

comme elles s'avancent peu à peu jusqu'au-dessus de la fourchette sternale, elles deviennent habituellement appréciables au toucher. D'autres lésions peuvent tromper : le cancer épithélial de l'œsophage est de ce nombre. Cette altération, dont j'ai pu observer plusieurs exemples (1), perfore quelquefois la trachée, fait saillie dans sa cavité et rétrécit plus ou moins son calibre. De là, dyspnée, sifflement trachéal, accès de suffocation, tous symptômes qui peuvent faire croire à un rétrécissement syphilitique de la trachée. La gêne de la déglutition, et parfois aussi l'altération de la voix qui résulte de l'envahissement de l'un des deux nerfs laryngés par la production épithéliale, sont des signes qui, joints aux commémoratifs, serviront à éclairer le médecin dans ces cas difficiles. Les commémoratifs du malade, l'absence de signes indiquant l'existence d'une tuberculisation pulmonaire, la longue durée du mal, sont autant de circonstances qui pourront aider à reconnaître la bronchopathie syphilitique.

Le pronostic des affections syphilitiques de la trachée et des bronches est sérieux toutes les fois que l'altération occupe une grande étendue, qu'elle détermine un rétrécissement notable de ces parties. Le rétrécissement cicatriciel est grave surtout par ce fait qu'il résiste à toute médication spécifique.

§ 3. — Pneumonite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — NICOLAS MASSA signale l'asthme et la diarrhée comme symptômes consécutifs aux tumeurs gommeuses; voyez *Aphrodisiacus* de Luisinus, p. 45. — PORTAL, *Observations sur le traitement de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1792. — J. FRANK, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 267, chap. IV, 27, trad. Bayle. — LEMONNIER, Thèse de Paris, 1810. — WILLIAM MUNK, *Med. gaz.*, avril et mai 1841. — A. DUMOULIN, Thèse de Paris, 1848, p. 49. — LAGNEAU, *Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis*, 1851. Thèse de Paris. — RICORD, *Iconographie*, pl. XXVIII et XXVIII bis. — BUDD, *Diseases of the liver*, p. 419. London, 1857. — SPENCER WELLS, *Medical Times*, 3 juillet 1858. — S. WILKS, *On the syph. Affect. of the intern. organs*, Guy's Hospital Reports, série 3, vol. IX, p. 34. — CORNIL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1861. — PIHAN DUFELLAY, *Ibid.* — HUTCHINSON et JACKSON, *Med. Times and Gaz.*, 11 octobre 1862. — E. WAGNER, *Archiv der Heilkunde*, p. 361. Leipzig, 1863. — A. DE NAUX, *Maladies pulmonaires syphilitiques*, *Annales de la Société de médecine de Gand*, janv. et fév. 1864. — LANCEREAUX, *Des lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle*, *Gaz. hebdomadaire de Paris*, 1864. — GINTRAC, *Observ. de phth. syphilit.*, *Soc. de médecine de Bordeaux*, et *Gaz. hebdomadaire de Paris*, 1867. — P. LACAIZE, *Essai sur la phthisie syphilitique*, Thèse de Paris, 1870. — E. LANDRIEUX, *Des pneumopathies syphilitiques*, Thèse de Paris, 1872.

Les syphiligraphes des deux premiers siècles se contentent de mentionner les affections spécifiques des poumons. Jacques de Béthencourt (2) signale leur existence comme il suit : « En certains cas on observe de l'œdème, des ulcérations pulmonaires, des phénomènes de consommation progressive, et d'autres affections qui épuisent insensiblement les forces de l'organisme et aboutissent au marasme. » Les médecins du dernier siècle connaissent déjà mieux la

(1) Lancereaux, *Deux cas de cancer épithélial de l'oesophage*, *Bull. de la Société anatom.*, 1864.

(2) J. de Béthencourt, *Nouveau carême de pénitence*, etc., trad. par Fournier. Paris, 1871, p. 46.

