

bitation en commun dans un air confiné, dans des locaux insuffisants, où les chances de contagion se multiplient.

Lorsqu'un phtisique aura succombé dans une pièce, on devra se livrer à une désinfection méthodique et complète de la chambre par les procédés usuels : étuve à vapeur pour la literie et les objets mobiliers, pulvérisation de sublimé pour tout objet auquel ne peut s'appliquer l'emploi de la vapeur surchauffée.

Enfin les individus sains et exposés à la contagion devront être soumis à une hygiène spéciale : vivre au grand air, éviter la fatigue, le surmenage, les bronchites qui servent fréquemment de porte d'entrée au bacille tuberculeux. Tout ce traitement prophylactique se résume en ces deux formules générales : « 1° Modifier le terrain de façon à le rendre moins apte au développement du parasite si l'inoculation venait à se produire; 2° éviter les causes de contagion, en appliquant plus sévèrement encore cette règle aux individus qui paraissent héréditairement ou accidentellement prédisposés à la tuberculose » (Debove).

H. DUBIEF.

## SYPHILIS PLEURO-PULMONAIRE

**Historique.** — Morton, Astruc, Portal, avaient décrit une *phtisie vénérienne*. Son existence fut révoquée en doute par Laennec et Andral. A leur suite, ce n'est qu'avec une grande hésitation que l'on se résolut à admettre que la syphilis pouvait porter son action sur le poumon. Mais les travaux de Lagneau, Gintrac, Landrieux, Fournier, Lancereaux, en France, de Goodhart, Tiffany, Schnitzler, Pancritius, Hiller, à l'étranger, apportèrent un tel contingent de preuves que la question fut définitivement tranchée. Les importantes thèses de Carlier (1882), de Jacquin (1884) et les leçons récentes de MM. Potain et Dieulafoy ont bien montré les divers aspects sous lesquels se présente la syphilis pulmonaire.

Quant à la *pleurésie syphilitique*, la plupart des observateurs ont noté sa coïncidence fréquente avec les lésions du poumon, mais on ne lui a consacré qu'un petit nombre de publications spéciales.

**Étiologie.** — Les lésions syphilitiques du poumon s'observent dans deux conditions :

1° Au cours d'une *syphilis acquise*, à sa période tertiaire, et presque toujours assez tardivement. Les cas précoces sont tout à fait exceptionnels; on en a rapporté un dans lequel l'infection ne datait que d'un an; souvent, au contraire, les symptômes pulmonaires n'ont apparu que quinze ou vingt ans après le chancre.

2° Dans la *syphilis héréditaire*, soit chez le nouveau-né, soit chez l'adolescent ou l'adulte. M. Fournier a réuni cinq cas probants de pneumopathies dues à la *syphilis héréditaire tardive*, M. Lancereaux en rapporte trois cas; depuis que l'attention a été attirée sur les faits de cet ordre, on en a observé un assez grand nombre.

La *fréquence* de la syphilis du poumon est difficile à évaluer; chez l'adulte, elle est certainement moins rare qu'on ne l'a cru longtemps; chez les enfants syphilitiques, les lésions de l'appareil respiratoire sont communes, moins pourtant que celles du foie et du système osseux.

**Anatomie pathologique.** — La syphilis produit dans le poumon, comme dans d'autres organes, des lésions ou circonscrites ou diffuses. Avant d'étudier le processus qui conduit du stade d'infiltration embryonnaire à la gomme et à la sclérose, j'exposerai quelles sont, à un point de vue concret, les lésions qu'on observe, et d'abord chez l'adulte.

*Gommes du poumon.* — Elles ont un aspect caractéristique; à l'état de crudité, elles se présentent sous forme de masses arrondies, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noix, ou même d'un œuf. A la coupe, elles apparaissent composées d'une matière dure, sèche, coriace, difficile à écraser, d'un blanc jaunâtre opaque, qui est entourée d'une coque ou zone fibreuse, grisâtre et nacréée.

