

une autre forme de syphilis pulmonaire, la forme lente qui simule la tuberculose chronique vulgaire avec ou sans cavernes. Vous en avez vu tout récemment un exemple que voici. Il y a quelques semaines entré dans notre salle Saint-Christophe, n° 9, un jeune garçon de trente-deux ans, qui paraissait atteint de tuberculose pulmonaire. Cet homme, pâle et amaigri, aux traits tirés, aux yeux cernés, nous raconte qu'il tousse depuis deux ans. La toux n'a pas débuté chez lui à la façon d'une bronchite aiguë; elle s'est installée lentement, progressivement, avec quintes suivies d'expectoration épaisse, verdâtre, parfois striée de sang, sans qu'il y ait jamais eu cependant de véritables hémoptysies. Les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, la perte des forces vinrent plus tard, néanmoins le travail ne fut jamais interrompu. Dans le cours de cet état chronique est survenu il y a un mois un épisode aigu; cet homme a ressenti une douleur à la partie inférieure et externe de la poitrine, du côté gauche; la toux est devenue plus fréquente, l'expectoration a augmenté, l'état général a faibli; c'est alors qu'il s'est décidé à entrer à l'hôpital. A l'examen du thorax, on ne trouve rien du côté droit, mais on constate deux foyers au poumon gauche. L'un de ces foyers, probablement le plus ancien, occupe le tiers supérieur du poumon; cette région est mate, la respiration est rude, soufflante et entremêlée de craquements secs et humides; *on dirait une lésion classique de tuberculose vulgaire.*

L'autre foyer occupe la base du poumon et empiète sur la région axillaire; les râles y sont nombreux, muqueux, gros et petits, et cantonnés dans une région nettement limitée. Malgré l'apparence tuberculeuse de ces lésions, l'examen des crachats, plusieurs fois répété, a démontré l'absence de bacilles de Koch et la rareté de microorganismes; à peine y trouve-t-on quelques cocci en chaînettes et quelques bâtonnets. Quelle était donc cette double lésion pulmonaire, l'une de date récente, l'autre de date ancienne, se présentant sous forme de deux foyers au sommet et à la base du poumon, laissant indemne le reste de l'organe et provoquant un amaigrissement et un affaiblissement progressifs?

Il est certain que, sans les circonstances que je vais vous dire, le diagnostic pathogénique eût été impossible; peut-être même n'y aurions-nous pas pensé. Mais le timbre vocal du malade attira notre attention; la voix était légèrement nasonnée; de plus, au moment de la déglutition, quelques gouttes de liquide repassaient par le nez. Il était facile d'expliquer ces symptômes; le malade avait au voile du palais, en avant de la luette, une perforation de la dimension d'une tête d'épingle. Cette perforation datait d'un mois environ; elle n'avait été précédée ni de douleurs, ni de coryza chronique; elle était survenue inopinément, et le malade s'en était aperçu un jour en buvant du lait qui repassait par le nez. Une perforation de ce genre « cette lucarne, ce trou », ainsi que le dit M. Fournier, est toujours d'origine syphilitique. Ce garçon, interrogé dans ce sens, nous apprend qu'il a eu la vérole il y a huit ans; on trouve encore à la face inférieure de la racine de la verge les traces du chancre. Chancre et plaques muqueuses furent soignés à Toulon; on prescrivit des frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Ce jeune homme sortit guéri de l'hôpital de Toulon et n'eut pas d'autres accidents syphilitiques jusqu'en 1896. A cette date, il entra à Saint-Louis dans le service de M. Fournier pour une tumeur linguale abcédée et ulcérée; il s'agissait évidemment d'une gomme de la langue; on essaya de pratiquer des injections de calomel, mais la première fut si douloureuse qu'on dut les abandonner; on prescrivit alors l'iodure de potassium à forte dose. L'ulcération linguale se cicatrisa en six semaines, et aujourd'hui, on trouve encore sur la langue une plaque arrondie, décapillée, grisâtre, d'une dureté fibreuse, de la dimension d'une pièce de un franc. Dans le voisinage, la langue est fendillée et légèrement ravinée; ce sont les reliquats de la glossite tertiaire.