syphilis pulmonaire, c'est pour eux la phthisie vénérienne (phthisis a lue venerea). La plupart désignent sous cette dénomination une affection pulmonaire causée par le virus vénérien, différente de cet état particulier que nous appelons cachexie. Morton (1), consacrant à ce genre d'affection le chapitre VII de sa *Phthisiologie*, donne une observation qui ne manque pas d'intérêt. Baglivi (2) écrit dans ses *Præces medicæ* : « Certo constat phthisin sæpissime esse morbum secundarium a variis morbis principalibus, v. g. lue venerea, etc. » Hoffmann (3) rapporte deux faits de phthisie vénérienne qu'il discute et critique. Morgagni (4) en cite aussi deux exemples; mais il pense, et en cela il se rapproche de l'opinion de Morton, que la maladie vénérienne n'a d'autre action que de favoriser le développement de l'altération des poumons. Astruc (5) insiste sur les symptômes pulmonaires liés à l'existence de la vérole. Tode, Schwartze (6), Meza (7), admettent aussi la phthisie vénérienne, dont ils relatent quelques cas. Sauvages (8), à l'exemple de Morton, fait de cette maladie la huitième variété de ses phthisies, et sa manière de voir fut adoptée plus tard par Cullen et Macbride. Schræder (9) dit en parlant du virus vénérien : « Producit.... inflammationes, spasmos, tumores et tubercula, in variis partibus nec non raro in pulmonibus. » J. P. Frank (10) cite l'action du virus syphilitique sur les poumons parmi les causes de l'hémoptysie. De Horne (11), Carrère (12), Tandon (13), ont vu des troubles graves de la poitrine guérir sous l'influence d'un traitement spécifique. Swediaur (14) et Saucerotte (15) parlent de la phthisie syphilitique pulmonaire. Portal (16) en traite assez longuement. Joseph Frank (17) lui reconnaît trois périodes. Petit-Radel (18) en donne quelques observations qu'il emprunte à Larrey. Van der Kolk écrit à ce sujet (19) : « Etenim non raro in perscrutando cadavera syphiliticorum, qui dum vivebant phthisici videbantur, inveni in pulmonibus, præcipue in medio lobo, ulcus quoddam seu pus collectum sine ullo tuberculo cingenti. » Enfin, sans nous arrêter sur différents faits que contiennent les recueils scientifiques, mentionnons, comme trait d'union entre les observations anciennes et les recherches

(1) R. Morton, *Opera medica*, Lugduni, 1737, p. 406.

(2) Baglivi, *Opera medica*, Lugduni, 1745, p. 200.

(3) F. Hoffmann, *Opera omnia*. Genève, 1748. De lue venerea, p. 424, t. III, c. IV.

(4) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, t. II, epist. XXII, art. 10, 11 et 15; t. I, p. 525, trad. franç. (*Encyclop. des sciences médic.*).

(5) Astruc, *De morbis veneris*, in-4°, t. I, p. 425.

(6) Schwartze, *Dissertatio observationes quasdam continens*.

(7) Meza, *Societatis Havniensis Collectanea*, 1774, vol. I, art. 21.

(8) Sauvages, *Nosologie méthodique*, trad. Nicolas, 1785, t. III, p. 457. — *Nosologia methodica*, Amsterdam, 1768, t. II, p. 457.

(9) Th. G. Schræder, *Tractatus medicus de pleumonde ejusque speciebus*, Gottinge, 1779, art. DE PNEUMON. SYPHILIT. 70.

(10) J. P. Frank, *Médecine pratique*, t. II, p. 308, trad. Goudareau, Paris, 1842.

(11) De Horne, *Différentes méthodes d'administrer le mercure*, t. II, p. 447, 1779.

(12) Carrère, *Maladies vénériennes chroniques sans signes évidents*, p. 64 et 181, obs. v.

(13) Tandon, *Traitement et guérison d'une phthisie vénér. par la méthode de Huguénot* (*Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*, t. I, p. 176).

(14) Swediaur, *Maladies vénériennes*, 4^e édit., t. II, p. 169, 1804.

(15) Saucerotte, *Journal de méd. de Corvisart*, 1812, p. 750.

(16) Portal, *Observat. sur le traitement de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1809.

(17) J. Frank, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 167, ch. IV, trad. Bayle.

(18) Petit-Radel, *Cours des maladies syphilitiques*, t. II, p. 3, Paris, 1812.

(19) Van der Kolk, *Observat. anatomo-patholog.*, 1827, p. 129 et suiv.

modernes, le travail de Munk (1) sur les maladies spécifiques des poumons et la thèse inaugurale de G. Lagneau (2).

Jusqu'ici deux doctrines sont mises en avant : l'une considère certaines maladies pulmonaires comme directement produites par la syphilis, l'autre regarde la syphilis comme une simple cause occasionnelle de ces maladies. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette dernière ; mais tout d'abord disons que si un certain nombre de faits de phthisie vénérienne publiés par les auteurs anciens ont trait à des altérations de la trachée ou des bronches, il n'en est pas moins vrai que l'on ne peut aujourd'hui conserver le moindre doute au sujet d'une influence directe de la syphilis sur le parenchyme des poumons. Diffuses ou circonscrites, les lésions qui en résultent laissent à leur suite des cicatrices ; elles présentent les mêmes modes anatomiques que les lésions des autres organes.