Au microscope, la masse centrale semble dépourvue de structure ou bien conserve vaguement l'aspect de tissu pulmonaire sclérosé; en tout cas, tous les éléments sont en dégénérescence granuleuse et leurs noyaux ne se colorent plus. La coque fibreuse est formée de tissu conjonctif dense; parfois une zone embryonnaire, avec cellules géantes, la sépare du noyau caséux. Au pourtour le tissu pulmonaire est sclérosé dans une certaine étendue. Les vaisseaux sanguins du voisinage sont atteints d'artérite, ceux qui pénètrent dans la gomme sont oblitérés et dégénérés.

Quand les gommes sont anciennes, ou plutôt sous l'influence d'une infection secondaire, elles peuvent se ramollir et se transformer en une bouillie caséuse qui est évacuée par une bronche. Il reste alors une caverne à paroi fibreuse, tapissée intérieurement par les vestiges du tissu gommeux.

Les gommes sont généralement peu nombreuses; on n'en trouve qu'une, ou une demi-douzaine, parfois jusqu'à une quinzaine dans

chaque poumon. Elles siègent en un point quelconque de l'organe, mais paraissent avoir une prédilection pour la partie moyenne et le voisinage du hile. On peut trouver une infiltration gommeuse de quelques-uns des ganglions bronchiques.

Le diagnostic anatomique des gommages est en général facile ; les tubercules sont d'habitude moins gros, ont plus de tendance à se ramollir dès qu'ils atteignent un certain volume et siègent de préférence aux sommets ; ils contiennent des bacilles de Koch, ce qui constitue un critérium absolu.

*Sclérose.* — D'après certaines statistiques, c'est sous la forme scléreuse que se présenteraient le plus souvent les lésions syphilitiques du poumon. Cette sclérose ressemble à l'œil nu et au microscope à celle des broncho-pneumonies chroniques, de la phtisie fibreuse, etc. Son caractère spécifique n'est révélé que par sa distribution parfois spéciale ou par la coexistence de foyers gommeux.

Quand elle est très accusée, comme dans une observation de M. Lancereaux, les poumons adhèrent intimement à la paroi costale ; leur surface est ravinée, labourée de sillons profonds qui correspondent, sur la coupe, à de larges tractus fibreux ; entre les dépressions, le parenchyme est induré (infiltration grise de Tiffany), ou emphysémateux. Parfois on ne trouve à l'extérieur que des cicatrices étoilées, et, sur une section du poumon, des nodules formés par un manchon fibreux autour de certaines bronches d'où partent des travées rayonnées ; ces bronches sont ou rétrécies, ou plus souvent dilatées ; dans quelques cas on a vu une portion du poumon transformée en un bloc rougeâtre ou grisâtre, dans lequel les bronches sont dilatées, les alvéoles au contraire oblitérés ou rétrécis par l'épaississement fibreux de leurs cloisons.

Il est très fréquent de voir coexister la sclérose et les gommages ; celles-ci siègent alors au milieu des larges travées fibreuses, quelquefois dans leur intervalle ; c'est la *forme scléro-gommeuse* qui constitue le type achevé des lésions syphilitiques du poumon.

*Broncho-pneumonie syphilitique de l'adulte.* — Les formes anatomiques dont je viens de parler correspondent à un état déjà avancé du processus ; la sclérose et la gomme sont, pour ainsi dire, des aboutissants. Quelques auteurs ont observé le stade préparatoire de ces lésions. C'est la *broncho-pneumonie syphilitique*, qui paraît pouvoir affecter une marche aiguë, subaiguë ou chronique. Tantôt on a noté un aspect voisin de la pneumonie blanche dont je parlerai plus loin ; tantôt les altérations ne différaient de celles de la pneumonie lobulaire commune que par une infiltration plus marquée des cloisons alvéolaires, par une tendance à l'encapsulement

des lobules et à la dégénérescence caséuse de leur partie centrale (Rémy<sup>1</sup>, Porter<sup>2</sup>).