En face de cette série d'accidents syphilitiques, il était naturel de supposer que les foyers pulmonaires avaient la même origine; cela était d'autant plus probable que le premier épisode pulmonaire, datant de deux ans, avait coïncidé avec la lésion syphilitique linguale; notre homme nous raconta même dans son style imagé « que la maladie de la langue

lui était tombée sur la poitrine ». En conséquence, je prescrivis aussitôt le traitement spécifique, et on pratiqua tous les jours une injection de 4 milligrammes de biiodure d'hydrargyre. Le résultat obtenu par le traitement démontra qu'il s'agissait bien de lésions pulmonaires syphilitiques; l'état général s'améliora rapidement, à mesure que les signes de ramollissement pulmonaire disparaissaient sous notre oreille. Vous avez assisté à la transformation de cet état qui durait depuis deux ans, et le malade, ayant retrouvé ses forces et son appétit, ne toussant plus, ne crachant plus, se croyant définitivement guéri, nous a quittés, alors qu'il aurait dû rester encore à l'hôpital pour recommencer, après suspension momentanée, une deuxième et une troisième fois son traitement.

Voici une autre observation de syphilome pulmonaire simulant la vulgaire phtisie. En novembre 1878, M. Fournier<sup>1</sup> rapportait devant l'Académie de médecine l'histoire d'une femme, jeune encore, qui était venue lui demander ses soins à l'hôpital de Lourcine pour un énorme ulcère phagédénique, occupant toute l'extrémité du pied, la face plantaire, la portion antérieure du métatarse, et ayant déterminé à ce niveau des mutilations considérables. La nature syphilitique de cette altération étant attestée par des antécédents non douteux (plaques muqueuses, éruptions cutanées, ganglions cervicaux, céphalalgie nocturne, chute abondante des cheveux), M. Fournier ordonne les frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Cette malade avait en outre un aspect cachectique; sa physionomie était celle d'une phtisique, si bien que l'on soupçonna chez elle tout d'abord une *tuberculose pulmonaire*.

« Cette présomption, déduite de l'habitus extérieur, dit M. Fournier, trouvait immédiatement un appoint formel dans certains troubles accusés par la malade, qui disait tousser, et tousser avec quintes intenses, depuis plusieurs

1. Fournier, Phagédénisme tertiaire du pied; phtisie syphilitique simulant la phtisie commune, traitement spécifique; guérison. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 novembre 1878.

mois, qui expectorait en abondance des crachats verts et purulents, qui souffrait d'oppression, d'anhélation, avec points de côté fréquents, qui, de plus, se plaignait d'accès fébriles et de sueurs nocturnes profuses, qui ne mangeait plus, qui ne digérait plus, etc., etc. L'examen physique du thorax achevait de diriger le diagnostic dans le même sens. La percussion et l'auscultation, en effet, nous révélaient ceci : au sommet gauche (là seulement, il est vrai, le reste des poumons paraissant indemne), matité assez étendue, soit en avant, soit en arrière, et matité bien nette, bien accentuée, avec perte absolue d'élasticité sous le doigt; — au même niveau, souffle rude, intense, et véritablement caverneux; en plus, râles caverneux, gargouillement à grosses bulles après la toux. En résumé, troubles généraux, troubles fonctionnels locaux, signes physiques, tout concordait à accuser la phtisie pulmonaire. »

Bien que l'idée d'une affection pulmonaire d'origine syphilitique soit venue à l'esprit de M. Fournier, bien qu'il ait discuté avec ses élèves la possibilité d'une caverne gommeuse, ce maître éminent crut devoir s'en tenir au diagnostic le plus simple et le plus probable, à celui de *phtisie tuberculeuse*; le diagnostic à cette époque n'était pas éclairé par la recherche du bacille de Koch. L'évolution ultérieure ne devait pas donner raison à M. Fournier. Cette malade, « dont on eût escompté les jours à brève échéance, » se prit soudainement à mieux aller, l'appétit lui revint, ses forces se relevèrent, si bien que lorsqu'elle quitta l'hôpital après un séjour de quatre mois, elle était grosse et grasse, absolument bien portante, ayant repris toutes ses forces, toute sa santé première. Ce n'est pas tout. Les lésions locales et les troubles fonctionnels s'étaient amendés en même temps que l'état général. L'oppression, les points de côté s'étaient dissipés et les bruits d'auscultation étaient réduits à quelques craquements ou quelques râles sous-crépitaux disséminés. Lorsque M. Fournier revit la malade après plusieurs mois, « il fallait véritablement une auscultation minutieuse pour retrouver des indices minimes de la lésion, à savoir : tout au plus, un léger degré de