Étude anatomique. — La pneumonite diffuse ne peut être établie que d'après un petit nombre de faits, mais ceux-ci sont suffisants pour ne laisser aucun doute dans l'esprit. Le siège de cette modification est variable : tantôt elle occupe les lobes supérieurs ou le lobe moyen, tantôt elle reste limitée aux lobes inférieurs, et ainsi il est permis de croire qu'elle peut envahir à peu près indistinctement les différentes parties des poumons, sans acquérir néanmoins une étendue bien considérable. La portion du parenchyme affectée est plus ferme, plus dure, élastique, résistante à la pression, friable, imperméable à l'air, et, par conséquent, non crépitante. Située au voisinage de la surface des poumons, l'altération est marquée à son début par une légère tuméfaction, plus tard par une dépression plus ou moins profonde, conséquence du retrait subi par le tissu de nouvelle formation. Dans un cas rapporté par Vidal, il existait au pourtour des bronches une masse indurée d'une couleur gris bleuâtre, ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette masse, qui remplaçait une portion du parenchyme pulmonaire, offrait à la pression une résistance telle qu'on aurait pu la prendre pour une périostose. Elle avait pour siège une partie des lobes inférieurs, tandis que le reste du poumon était souple et doux au toucher. Nulle part on ne put trouver la moindre trace de tubercules. Wilks dit avoir vu l'induration du tissu des poumons dans un certain nombre de cas de maladie vénérienne, mais il hésite à rattacher cette lésion à la syphilis.

Dans un fait observé par nous, la lésion occupait la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche (3). A ce niveau, la surface pulmonaire présentait une large dépression avec plis radiés, le parenchyme était remplacé par un tissu fibreux, ferme, résistant, au sein duquel on apercevait de nombreux points jaunâtres, à surface légèrement grenue, constitués à l'examen microscopique par des noyaux granuleux et de nombreuses granulations moléculaires contenus dans une trame fibreuse. Les bronches qui se rendaient à cette portion du poumon, pour la plupart dilatées ou rétrécies, se terminaient, quelques-unes du moins, par des culs-de-sac ampullaires. Leurs parois opaques,

(1) Munk, *London med. Gaz.*, avril et mai 1841.

(2) Lagneau, *Des maladies pulm. causées ou influencées par la syphilis*. Paris, 1851.

(3) Voyez *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 274 et pl. 27, fig. 6.

jaunâtres et épaissies, étaient manifestement altérées. Loin d'être rare, cette modification bronchique est plutôt la règle dans les cas de ce genre, où les lobules sont aussi généralement affectés.

La pneumonite circonscrite ou gommeuse, déjà signalée par Morton, Astruc (1), Fabre, n'a été réellement étudiée que dans ces derniers temps, et, à dire vrai, les connaissances que nous en avons sont encore très-imparfaites. Les faits, au nombre de dix (2), qu'il nous a été possible de rassembler, nous ont appris que les dépôts gommeux observés dans les poumons d'adulte n'ont aucun siège de prédilection, qu'ils se rencontrent également bien dans les lobes supérieurs, moyen et inférieurs. Lorsqu'ils occupent le lobe supérieur, c'est plutôt à la partie moyenne ou inférieure qu'au sommet, siège d'élection ordinaire des tubercules.

Ces néoplasmes sont en nombre variable, et s'il n'en existe parfois qu'un seul, le plus souvent ils sont multiples ; rarement ils dépassent six ou huit. Ils se montrent sous la forme de tumeurs de coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, à peine irrégulières, arrondies, du volume d'un pois, d'une amande ou d'une grosse noix, d'une consistance primitivement ferme, élastique, plus tard un peu molle, caséeuse au centre. Déposées au sein de la trame parenchymateuse, ces tumeurs sont généralement circonscrites par un tissu induré, fibreux, grisâtre (obs. XLIII), nacré et luisant (obs. Cornil), qui leur sert comme de coque et qui, dans l'espèce, n'est pas sans importance diagnostique. Dans une section, cette coque, ou mieux cette zone, est parfaitement distincte du nodule intérieur, et tandis que, résistante sous le doigt et manifestement parcourue par de nombreux vaisseaux, elle est constituée par un tissu fibreux parfaitement développé, le noyau central est friable, peu vasculaire, formé de petites cellules et de noyaux arrondis, souvent granuleux, en voie d'atrophie et de destruction. Production sèche avant tout, la tumeur gommeuse des poumons ne tarde pas à se nécroser et à subir la métamorphose granulo-graisseuse. C'est alors que s'opère peu à peu le changement de consistance, et que la substance de nouvelle formation, primitivement solide, se ramollit du centre à la périphérie (obs. Wilks).

