

pulmonaire de sa malade était d'origine syphilitique. Malgré l'immense supériorité de fréquence de la tuberculose sur la syphilis pulmonaire, on doit toujours scruter les antécédents personnels des malades, leurs antécédents héréditaires, et si l'on dépiste quelques stigmates de syphilis, il faut, sans hésiter, instituer le traitement spécifique.

Après vous avoir décrit la syphilis pulmonaire acquise, arrivons Messieurs, à l'importante question de l'héredo-syphilis, la syphilis *héréditaire* pouvant se porter au poumon comme ailleurs. La syphilis *héréditaire* du poumon est précoce ou tardive. *Précoce*, elle n'est plus à démontrer aujourd'hui. On la rencontre chez les mort-nés et chez les enfants qui ont vécu pendant quelques mois : elle n'a guère qu'un intérêt anatomo-pathologique. Depaul avait déjà observé chez le fœtus syphilitique, porteur d'altérations cutanées ou viscérales, cette lésion du poumon que Virchow devait étudier plus tard sous le nom de *pneumonia alba*. Cette pneumonie blanche, bien décrite encore par Parrot en 1877, et plus tard, en 1879, par M. Cornil chez les enfants morts au cinquième, sixième et septième mois, caractérise la cachexie syphilitique du nouveau-né, au même titre que le foie silex de Gübler. Elle est bien nommée pneumonie blanche, car son tissu est blanc ou grisâtre. La lésion est tantôt disséminée, sous forme lobulaire, tantôt confluyente, sous forme pseudo-lobaire¹. Les nodules hépatisés sont lisses, durs, denses, crient sous le scapel et tombent au fond de l'eau. Les lésions histologiques peuvent se résumer en quelques mots : épaissement des parois des bronchioles et des alvéoles, lésions de pneumonie épithéliale et desquamative dans l'intérieur même des alvéoles, dont les cellules sont tombées en dégénérescence granulo-graisseuse.

Tardive, la syphilis héréditaire du poumon est moins bien connue, mais aussi beaucoup plus intéressante. Elle est moins fréquente que l'héredo-syphilis du larynx, puisque en 1886, sur un total de deux cent douze cas relatifs à divers

1. Balzer et Grandhomme, *loco citato*.

accidents de syphilis héréditaire tardive, M. Fournier, dans son livre sur la *Syphilis héréditaire tardive*, n'avait pu réunir que cinq observations de phtisie héredo-syphilitique. Elle peut apparaître quelques mois après la naissance, mais on l'observe le plus souvent vers la sixième ou septième année, jusqu'à la vingtième et peut-être même plus tard. C'est donc le plus souvent un accident de la seconde enfance, de la jeunesse et quelquefois même de l'âge mûr.

Je n'insiste pas sur les lésions scléro-gommeuses de la syphilis pulmonaire héréditaire tardive; elles sont calquées sur celles de la syphilis acquise. Je me bornerai à citer les observations prouvant que des lésions syphilitiques pulmonaires peuvent se développer chez les enfants issus de parents syphilitiques.

M. Fournier a rapporté l'histoire d'un enfant de sept ans qui, atteint de lésions héredo-syphilitiques, mourut par hasard d'une maladie aiguë intercurrente. A l'autopsie, il trouva trois petites gomme pulmonaires qui, pendant la vie, n'avaient donné lieu à aucun trouble morbide.

M. Lannelongue et M. Lancereaux ont observé chacun un cas analogue. La constatation de gomme pulmonaires faite par eux chez les héredo-syphilitiques fut une surprise d'autopsie.

M. Fournier cite une observation du docteur Latty ayant trait à une fillette de huit ans, manifestement héredo-syphilitique et sœur de plusieurs enfants également infectés de syphilis héréditaire. Cette petite malade fut prise d'une pneumopathie ayant tous les symptômes de la gangrène pulmonaire; elle éliminait ses produits gommeux par des crachats couleur lie de vin et d'une horrible fétidité. L'enfant guérit et l'évacuation de ses gomme fut suivie d'un retrait énorme de l'une des moitiés du thorax.

J'ai observé un cas de syphilis pulmonaire héréditaire dans les circonstances que voici : je fus appelé, en 1884, dans une famille russe, pour donner mes soins à un jeune enfant de quatorze ou quinze mois, dont j'avais autrefois soigné le père atteint de syphilis. Mon petit malade, après avoir souffert successivement de troubles oculaires, de sup-

puration de l'oreille et de périostite double des deux poignets, fut reconduit en Russie par ses parents. Deux ans plus tard, le père revenait à Paris pour m'amener son fils qu'il croyait cette fois voué à une mort certaine. L'enfant portait tous les signes d'une caverne à la partie moyenne de l'un des poumons et présentait tout l'aspect d'un phtisique. Connaissant la syphilis du père, je n'hésitai pas et je diagnostiquai une pneumopathie syphilitique héréditaire; j'instituai le traitement spécifique et je donnai l'espoir d'une guérison prochaine. Mes prévisions se réalisèrent, car déjà après quelques jours, les transpirations s'étaient arrêtées, l'appétit était revenu, les signes stéthoscopiques s'étaient amendés et, au bout de quelques semaines, il ne restait plus signe de la pneumopathie. Nul doute que si cet enfant eût été vu par un médecin ignorant la syphilis du père, il eût été traité comme tuberculeux et cette erreur lui aurait coûté la vie.