rudesse relative de la respiration avec quelques très rares craquements secs, perceptibles seulement après la toux ». A quelle intervention providentielle la malade devait-elle cette résurrection miraculeuse, si ce n'est à la médication iodurée et mercurielle instituée en raison de l'ulcère phagédénique du pied, qui, par son apparition avait sauvé la vie de cette femme? On avait fait ainsi la thérapeutique du poumon sans le savoir. La guérison simultanée de l'ulcération du pied et de la caverne pulmonaire à la suite du traitement spécifique, témoignait de la nature syphilitique de l'une et l'autre lésion; il n'est pas possible de voir un cas plus saisissant.

M. Landrieux, dans sa thèse, a rapporté une observation non moins instructive recueillie dans le service de Gübler: Un homme de trente-cinq ans, toussant et crachant depuis un an déjà, entre à l'hôpital Beaujon, dans un état de cachexie profonde avec matité, gargouillements et souffle aux deux sommets. On s'était déjà arrêté au diagnostic de phtisie pulmonaire arrivée à la troisième période, lorsque Gübler, découvrant le malade, aperçut sur la crête du tibia une exostose dont le développement avait été contemporain des premiers accidents pulmonaires. Le malade, interrogé, répondit avoir contracté un chancre induré quelques années auparavant. En présence, de ces constatations et de cet aveu, Gübler prescrivit immédiatement la liqueur de van Swieten et l'iodure de potassium. Le résultat de cette thérapeutique antisiphilitique fut le suivant: « Tous les accidents cessèrent avec une rapidité surprenante: la toux, l'expectoration diminuèrent peu à peu, puis disparurent complètement, les signes physiques s'amendèrent parallèlement; le malade reprit ses forces avec de l'embonpoint, et trois mois environ après son entrée, il quittait l'hôpital. L'amélioration ne fut pas momentanée, car six mois après, Gübler revit le malade et put constater que sa santé ne laissait aucunement à désirer. »

J'ai été témoin d'un fait du même genre que je vais vous raconter. Il y a quelques années, je fus mandé auprès d'un jeune homme condamné comme phtisique; il s'agissait de

décider s'il était en état de partir pour le Midi afin d'y passer les quelques mois qu'il lui restait à vivre. Je me rendis auprès du malade, mais dès que j'eus pénétré dans sa chambre il me regarda d'un œil significatif, il venait de me reconnaître comme je le reconnaissais moi-même pour être venu me consulter l'année précédente pour une large syphilide ulcéreuse qui avait envahi le bras, le coude et l'avant-bras. Sur cette plaie ulcéreuse et purulente, il avait appliqué des pommades, des onguents, des emplâtres sans le moindre succès. Le traitement spécifique que je prescrivis aussitôt, frictions mercurielles et iodure de potassium à doses élevées, eut rapidement raison de cette ulcération tertiaire syphilitique qui durait depuis près d'un an. Actuellement, je retrouvais ce jeune homme ayant toutes les apparences d'un phtisique arrivé à une période avancée; il me raconta qu'il avait eu « un rhume négligé » huit mois avant; il s'était mis à tousser, à cracher et plusieurs fois même il avait eu de légères hémoptysies. Puis il avait perdu l'appétit, des sueurs nocturnes étaient apparues, l'expectoration était devenue muco-purulente, et les différentes médications qu'on a l'habitude de prescrire contre la tuberculose pulmonaire étaient restées sans résultat.

A l'auscultation, je constatai vers l'angle inférieur de l'omoplate du côté droit, un souffle caverneux, et du gargouillement. Il y avait donc une caverne à la partie moyenne du poumon. Ce siège, insolite pour une caverne tuberculeuse, me donna déjà à réfléchir; mais avant tout, instruit du passé par l'ulcération tertiaire que j'avais soignée et guérie l'année précédente, je soupçonnai la syphilis pulmonaire avec son lieu d'élection et je prescrivis le traitement spécifique consistant en frictions mercurielles et iodure de potassium dont la dose fut élevée jusqu'à 10 grammes par jour. En quelques semaines, la métamorphose fut complète; en même temps que le malade revenait à la vie, les signes physiques disparaissaient; ici comme chez les malades de M. Fournier et de Gübler, la cavité pulmonaire se comblait, l'expectoration diminuait, d'un jour à l'autre les progrès étaient sensibles. Après trois semaines de traitement, le malade en pleine con-

vaiescence pouvait partir pour le midi. Il y recommença son traitement spécifique et quand il revint deux mois plus tard à Paris, la guérison était complète. Il était donc évident que la syphilis avait lentement creusé une caverne pulmonaire; le malade s'infectait par cette caverne et aurait succombé à la façon d'un phtisique si le traitement spécifique n'était pas intervenu. Je l'ai revu souvent depuis cette époque, les poumons sont en parfait état.

