaissent insensiblement par une marche rétrograde, non sans laisser des traces indélébiles susceptibles d'être visibles encore dans les siècles à venir (Gerdy).»

Enfin, pour terminer, signalons une affection osseuse où la syphilis, au même titre que le rachitisme, la diathèse scrofuleuse et le rhumatisme, apporte sa part occasionnelle. Cette maladie, décrite sous le nom d'ostéo-périostite juxta-épiphysaire, a été étudiée par M. Gamet dans sa thèse inaugurale (84). M. Reynaud l'a décrite sous le titre d'ostéo-myélite. Bref, cette maladie, qui a reçu autant de noms différents qu'il y a d'auteurs qui ont voulu l'étudier (ostéo-myélite de M. Chassaignac, — décollement épiphysaire de M. Klose, — ostéite épiphysaire aiguë suppurée de M. Posselin), se traduit, d'après M. Klose, au point de vue anatomo-pathologique par les lésions successives suivantes : d'abord injection; vascularisation du périoste, son décollement, et plus tard sa destruction; inflammation de l'os, sa nécrose; suppuration du tissu osseux, arthrite; phlegmon, diffus dans la majorité des cas. Cette singulière

affection, d'ailleurs rare, siégerait, par ordre de fréquence, d'abord au genou, moins souvent au coude et à l'extrémité supérieure du fémur, rarement au maxillaire inférieur.

Vu par le Président de la thèse,
Strasbourg, le 9 novembre 1865,
SCHUTZENBERGER.

Permis d'imprimer,
Strasbourg, le 9 novembre 1865,
Le Recteur, DELCASSO.

ERRATA.

Page 7, ligne 17, au lieu de : modifiée, lisez : momifiée.

— 10, — 12, — lésions, — affections.

— 14 et 15, — MM. Gros et Lancereaux, après avoir passé en revue . . . concluent-ils, lisez : Après avoir passé en revue . . . nous ne nions pas, concluent MM. Gros et Lancereaux.



BIBLIOGRAPHIE.

- 1 Gaz. hebd. de méd. et de chirurg. 1864, p. 501.
- 2 Bedel. De la syphilis cérébrale, Thèse, Strash. 1851.
- 3 Hildenbrandt. De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Thèse, Strash. 1859.
- 4 Sorel. Des paralysies syphilitiques du mouvement. Thèse, Strash. 1862.
- 5 Ladreit de Lacharrière. Des paralysies syphilitiques. Thèse, Paris 1861.
- 6 Gros et Lancereaux. Des affections nerveuses syphilitiques.
- 7 Zambaco. Affections nerveuses syphilitiques.
- 8 Bedel. De la syphilis cérébrale. Thèse, Strash. 1851.
- 9 Dumoulin. De la cachexie en général et de la cachexie syphilitique en particulier Thèse, Paris, 1848.
- 10 Rodet. Gaz. médic. de Lyon, 1858.
- 11 Gyor. Arch. générales de méd., 1859, vol. I, p. 614.
- 12 Virchow. De la syphilis constitut. trad. de P. Picard, p. 171 à 186.
- 13 Essmarch et Jessen. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie.*
- 14 Blachez et Luys. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 29 mars 1861.
- 15 Ladreit de Lacharrière. Thèse loc. cit. p. 36.
- 16 Lancereaux. Gaz. hebd. de méd. et de chir. Obs. VI (p. 596) VII (p. 598) VII bis. (p. 644)
- 17 Van Oordt. Des tumeurs gommeuses. Thèse Paris, 1859, obs. VI et VII.
- 18 Lebert. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1851, T. XXVI, p. 139. 1852, T. XXVII, p. 23.
- 19 Verneuil. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1855, T. XXX, p. 97.
- 20 Gros et Lancereaux. Des aff. nerveuses syphil. p. 149-159.
- 21 Virchow. De la syphilis constit. p. 171-185.
- 22 Van Oordt. Des tumeurs gommeuses. Thèse Paris, 1859, p. 28.
- 23 Faures. Gaz. méd. de Toulouse, 1854, p. 265.
- 24 Lancereaux. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1864, p. 585, 647, 648.
- 25 Virchow. De la syph. const. p. 156, 157.
- 26 Virchow. *Handbuch der speciellen Path. und Therap. Bd. II.* p. 576 § 338
- 27 Depaul. 1^o Mém. de l'Acad. de Méd. 1853, T. XVII, p. 503. — 2^o Bull. de la soc. anat. de Paris, 1851, T. XXVI, p. 316. — 3^o id. 1854, T. XXIX, p. 47 et seq.
- 28 Robin. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1852, T. XXVII, p. 23.
- 29 Depaul. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1854, T. XXIX, p. 47.
- 30 Guichard. Étude sur le Pemphigus cong., Thèse Paris, 1860, obs. I et III.
- 31 Ollivier et Ranvier. Du Pemph. des nouveau-nés. Mém. de l'Acad. de méd. 1864, 3^e partie, T. XXVI, p. 554.
- 32 Lancereaux. Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1864, p. 649, n^o 39.
- 33 Ricord. Gaz. des hôpitaux, 1851, Pemphigus.
- 34 Ricord. Gaz. des hôpit. T. VII, p. 610.
- 35 Ricord. Iconographie, pl. XXVIII et XXVIII bis.
- 36 Ricord. Iconographie, pl. XXIX.
- 37 Mac-Carthy. Thèse Paris, 1844, p. 39.
- 38 F. Lagneau. Des mal. pulm. causées ou infl. par la syph., Thèse Paris, 1861, obs. XLVII.
- 39 Lancereaux. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1864, obs. V (p. 585, n^o 35), obs. X (p. 647, n^o 39), obs. XI (p. 648, n^o 39).