Parvenue à cette période, la substance gommeuse peut être résorbée en partie ou en totalité ; mais le plus souvent elle est évacuée par les bronches, et à sa place il reste une excavation plus ou moins étendue, tapissée de dépôts caséeux et toujours circonscrite par une zone fibreuse plus ou moins épaisse. Le travail en vertu duquel s'effectue cette élimination est peu connu ; mais il y a tout lieu de croire qu'il ne diffère pas de celui qui s'opère lors de l'élimination des gommages du tissu cellulaire sous-cutané (inflammation ulcéralive). Les cavernes, ainsi qu'il arrive pour ces dernières lésions, sont susceptibles de cicatrisation ; de là des frongures, des dépressions plus ou moins manifestes, des cicatrices à la surface des poumons. Pendant longtemps on rattacha presque exclusivement à la tuberculose les cicatrices des poumons,

(1) Astruc admet que les fonctions vitales du poumon peuvent être altérées dans la vérole : 1° par des tubercules ou des tumeurs gommeuses, qu'ils soient ou non en suppuration ; 2° par des vomiques.

(2) Les auteurs qui rapportent ces faits sont : Ricord, Budd, Dumoulin, Wilks, Spencer Wells, Cornil, Lancereaux, Hutchinson et Jackson.

et il y a lieu de penser qu'on a pu ainsi confondre des reliquats d'altérations différentes. Certains faits rapportés par Laënnec (1), Andral (2), et par quelques autres auteurs, sembleraient donner une apparence de vérité à cette manière de voir. Effectivement, malgré le silence gardé sur la syphilis dans la plupart de ces faits, il est permis de croire, en raison surtout des altérations concomitantes de l'organe hépatique (voir obs. XIX et XX de Laënnec), que la lésion cicatricielle du poumon pouvait bien reconnaître une cause syphilitique. La fréquence des cicatrices pulmonaires dans les cas de syphilis viscérale (3) vient tout au moins à l'appui de cette opinion.

Les cicatrices syphilitiques s'observent indistinctement dans tous les lobes pulmonaires, à leur surface ou dans leur épaisseur. Elles coexistent avec des lésions syphilitiques diverses qui occupent différents points du corps ou même des organes tels que le foie, jamais ou rarement avec des tubercules vrais des poumons. Superficielles ou profondes, rayonnées ou étoilées, elles sont constituées par un tissu fibreux et induré, au sein duquel on remarque parfois une substance sèche, grenue et jaunâtre. Il est question, dans l'une de nos observations, de cicatrices rayonnées et étoilées des différents lobes du poumon droit au centre desquelles le tissu pulmonaire, grisâtre, ferme, induré, présente une substance blanche et caséuse; quelques dépressions cicatricielles analogues existant à la surface du poumon gauche adhérent au diaphragme, affecté lui-même de cicatrices et de petites tumeurs gommeuses. Ajoutons que l'adhérence des poumons aux parois costales n'est pas rare dans ces cas, où la plèvre, le plus souvent épaissie, participe à l'altération, de telle sorte qu'il est possible d'avancer qu'une pleurésie membraneuse, chronique et sèche est, pour ainsi dire, un acolyte obligé des lésions syphilitiques diffuses ou circonscrites du parenchyme pulmonaire. Beaucoup plus rare dans les cas de tuberculose, ce genre de pleurésie est presque une exception lorsqu'il s'agit du cancer des poumons.

Les manifestations diverses de la syphilis pulmonaire exigent la plus grande attention pour être reconnues. La pneumonite diffuse chronique se distingue par son peu d'étendue; rarement elle envahit tout un lobe, mais en général elle existe sur des points disséminés: en outre, le néoplasme qui la constitue se présente sous forme de cloisons fibreuses épaisses, entre lesquelles est interposée une substance jaunâtre, grenue, jusqu'à un certain point différente de la substance marbrée, dure et brillante à la coupe, qui appartient à la pneumonie chronique ordinaire, c'est-à-dire à cette pneumonie à laquelle il n'est pas possible d'attribuer de cause bien déterminée excepté l'impaludisme. Les gommages pulmonaires, productions sèches, peu vasculaires, se différencient un peu par leur structure, mais surtout par la présence, à leur pourtour, d'une zone fibreuse ordinairement très-épaisse. Les tubercules, lorsqu'ils revêtent la forme de masses arrondies, peuvent prêter à la confusion; mais en général, même dans ces conditions, il est rare de ne pas rencontrer des granulations grises miliaires, ce qui n'a pas lieu avec les dépôts syphilitiques; d'ailleurs, les néo-

(1) Laënnec, *Traité de l'auscultation*, p. 58. Paris, 1831. Voir observ. XIX et XX.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 68. Paris, 1834.