M. Panas a publié, sur la syphilis pulmonaire simulant la tuberculose, une observation du même genre; je vais vous en donner le résumé: « Une femme de trente-deux ans vient me consulter, dit M. Panas, pour une lésion de l'œil gauche et pour une maladie du poumon. Elle raconte que la lésion de l'œil a débuté par un petit point blanchâtre au bord interne de la cornée. Un peu plus gros qu'une tête d'épingle, ce bouton a augmenté rapidement; l'œil est devenu rouge et la vue s'est perdue en quinze jours. Nous trouvons l'œil très augmenté de volume; la cornée, hyper-vascularisée et opaque, ne peut être différenciée de la conjonctive. Près de son bord interne, se dessine, sous un chémosis intense, un bouton jaunâtre, analogue à un tubercule. Au-dessus, à travers une perforation sclérale, le corps ciliaire fait hernie sous forme d'un champignon noirâtre. La perception lumineuse est abolie. Tel était l'état de l'œil. A l'examen du thorax, le poumon gauche est sain, mais le poumon droit est mat dans son tiers supérieur et l'auscultation y révèle, en arrière, comme en avant, de gros râles muqueux et des gargouillements, indices d'une tuberculose arrivant à la fin de sa deuxième période et marchant vers la caverne. Ajoutez à cela de petites hémoptysies, une toux continuelle avec légère expectoration et un amaigrissement de vingt kilogrammes. Malgré cet amaigrissement, la malade a gardé les apparences de la santé; elle a de l'appétit, une mine rose et ne souffre pas. Ce ne serait pas une raison pour écarter la phtisie, mais je suis mis en éveil par l'existence d'une *corona veneris* que la malade porte au front. Cette femme avait eu la syphilis, il y a sept ans; le chancre était passé inaperçu, mais deux fausses couches, deux enfants

morts en bas âge, puis une éruption généralisée de syphilides ulcéreuses qui ont laissé sur tout le corps de nombreuses cicatrices; tout cela joint aux syphilides du front affirmait suffisamment le diagnostic. On pouvait dès lors espérer que la lésion oculaire et la lésion pulmonaire étaient de nature syphilitique.

« Je donnai aussitôt l'hydrargyre en injections hypodermiques; tous les deux jours une injection de peptonate de mercure à la dose de XX gouttes, ce qui représente à peu près un centigramme de principe actif. Dès la seconde injection, l'amélioration a été remarquable et les progrès étaient sensibles à chaque nouvelle injection. Sur cet œil, qui était une coque rouge, staphylomateuse et crevée en un point, nous avons vu, peu à peu, la sclérotique, la cornée et l'iris se différencier et l'œil reprendre sa forme et son volume. En même temps, le poumon se modifiait rapidement; la matité, les râles diminuaient, puis disparaissaient<sup>1</sup>. » Dans ce cas, comme dans les cas précédents, les résultats ont été vraiment extraordinaires, et l'ulcération syphilitique du poumon a été rapidement cicatrisée.

Les observations que je viens de citer vous donnent une idée du syphilome pulmonaire à marche lente *simulant la tuberculose chronique commune*. Cette forme de pneumopathie syphilitique s'installe insidieusement, presque sans fièvre: dans sa première phase, elle simule une bronchite, un foyer de congestion pulmonaire, une broncho-pneumonie mal définie; l'appétit est conservé, le malade ne maigrit pas, la toux est fréquente, l'expectoration n'a encore aucun caractère particulier; l'auscultation fait percevoir des râles muqueux dont la tendance est de se localiser à une région déterminée. Plus tard, d'autres symptômes apparaissent: douleurs, dyspnée parfois violente, augmentant surtout le soir et la nuit; expectoration purulente, sueurs nocturnes, perte de l'appétit, amaigrissement; plus tard enfin, fièvre hec-

1. Panas. Gommès syphilitiques de l'œil et du poumon simulant la tuberculose, *Médecine moderne*, 5 février 1891.

tique, gargouillement, souffle bronchique, souffle caverneux, suivant le degré de la lésion (induration, ramollissement, caverne). On a parlé d'expectoration gommeuse, de vomique syphilitique, je pense que c'est là un fait bien exceptionnel. Les hémoptysies sont rares et peu abondantes; le malade ne rend, le plus souvent, que des crachats hémoptoïques; néanmoins, dans une observation de M. Lancereaux, beaucoup de sang fut expectoré, et, dans une observation personnelle, la quantité de sang rendu avait atteint la valeur de deux verres.