- 40 Lancereaux. Gaz. heb. de méd. et de chir., 1864, obs. VII bis, p. 644, n° 39.
- 41 F. Lagneau. Thèse. *Loc. cit.*
- 42 Charnal. Quelques consid. sur les rétréciss. cicat. de la trachée, conséc. aux altér. de ce condmt. Thèse Paris, 1859.
- 43 Morgagni. T. IX. Lettre 58e, § 4, 5, 6 et 7.
- 44 Petit-Radel. Cours de mal. syph. faits aux écoles de méd. de Paris en 1809 et années suiv. T. II, p. 128.
- 45 Virchow. *Path. und Therap. Bd. II.* p. 670, § 320.
- 46 Virchow. De la syph. constit., p. 58.
- 47 Delineau. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1841, T. XVI, p. 278.
- 48 Gerdy. Chir. prat. T. III.
- 49 Nélaton. Élém. de path. chir., T. I.
- 50 Hunter. Traité de la mal. vénér., trad. par Richelot.
- 51 Vidal. Traité des mal. vénér.
- 52 Follin. Traité de path. ext., T. I.
- 53 Gaz. heb. de méd. et de chir., 19 juill. 1861.
- 54 L. V. Lagneau. Exposé des sympt. de la mal. vénér., p. 183.
- 55 Virchow. *Path. und Therap. Bd. II.* p. 568, § 314.
- 56 Lallemand. Clinique médico-chir., p. 47.
- 57 Desruelles. Traité prat. des mal. vénér.
- 58 Bull. de la soc. anat. de Paris, 1844, T. XIX, p. 201.
- 59 Denonvilliers et Gosselin. Comp. de chir. prat., T. II.
- 60 A. Cooper. Revues chir. compl. trad. par Chassaignac et Richelot., p. 600
- 61 Lagneau. Arch. de méd., 1857, vol. I, p. 554.
- 62 Charrier. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1854, T. XXIX, p. 238.
- 63 Denonvilliers et Gosselin. Comp. de chir. prat., T. II.
- 64 Monod. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1828, T. III, p. 92.
- 65 Hildenbrandt. Thèse. *Loc. cit.*
- 66 Lancereaux. Gaz. heb. de méd. et de chir., 1864, obs. V (p. 586, n° 35), obs. VI (p. 596, n° 36), obs. VII (p. 598, n° 36), obs. XIV (p. 661, n° 40).
- 67 Virchow. *Path. und Therap., Bd. II.* p. 569, § 318.
- 68 Virchow. De la syphilis constit., p. 37 et seq.
- 69 Boys de Loury. Gaz. heb. de méd. et de chir., 1860, p. 632.
- 70 Van Oordt. Thèse. *Loc. cit.*, p. 50.
- 71 Rayer. Ann. de thérap. 1847, T. V, p. 338.
- 72 Richet. Mém. de l'Acad. de méd., 1853, T. XVII, p. 249.
- 73 Melchior Robert. Traité des mal. vénér. p. 376.
- 74 Virchow. *Path. und Therap.*, p. 575, § 322.
- 75 Maquet. Bull. de la soc. anat. de Paris, 1846, T. XXI, p. 270.
- 76 Reynaud. Arch. de méd., 1831, T. XVI, p. 161.
- 77 Gerdy. Chirurg. prat., T. III, obs. XI, p. 180.
- 78 Reynaud. Thèse. 14 juill. 1829. — Proposition 30.
- 79 Chassaignac. Traité prat. de la supp. et du drainage chirurg.
- 80 J. Roux. Mém. de l'Acad. de méd., 1860, II^e partie, T. XXIV.
- 81 Gamet. Ostéo-périostite juxta-épiphysaire. Thèse Paris, 1862-63.

QUESTIONS

POSÉES PAR LA FACULTÉ ET TIRÉES AU SORT, EN VERTU DE L'ARRÊTÉ DU CONSEIL
DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DU 22 MARS 1842.

1. *Anatomie.* — Que présente de particulier la distribution des nerfs sensoriaux?
 2. *Anatomie pathologique.* — Du cancer du rectum.
 3. *Physiologie.* — De l'anémie.
 4. *Physique médicale.* — Théorie, usage et choix des bésicles.
 5. *Médecine légale.* — Quels sont les signes certains de la mort?
 6. *Accouchements.* — Qu'est-ce que la délivrance?
 7. *Histoire naturelle médicale.* — Caractères microscopiques du lait.
 8. *Chimie et Toxicologie.* — De la potasse et des composés potassiques.
 9. *Pathologie et Clinique externes.* — Quels sont les signes propres à chaque genre de luxation du bras?
 10. *Pathologie et Clinique internes.* — De l'affection dite uroémie.
 11. *Médecine opératoire.* — Du moxa.
 12. *Matière médicale et Pharmacie.* — En quoi le garou diffère-t-il des cantharides?
-

7671 7671