(3) Voir observation XXXIII et plusieurs autres.

plasmes tuberculeux se développent le plus souvent des deux côtés de la poitrine, et ils ont pour siège de prédilection les sommets des poumons. Granulations tuberculeuses et tumeurs gommeuses sont constituées par des éléments cellulaires et nucléaires de petit volume, arrondis, assez semblables aux globules de la lymphe. Toutefois, moins rapide dans son développement, la tumeur gommeuse est susceptible d'une organisation plus complète, elle contient une trame de tissu conjonctif, plus abondante que le tubercule, qui est constitué par des cellules et des noyaux souvent atrophiés, granuleux, déformés et plus petits que ceux qui appartiennent aux gommages. Les grosses cellules granuleuses (corpuscules granuleux) ne se rencontrent pas dans le dépôt tuberculeux comme dans les dépôts syphilitiques. Le néoplasme tuberculeux est plus maigre, plus chétif, en quelque sorte, que le néoplasme gommeux, et par conséquent, jouissant d'une vitalité moindre, il a une tendance plus grande à une transformation rétrograde; ajoutons que cette tendance est accrue par le rétrécissement ou l'oblitération assez ordinaire des vaisseaux qui le nourrissent.

Étude symptomatique. — Les altérations qui nous occupent échappent parfois à nos moyens physiques d'investigation, et comme elles ne donnent pas toujours lieu à des troubles fonctionnels bien appréciables, il en résulte qu'elles peuvent passer inaperçues et rester latentes, au moins pendant un certain temps. C'est là ce qui arrive dans quelques cas de pneumonie chronique partielle, de tumeurs gommeuses à la première période de leur évolution. On conçoit la difficulté d'arriver à découvrir ces lésions tant qu'elles sont peu étendues. Dans le cas contraire, l'obscurité du son à la percussion, l'existence d'un souffle circonscrit, isolé ou accompagné de râles, sont les principaux symptômes qui manifestent leur existence. Ces symptômes, plus spéciaux à la forme diffuse de la syphilis pulmonaire, sont quelquefois accompagnés de fièvre et d'amaigrissement. Dans une période plus avancée, lorsqu'une dilatation bronchique s'est ajoutée à la pneumonie chronique, le souffle, devenu plus appréciable, coexiste avec des râles plus ou moins gros.

Les signes physiques relatifs aux lésions gommeuses des poumons deviennent appréciables principalement après la fonte de ces nouvelles productions, lorsqu'elles ont déterminé dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire une ou plusieurs excavations d'étendue variable. Dès ce moment, les phénomènes morbides changent de caractère, et apparaissent des signes stéthoscopiques qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe toutes les fois qu'il existe une cavité quelconque dans les poumons: souffle creux, circonscrit dans une région déterminée, et râles plus ou moins volumineux, avec ou sans retentissement de la voix. A cette phase sans doute doit se rapporter la mention faite par Astruc et quelques autres auteurs du dernier siècle de vomiques consécutives à la présence de tumeurs gommeuses suppurées et d'abcès dans les poumons.

Une toux plus ou moins opiniâtre, quelquefois quinteuse, de la dyspnée, de l'oppression et une expectoration mucoso-purulente, tels sont les principaux désordres fonctionnels observés en pareil cas. Ajoutons qu'une hémoptysie peu abondante a aussi été constatée (obs. Leudet et obs. XLIII). Ces symptômes ne présentent pas de caractères spécifiques, mais cependant il est assez présu-

ble que l'examen micrographique de la matière expectorée offrirait quelque chose de particulier. Quoique le plus souvent apyrétique, la syphilis des poumons coexiste ordinairement avec cette modification profonde de l'organisme connue sous le nom de cachexie, et il est à noter que ce désordre général persiste quelquefois, lors même que des changements survenus dans les signes stéthoscopiques permettent de supposer qu'il y a eu cicatrisation des cavernes et guérison de l'affection pulmonaire.

La marche des altérations syphilitiques des poumons est lente, mais elle n'a rien de spécial, à part l'élimination possible des tumeurs gommeuses. Ces tumeurs présentent les trois phases de crudité, de ramollissement, d'élimination et de cicatrisation déjà notées pour les gommages des autres organes, et à chacune de ces phases correspondent nécessairement des signes stéthoscopiques différents. La durée de ces affections est longue, et cette circonstance vient quelquefois en aide au diagnostic. Leur terminaison est le plus souvent heureuse, lorsqu'on parvient à les reconnaître assez tôt; elle serait moins défavorable, si à cette période de la syphilis les lésions des viscères abdominaux n'entraînaient habituellement la cachexie et le marasme. La fièvre, rare dans le cours de ces lésions, serait plus commune, si l'on en croit Landrieux, dans la pneumonite diffuse que dans la pneumonite gommeuse.