*Pleurésie syphilitique.* — J'ai dit déjà que la plèvre était fréquemment lésée quand le poumon est atteint de gommages superficielles ou de sclérose ; on a décrit une adhérence intime des deux feuillets par des néo-membranes fibreuses, et une hyperplasie considérable pouvant atteindre par places l'épaisseur de 1 centimètre ; sur la coupe de la séreuse on a trouvé des masses dures, jaunâtres, de la grosseur d'un pois ou d'un grain de mil (Balzer) ; dans quelques observations il existait un épanchement de 500 grammes, de 800 grammes, ou même de 2 litres de sérosité louche et sanguinolente. D'après la classification proposée par Nikulin<sup>3</sup>, ces cas se rapporteraient à la *pleuro-pneumonie syphilitique* ; il désigne sous le nom de *péripleurésies* ceux dans lesquels l'irritation est transmise à la plèvre par des lésions syphilitiques de la paroi thoracique. L'existence d'une pleurésie tertiaire *essentielle* et primitive n'est pas démontrée.

*Syphilis héréditaire. Pneumonie blanche.* — A l'autopsie de mort-nés ou d'enfants n'ayant vécu que quelques semaines, la syphilis du poumon se traduit par un état déjà observé par Depaul, bien décrit par Virchow sous le nom de *pneumonia alba*, et étudié depuis par Parrot, Cornil, etc. Cette lésion affecte la forme de noyaux disséminés, ou la forme cohérente, lobaire. Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, on trouve le poumon parsemé de nodules durs, d'un blanc grisâtre, du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette ; leur coupe est lisse, sèche, leur tissu compact, résistant, non friable. On pourrait être tenté de les prendre pour des gommages ou des tubercules ; mais l'histologie démontre qu'il s'agit, non d'une caséification, mais d'un processus inflammatoire. Le tissu conjonctif péribronchique et inter-alvéolaire est épaissi par une infiltration embryonnaire ; les alvéoles sont rétrécies et bourrées de cellules épithéliales détachées et peut-être proliférées ; il en résulte un aspect presque homogène de la coupe. Les lésions d'artérite sont très prononcées<sup>4</sup>.

Tous les auteurs ont noté qu'en dehors de cette pneumonie bien spéciale, interstitielle et épithéliale, on trouve souvent chez les enfants syphilitiques des broncho-pneumonies vulgaires, banales, auxquelles ils sont prédisposés par la cachexie.

*Évolution des lésions.* — On peut concevoir comme suit la relation qui existe entre les différentes altérations syphilitiques du poumon.

1. In Th. de JACQUIN.

2. PORTER (*New-York med. Journ.*, 1885. — *Med. Record.*, 1887).

3. W. NIKULIN, Ueber die Lues der Pleura (*Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 981).

4. BALZER et GRANDHOMME (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1887. — MARFAN et TOUPET (*Ann. de dermatol. et de syph.*, 1890, p. 637).

La pneumonie qu'on observe chez les nouveau-nés ou chez les adultes qui ont succombé d'une façon précoce, tend à évoluer vers la sclérose (syphilome diffus); si la lésion artérielle va jusqu'à l'oblitération d'un rameau, il en résulte la nécrobiose d'une portion de tissu, c'est-à-dire une gomme. J'ai observé plusieurs fois des gommes typiques du poumon sur des enfants, syphilitiques héréditaires, qui ont vécu un certain temps, notamment sur une fillette morte à l'âge de trois ans dans le service de M. Lannelongue en 1883. Le processus de formation des gommes par coalescence de nodules élémentaires, ou follicules syphilitiques, paraît exceptionnel dans le poumon.

*Lésions concomitantes.* — La coïncidence de lésions syphilitiques d'autres organes est habituelle et parfois précieuse pour le diagnostic. Il suffira de citer les syphilides cutanées, muqueuses ou leurs cicatrices, les altérations osseuses ou viscérales portant sur le foie, l'encéphale, le testicule, etc. Il faut une mention spéciale aux lésions syphilitiques laryngées et trachéo-bronchiques, les ulcérations, gommes ou sténoses des voies aériennes coexistant fréquemment avec la syphilis du poumon. Dans la syphilis héréditaire, précoce ou tardive, il y a généralement tout un ensemble caractéristique de lésions ou de malformations.

*Symptomatologie.* — Dans un certain nombre de cas, des lésions, même importantes, telles que des gommes crues volumineuses, sont restées absolument *latentes* et ont constitué des trouvailles d'autopsie.

Ordinairement les pneumopathies syphilitiques se manifestent par des symptômes très variables et n'ayant rien de caractéristique. On est donc exposé à les confondre avec des affections pulmonaires plus communes. Il faut envisager successivement les diverses formes qu'elles affectent.