Les lésions pulmonaires syphilitiques chroniques occupent le plus souvent la partie moyenne du poumon droit, en dehors du hile, comme les pneumopathies syphilitiques à marche aiguë. Le foyer des bruits d'auscultation est donc localisé, soit au niveau de l'épine de l'omoplate, soit en avant, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux. A cette règle, il y a de nombreuses exceptions (observations de Fournier et de Gübler).

Si le syphilitique pulmonaire devient moins rapidement phtisique que le tuberculeux, si, tout en expectorant des fibres élastiques, voire même des fragments de gomme, il peut conserver pendant quelque temps une bonne santé apparente, il ne faut cependant pas exagérer cette idée de Bazin, que le syphilitique est toujours un « caverneux bien portant ». Quel que soit le mode de début de cette pneumopathie syphilitique, alors même que le malade a conservé pendant un certain temps les apparences de la santé, il est rare que la guérison survienne si le traitement n'intervient pas; tôt ou tard, les troubles fonctionnels apparaissent, les crachats deviennent nummulaires, la fièvre s'allume, les sueurs nocturnes sont profuses, l'amaigrissement fait des progrès rapides, les ongles s'incurvent, et faute de traitement, le malade meurt en pleine consommation, comme meurt un phtisique tuberculeux.

Quelles sont donc les causes de cette phtisie syphilitique? Nous comprenons facilement comment des gommages pulmonaires finissent, après ramollissement, par laisser des cavernes; nous comprenons encore que le syphilitique devienne

cachectique par le développement simultané de lésions spécifiques ou de dégénérescence amyloïde dans les autres parenchymes (foie, reins, rate, larynx); mais comment la syphilis pulmonaire peut-elle faire du malade un phtisique? Il n'est pas dans les allures de la syphilis tertiaire des autres organes de déterminer la fièvre hectique et la consommation avec sueurs nocturnes et ongles hippocratiques. Les découvertes microbiologiques semblent simplifier le problème, et je pense que chez le syphilitique pulmonaire, la fièvre hectique n'est pas directement le fait de la syphilis; elle est le résultat d'infections secondaires dont la genèse est facile à saisir. La syphilis crée dans le poumon des ulcérations, des cavernes, dans lesquelles pullulent des micro-organismes. Quelques-uns de ces microbes trouvent dans l'excavation pulmonaire un terrain favorable aux produits infectieux et toxiques.

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire chronique est entouré des plus grandes difficultés, en raison de ce fait, que pas un seul signe, par sa présence ou par son absence, ne permet d'affirmer la pneumopathie syphilitique. La présence du bacille de Koch dans les crachats tranche la difficulté, mais tubercule et syphilome peuvent se développer simultanément dans le même poumon, et alors tout conspire pour égarer le diagnostic, les troubles fonctionnels, les signes physiques et l'examen bactériologique.

Sans un hasard heureux, amenant en une région quelconque le développement d'une gomme, d'une ostéo-périostique, d'une éruption tertiaire, sans la présence de cicatrices caractéristiques, la nature de la pneumopathie passerait souvent inaperçue. Chez notre malade de la salle Saint-Christophe, c'est la perforation palatine et la glossite tertiaire qui nous ont mis sur la voie du diagnostic; chez le malade que j'ai vu avec M. Fournier, c'est l'apparition de la syphilis testiculaire qui a révélé la nature de la lésion pulmonaire; chez le malade de Gübler, la nature de la lésion pulmonaire fut soupçonnée grâce à l'exostose du tibia; chez le soi-disant phtisique auprès duquel je fus appelé, c'est l'ulcération tertiaire du bras qui me mit sur la voie du diagnostic; c'est la *corona veneris* qui fit supposer à M. Panas que la caverne