Diagnostic. — Les symptômes propres aux affections syphilitiques des poumons n'ont aucun caractère pathognomonique; ainsi le diagnostic de la syphilis pulmonaire repose principalement sur les antécédents et les commémoratifs du malade, comme aussi sur la nature des affections concomitantes. Toutefois, quelques désordres pulmonaires peuvent servir à éclairer ce diagnostic et à mettre sur la voie de la syphilis. Un certain degré de matité, avec bruit de souffle non précédé de réaction fébrile, persistant et limité à l'un des lobes inférieurs ou au lobe moyen, chez un individu cachectique dont les sommets des poumons sont intacts et le foie altéré, constitue une présomption très-grande en faveur d'une affection pulmonaire syphilitique. L'apparition subite de crachats abondants, le siège de l'altération dans une étendue limitée, et surtout dans un seul côté de la poitrine, sont des circonstances qui viennent encore à l'appui du diagnostic de cette même affection (voy. les observations ci-dessous).

L'altération tuberculeuse des organes respiratoires, qu'il est surtout facile de confondre avec les cas qui nous intéressent, se distingue du reste non-seulement par une évolution plus rapide et une plus grande extension, mais encore par son début tout spécial aux sommets des deux poumons. Que le désordre anatomique produit par la syphilis occupe l'un des sommets ou même les deux à la fois, on conçoit que le diagnostic est des plus difficiles et qu'il exige toute la sagacité d'un médecin éclairé. La marche de l'affection, l'état général du malade ou mieux son état particulier de cachexie, ses antécédents morbides, voilà sur quoi il sera encore possible de fonder une opinion qu'éclairera ultérieurement un traitement approprié.

Le pronostic de la syphilis pulmonaire est grave et sérieux, non pas tant peut-être par le fait de la lésion propre des poumons qu'à cause des altérations syphilitiques qui, en même temps, sévissent d'ordinaire dans les autres viscères. Sans oublier qu'en pareil cas la guérison est souvent possible, il ne faut

pas perdre de vue que ces altérations, relativement rares, n'apparaissent jamais qu'à une période très-avancée de la syphilis et par conséquent à un moment où l'organisme a déjà subi une très-profonde modification. Si l'on tient compte de cette considération, on ne sera plus tenté de regarder, à l'exemple du docteur O'Connor et de quelques autres auteurs, comme manifestations syphilitiques des lésions qui, en définitive, ne sont que des pneumonies ou des pleurésies ordinaires.

Dans cet article, nous avons basé notre description sur l'altération anatomique, dont les caractères sont toujours plus précis et plus certains que ceux que fournissent les désordres symptomatiques. La phthisie et l'asthme syphilitiques décrits par quelques auteurs ne sont, en réalité, que des symptômes liés à quelques-unes des lésions précédemment étudiées, et tout particulièrement aux ulcérations et au rétrécissement des conduits aériens. Notre manière de voir, différente de celle des docteurs Lagneau et de Naux, trouvera, nous l'espérons, des imitateurs. Les exemples suivants d'affections pulmonaires syphilitiques terminées par la mort ou par la guérison viennent à l'appui de notre description.

Pneumonie chronique syphilitique.

V..., âgée de quarante-cinq ans, couturière, a craché, il y a un mois, un peu de sang pendant deux ou trois jours; jusqu'alors elle n'avait jamais souffert de la poitrine; elle n'est pas amaigrie et ne connaît aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. La marche, l'ascension d'un escalier, lui causent depuis quelques mois une grande gêne et des palpitations. Elle porte sur le corps des traces d'ecthyma et de rupia syphilitiques qui dénotent une maladie vénérienne très-invétérée. Nourrissant un de ses enfants il y a treize ans, cette femme consentit à allaiter une petite fille qui avait les lèvres ulcérées et couvertes de plaques muqueuses. Bientôt des ulcérations apparurent autour du mamelon de la nourrice, et un médecin qui la vit à cette époque fit un certificat pour constater l'infection de la nourrice par l'enfant. Elle fut alors soumise à un traitement mercuriel. La maladie sembla sommeiller pendant deux ans, puis elle se réveilla avec une grande intensité; alors apparurent des plaques muqueuses, des ulcérations aux jambes, puis du rupia dont on constate encore aujourd'hui les traces indélébiles, enfin des douleurs ostéocopes. La malade se décida à prendre un nouveau traitement; la liqueur de Van Svieten et l'iodure de potassium sans apporter un grand soulagement aux douleurs, contribuèrent à cicatrifier les ulcérations.

Admise à l'hôpital des Cliniques, le 1^{er} avril 1853, cette malade est traitée par l'iodure de potassium et des antispasmodiques. Le soir, augmentation de la dyspnée. Le 2, la malade ne peut respirer qu'en se mettant sur son séant, les sommets des poumons se dilatent et se resserrent avec force; les battements du cœur sont plus éclatants et plus rapides. Le 3, ces symptômes sont encore plus marqués; même traitement. Le 4, il y a une oppression très-vive, la face est bleuâtre. Des symptômes d'asphyxie, et la mort survient sur les huit heures du soir.