Le plus souvent la syphilis pulmonaire prend le masque de la tuberculose chronique vulgaire et mérite le nom de *phtisie syphilitique*. Après un début insidieux, marqué par une toux sèche ou avec expectoration muqueuse ou muco-purulente, on peut voir survenir une dyspnée surtout nocturne, un point de côté parfois intense et des hémoptysies. Celles-ci, quoi qu'on en ait dit, sont fréquentes, mais rarement très abondantes; certains malades ont pourtant rendu deux verres et jusqu'à un litre de sang. A l'examen de la poitrine on peut rencontrer, suivant la période à laquelle on est consulté, de la submatité ou de la matité localisées et toute la gamme des souffles doux, tubaire ou caverneux, et des râles muqueux plus ou moins gros, jusqu'au gargouillement.

Certains caractères de la maladie peuvent toutefois mettre en

éveil et faire soupçonner la nature réelle des lésions. C'est d'abord une discordance fréquente entre les signes physiques et les troubles fonctionnels, soit une fatigue, un accablement et une dyspnée hors de proportion avec ce qu'on trouve à l'auscultation; soit, au contraire, un état général conservé bon, sans amaigrissement, sans anorexie et surtout sans fièvre, alors que l'on constate l'existence d'une caverne déjà volumineuse. Cependant la formule de Bazin, qui disait que « le syphilitique est un phtisique bien portant », n'est pas toujours justifiée, tant s'en faut; souvent l'émaciation, l'affaiblissement, la cachexie avec fièvre hectique et sueurs nocturnes, viennent compléter le tableau. On rattache ces phénomènes, avec raison sans doute, à des infections surajoutées.

D'autres indices peuvent être fournis par le siège des lésions qui se localisent n'importe où, le plus habituellement à la partie moyenne du poumon, plus souvent à droite, et qui sont assez fréquemment unilatérales; en tout cas elles n'ont pas, comme celles de la tuberculose, de prédilection pour les sommets. On a noté aussi que l'apparition de la caverne peut être marquée par une véritable vomique, dont la matière contient des productions gommeuses.

Une forme clinique plus rare, et très difficile à diagnostiquer, est celle qui *simule la broncho-pneumonie chronique*. Une toux chronique durant des mois et des années, avec expectoration abondante et fétide, les symptômes physiques d'induration pulmonaire et de dilatation des bronches, permettent bien de reconnaître l'existence d'une sclérose, mais non d'en spécifier l'origine et la nature.

Sous le nom de *broncho-pneumonie syphilitique aiguë* on pourrait classer les cas, très rares en réalité, dans lesquels on a vu survenir, chez un syphilitique, une affection présentant tous les traits de la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, avec la fièvre, la toux, la dyspnée, l'amaigrissement et les sueurs, et ayant disparu sous l'influence du traitement spécifique.

La *pleurésie syphilitique tertiaire* n'a pas d'histoire clinique indépendante, et ce que j'en ai dit au chapitre d'anatomie pathologique pourra suffire. Récemment, on a parlé d'une *pleurésie secondaire* du stade roséolique de la syphilis, mais les cas en sont trop rares, eu égard au nombre des syphilitiques, et les caractères trop peu tranchés pour qu'on puisse affirmer aujourd'hui qu'il ne s'agit pas là d'une complication fortuite.

La *pneumonie blanche* des nouveau-nés ne saurait qu'être soupçonnée; étant donné que, dans les mêmes conditions, on peut avoir affaire à une broncho-pneumonie vulgaire, les signes physiques, s'il y en a, n'ont pas grande valeur.

Les pneumopathies causées par la *syphilis héréditaire tardive*

affectent la même symptomatologie que celles de la syphilis acquise.

**Diagnostic.** — J'ai insisté déjà sur sa difficulté fréquente et signalé les présomptions qu'on peut tirer de l'état général, de la marche et de la localisation des lésions. En pratique, le diagnostic de lésions pulmonaires suspectes se base surtout sur l'existence, chez le sujet, d'une syphilis indubitable, attestée soit par des antécédents bien nets, soit, mieux encore, par des stigmates certains ou des lésions en évolution (gommées de la peau, des muqueuses, exostoses, laryngite syphilitique, lésions viscérales, etc.). Dans quelques observations anciennes, malgré des coïncidences spécifiques telles qu'un phagédénisme tertiaire du pied (Fournier<sup>1</sup>), des hyperostoses multiples (Gaudichier<sup>2</sup>), la confusion avec la tuberculose a été commise et les effets du traitement sont seuls venus démontrer l'erreur. Ces faits sont précieux par l'enseignement qu'ils renferment, en montrant la valeur qu'on doit attacher à des lésions concomitantes.