Autopsie. — Les poumons sont seuls le siège des lésions qui ont amené la mort; la trachée est remplie d'un liquide spumeux, sa muqueuse n'offre ni rougeur ni ulcération. En incisant par la partie postérieure les ramifications bronchiques des lobes inférieurs, on constate qu'elles sont entourées par une masse indurée, d'une couleur gris bleuâtre, de coloration plus foncée à gauche qu'à droite, ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette masse a remplacé le parenchyme pulmonaire qui sépare les divisions aériennes les unes des autres, elle offre une vive résistance à la pression, on dirait une périostose; le reste du poumon est doux au toucher, élastique, s'affaissant sous le doigt, et sa section souple et

molle se convertit en lignes courbes et flexueuses, ainsi que dans l'état sain; il est légèrement rougeâtre, quoique très-congestionné. Pas la moindre trace de tubercule, ni au sommet, ni à la base, ni sur aucun point du corps. Les ganglions bronchiques sont noirs et indurés, sans tendance à la suppuration; les filets bronchiques des nerfs pneumo-gastriques, de chaque côté, plongent au milieu du tissu induré, ce qui en rend la dissection presque impossible. (VIDAL DE CASSIS, *Traité des maladies vénériennes*, 2^e édit., 1855.)

De ce fait, où la forme diffuse de l'altération syphilitique des poumons ne peut être contestée, nous rapprocherons deux observations, publiées par nous dans la *Gazette hebdomadaire*. Ces observations destinées à nous renseigner sur la phase la plus avancée des lésions circonscrites, trouvent leur complément dans un fait rapporté par Cornil où ces mêmes lésions se voient dans la première période de leur développement.

Antécédents syphilitiques probables chez le père. Arrêt de développement des organes génitaux; conformation particulière des dents et du nez; anosmie. Douleurs ostéocopes, alopecie, angine, surdité; absence de menstruation, hémoptysies, signes d'excavation pulmonaire. Autopsie. Cavernes dans le poumon droit avec pneumonie au voisinage; cicatrices du foie.

Obs. XLIII. — R... (Louise), âgée de quarante et un ans, lingère, raconte que son père était atteint d'une mauvaise maladie, qui, d'après ce qu'elle a pu entendre dire, était une affection syphilitique; il était malade peu de temps avant sa naissance, et elle ne doute pas qu'il ne soit la cause des diverses souffrances qu'elle a éprouvées depuis son bas âge. Sa mère fut affligée durant sept ans de douleurs qui parcoururent successivement les jambes et le bras droit; plus tard elle fut atteinte du choléra, et succomba en 1852, ayant depuis un an de l'œdème aux membres inférieurs. De douze enfants qu'eurent ses parents, trois seulement ont survécu, tous les autres sont morts avant l'âge de trois ou quatre ans, mais sans que la malade puisse donner des renseignements sur ce qui leur est arrivé. En ce qui la concerne, elle rapporte que, de huit à onze ans, elle eut des maux d'yeux et devint presque aveugle; plus tard elle éprouva des maux de gorge, sa voix s'altéra au point qu'elle devint presque aphone. A quatorze ans, elle est atteinte d'une surdité qui disparaît en partie, puis revient et persiste. Vers cette même époque on essaye, mais en vain, de provoquer la menstruation. A dix-huit ans, elle est prise d'une fièvre lente qui l'épuise peu à peu. Il paraît qu'on lui conseilla le mariage, mais elle refusa. A vingt-deux ans, douleurs intenses dans la tête, chute des cheveux. De vingt-deux à trente-huit ans, elle jouit d'une santé passable, souffrant souvent de l'estomac, ayant quelquefois des vertiges, des étourdissements, mais jamais de convulsions ou de perte de connaissance. En avril 1859, elle contracte une pleurésie, puis reprend son travail; mais, le 22 juin, elle est prise de douleurs dans la région du dos, et quelques jours plus tard elle a une hémoptysie; cette affection se répète vers la fin de l'année et au commencement de 1860.