La recherche du bacille de Koch caractéristique de la tuberculose, dans les crachats, fournira d'autre part un renseignement de haute valeur. Il faut savoir cependant que l'association des deux maladies est loin d'être rare; un syphilitique pouvait être tuberculeux d'avance; on voit aussi très fréquemment la tuberculose venir se greffer sur un poumon syphilitique. L'analyse attentive de l'évolution des accidents pourra seule permettre un diagnostic exact dans ces conditions délicates.

Enfin le traitement spécifique, qui doit toujours être administré dans un cas douteux, peut servir au diagnostic en donnant une amélioration dans les cas compliqués de tuberculose et dans les formes scléreuses, en amenant des guérisons surprenantes dans la phtisie syphilitique pure.

**Pronostic.** — Le pronostic dépend donc tout entier de la clairvoyance du médecin; abandonnées à elles-mêmes, les pneumopathies syphilitiques conduisent plus ou moins rapidement à la consomption et à la mort; reconnues et traitées, je viens de dire ce qu'il en advient. On devra se souvenir de la tendance qu'a la syphilis à récidiver dans les viscères qu'elle a touchés une première fois.

**Traitement.** — C'est celui de la syphilis viscérale en général. On donnera l'iodure de potassium à la dose de 4 à 10 grammes par jour et accessoirement le mercure, soit en frictions, soit par la voie buccale.

J. DARIER.

1. A. FOURNIER (*Union méd.*, 1878, p. 829 et 850).

2. GAUDICHIER (*Ann. de dermat. et de syphil.*, 1885).

## CANCER DU POUMON

**Historique.** — Le cancer du poumon était classé par Bayle parmi les phtisies. Laennec en donna une description anatomique, sous le nom d'« encéphaloïdes du poumon ». L'histoire clinique en a été faite par Stokes (1837) et Walshe (1846-1854). Enfin, des travaux modernes ont fait connaître ses variétés de structure microscopique et ont éclairé ses différents modes de développement. Le mot *cancer* est pris ici dans son acception la plus étendue, comme synonyme de néoplasme malin.

**Étiologie.** — Le cancer du poumon est ordinairement *secondaire*; il succède fréquemment au cancer du sein ou encore à celui de l'estomac, du foie, du rectum, du testicule, de l'utérus, des capsules surrénales: affections qui s'observent surtout après quarante ans. C'est la plus commune des localisations viscérales auxquelles donnent lieu les sarcomes des membres et, en pareil cas, il s'observe dans la jeunesse. Il apparaît souvent après l'extirpation de la tumeur primitive, et même au bout de plusieurs années.

Le cancer *primitif* est rare et se développe parfois chez de jeunes sujets.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue des apparences macroscopiques, il y a lieu de distinguer deux types: le cancer massif et le cancer diffus.

Le *cancer massif*, occupant un lobe ou la plus grande partie d'un lobe, se présente comme un bloc de tissu grisâtre, lardacé. On y trouve parfois de petits kystes à contenu louche, sur les limites de la tumeur. La masse peut être creusée de petites cavernes dont le développement est sans doute favorisé, suivant M. Ménétrier<sup>1</sup>, par l'invasion des microbes (streptocoques). Cette forme appartient surtout au cancer primitif, qui siège souvent d'un seul côté.

Le *cancer diffus* est constitué par des noyaux disséminés, en nombre très variable. Les uns sont superficiels et forment, à la surface de la plèvre, des nodules gros comme des grains de mil ou des marrons; ils peuvent ressembler à des plaques d'aspect cireux, comparées à des gouttes de bougie, de consistance parfois squirreuse et lardacée; ou bien ils font saillie et végétent comme des

1. *Soc. anatomique*, 12 nov. 1886, p. 643.