Du 18 février au 15 juin 1860, santé assez bonne; mais à ce moment survient une hémoptysie abondante; la malade évalue à un litre environ le sang qu'elle rendit en vingt-quatre heures. En octobre, elle entre à l'hôpital de la Pitié, où je puis l'examiner et la suivre. C'est une femme de petite taille, peu développée. Ses seins sont ceux d'une jeune fille non encore pubère; le pénil est complètement glabre, le vagin permet difficilement l'introduction du petit doigt; l'hymen existe à peine, mais sans trace de déchirure. Voix rauque et nasonnée; dents petites, bicuspidées; nez aplati vers sa base; tête presque chauve, quelques cheveux très-clair-semés; pâleur, sans amaigrissement. Une hémoptysie récente et des vomisse-

ments de matières alimentaires et médicamenteuses (huile de foie de morue, dont elle fait un grand usage) sont les raisons qui nous amènent cette malade; elle se plaint de douleurs dans l'épaule et le bras droits et d'une gêne à la région de l'estomac. Elle a une surdité telle, que je suis obligé d'écrire mes questions pour qu'elle puisse y répondre; l'examen des oreilles ne fait découvrir aucune altération. Il existe, à la percussion, à la partie supérieure et interne de la mamelle droite, dans une étendue de plusieurs centimètres, un son obscur ou mat; à ce même niveau et vers le bord axillaire, on entend un souffle doux et saccadé, assez différent du souffle bronchique; un peu plus bas ce souffle prend le timbre creux; de temps à autre, et principalement durant les efforts de toux ou de profonde inspiration, on perçoit des râles sous-crépitaux ou caverneux. En arrière, mêmes phénomènes plus profondément situés. Le poumon gauche est partout intact. Toux fréquente, quinteuse, avec expectoration abondante et souvent sanglante. Le cœur est sain, la rate, le foie et les reins ne paraissent pas lésés. L'intelligence de la malade est intacte, mais il est facile de reconnaître qu'elle a presque entièrement perdu le sens de l'odorat. Cet état dure depuis dix ans, si l'on en croit son récit. Depuis cette époque, cette malade est toujours restée enchâssée. Appétit peu prononcé; phénomène d'embarras gastrique presque continu; fièvre avec paroxysmes le soir. (Vésicatoire volant; boissons émollientes.) Cet état persiste, l'appétit reste languissant, l'amaigrissement s'accroît; cependant la face, quoique très-pâle, reste pleine et comme boursoufflée. Les mois de novembre et de décembre se passent sans autre changement, les hémoptysies reviennent à plusieurs reprises, et la malade sort en janvier.

Le 9 mars, elle me demande de la recevoir de nouveau à l'hôpital. L'amaigrissement depuis la sortie s'est accru; la toux persiste et l'expectoration est habituellement sanguinolente. On entend, à deux ou trois travers de doigt de la clavicule droite, un souffle caverneux avec râles muqueux parfois très-gros et gargouillements. Le foie dépasse le rebord costal. La fièvre, modérée tout d'abord, prend plus d'intensité; quelques jours plus tard survient de la diarrhée; l'amaigrissement progresse; la malade s'épuise de plus en plus, elle tombe dans le marasme et succombe le 20 mars 1861.

Autopsie. — Léger œdème des membres inférieurs. Le cerveau et les nerfs qui en émanent sont sains. Les organes des sens ne peuvent être examinés, le cadavre ne devant pas être défiguré. Le poumon gauche est intact ou seulement œdémateux. A droite, au contraire, les trois lobes sont affectés; le lobe supérieur est encore un peu crépitant à son sommet, mais plus bas ce même lobe induré présente plusieurs excavations. Des cavités analogues se rencontrent dans le lobe moyen et à la partie supérieure du lobe inférieur. Séparées les unes des autres par des cloisons souvent incomplètes, ou des brides fibreuses plus ou moins étendues, les plus vastes peuvent contenir un œuf de pigeon; elles ont des parois parfaitement lisses et polies; elles sont situées au milieu d'un tissu grisâtre ferme et résistant à la pression, et qui ne s'affaisse ni ne se déchire. Nulle part on ne trouve la moindre trace de tubercule, et d'ailleurs ces cavernes sculptées dans le tissu induré indiquent suffisamment qu'il ne s'agit pas de tuberculisation, mais bien d'une pneumonie chronique.

Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, déborde les fausses côtes; sa coloration lui donne l'aspect de la noix muscade; de nombreuses taches jaunes, légèrement irrégulières, se dessinent à sa surface sur un fond brunâtre. La capsule de Glisson, épaissie au niveau du ligament suspenseur, offre avec le diaphragme plusieurs adhérences plus ou moins lâches. Sur la face convexe se remarquent des sillons profonds ayant des directions variables et présentant à leur niveau un épaississement de la capsule; les lèvres de ces sillons sont unies par des tractus de tissu conjonctif; même altération à la face concave. Des faisceaux fibreux tapissent le fond des cicatrices, les cellules hépatiques du voisinage sont granuleuses et atrophiées, la trame fibreuse du foie est épaissie. La rate et le corps thyroïde sont augmentés de volume et un peu indurés. Les reins sont assez normaux, les ovaires et l'utérus ont le développement qui s'observe chez une jeune fille de huit à dix