Je pourrais vous citer encore une observation de syphilis pulmonaire prise dans mon service, en 1886, par M. Legendre, alors mon interne, mais, dans ce cas, je ne saurais vous dire si la pneumopathie relevait de la syphilis acquise ou de la syphilis héréditaire; jugez plutôt: Un homme était entré à l'hôpital Saint-Antoine avec de la toux, des hémoptysies et tous les signes rationnels de la phtisie pulmonaire tuberculeuse. Nous fûmes cependant arrêtés dans notre diagnostic par la localisation bizarre de la lésion à la partie moyenne du poumon, par l'absence de bacilles dans les crachats et enfin par la constatation de dents typiques d'Hutchinson. Fouillant alors le passé de notre malade, nous trouvâmes chez lui des stigmates de syphilis dont la filiation chronologique était bien faite pour nous surprendre. Cet homme, quelques années auparavant, avait souffert de gommages du tibia, constatés par le D^r Barbe; mais, chose étonnante, il avait contracté ensuite un chancre induré de la verge dont il portait la cicatrice depuis seize mois seulement. Notre malade avait donc eu successivement deux syphilis: une première, *héréditaire* (les déformations dentaires et les gommages des membres inférieurs le témoignaient); une

seconde, *acquise* (le chancre induré, de date relativement récente, en était une preuve suffisante). C'était plus qu'il n'en fallait pour administrer l'iodure de potassium et le mercure, qui amenèrent la guérison de la lésion pulmonaire à brève échéance. Mais je ne saurai jamais si cette thérapeutique bienfaisante a guéri une pneumopathie syphilitique acquise ou une pneumopathie héréditaire.

Je ne connais pas d'observation plus concluante que celle qui a été publiée par MM. Dubousquet-Laborderie et Gaucher¹. En voici le résumé. Il s'agit d'une fillette de huit ans et demi qui est dans un état d'émaciation et de faiblesse voisin de la cachexie; elle tousse continuellement, elle ne mange plus, la température est à 39 degrés, le pouls est à 140. En un mot, l'état général est celui d'une phtisie arrivée à la dernière période. A l'auscultation, on trouve du souffle caverneux et du gargouillement dans la fosse sus-épineuse droite; de gros râles muqueux sont disséminés dans toute la poitrine. On porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire au troisième degré. Le traitement institué contre la tuberculose ne donne aucun résultat; la fièvre, la toux, l'amaigrissement, les signes fournis par l'auscultation ne subissent aucune modification, l'état ne fait qu'empirer. Sur ces entrefaites, l'enfant se plaint de douleurs très vives à la partie moyenne du sternum; la pression est très douloureuse et on croit tout d'abord à une ostéite tuberculeuse. En quelques jours, une tumeur se développe sur la région douloureuse. Cette tumeur atteint le volume d'une petite orange, elle devient fluctuante, la peau s'amincit et l'ulcération se prépare. La ponction donne issue à du liquide puriforme, gélatineux et filant. La marche insolite de cette tumeur, prise d'abord pour un abcès, et la nature de son contenu font penser à une gomme, d'autant plus que l'enfant présente des altérations dentaires qu'on avait jusque-là rattachées au rachitisme.

Dès lors, admettant l'origine syphilitique héréditaire possible de la lésion du sternum et de la lésion pulmonaire,

1. Dubousquet-Laborderie et Gaucher, *Revue de Médecine*, 10 août 1884.

on prescrit le sirop de Gibert, à la dose d'une demi-cuillerée à café matin et soir. Quelques jours après, le diagnostic de syphilis héréditaire est confirmé; le père de l'enfant vient consulter le D^r Dubousquet pour une onyxis syphilitique de la main gauche et pour un épaissement du périoste tibial de la jambe droite. Grâce au sirop de Gibert, ces deux lésions syphilitiques guérissent en quinze jours. Quant à la fillette, elle continue pendant huit jours le sirop de Gibert, puis elle est soumise aux frictions mercurielles et l'iodure de potassium est donné à doses graduellement croissantes jusqu'à 0,60 centigrammes par jour. L'amélioration ne se fait pas longtemps attendre; les forces reviennent, la fièvre vespérale disparaît, les signes stéthoscopiques diminuent rapidement, il n'est plus question de caverne, la cavité est comblée, et au bout d'un mois, on ne trouve au sommet droit qu'une respiration un peu soufflante. La gomme sternale, après avoir suppuré pendant quelques temps, se recouvre de bourgeons charnus et ne tarde pas à se cicatriser complètement. Au bout de deux mois environ, l'enfant est complètement rétablie. Au commencement du mois de mai 1884, c'est-à-dire dix mois environ après la première constatation des accidents, la guérison ne s'est pas démentie. Que de faits de ce genre doivent passer inaperçus!

En face de cas aussi probants, il ne faut jamais craindre, chez l'enfant, de soupçonner la syphilis héréditaire des voies respiratoires (larynx, bronches, poumons); elle est fréquente et on la méconnaît souvent *parce qu'on n'y pense pas suffisamment*. Quand il s'agit d'hérédosyphilis broncho-pulmonaire, on est mis sur la voie du diagnostic par les signes les plus habituels de la syphilis héréditaire, qui sont résumés dans les quelques lignes suivantes. *a.* Malformations dentaires; dentelures, excavations cupuliformes, stries transversales des dents; petites dimensions des incisives. — *b.* Lésions oculaires; kératite interstitielle diffuse. — *c.* Lésions et troubles de l'ouïe, surdité. — *d.* Malformations du tibia, tuméfaction de l'épiphyse, inégalité, bosselures de la diaphyse, aplatissement de la crête de l'os (Fournier).

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Les pneumopathies syphilitiques que nous venons d'étudier sont caractérisées, au point de vue anatomique, tantôt par la forme circonscrite du syphilome, la gomme, tantôt par la forme diffuse et infiltrée, la broncho-pneumonie. Ces deux modalités peuvent être réunies.

2° La syphilose pulmonaire est éminemment tertiaire et tardive, elle évolue rapidement ou lentement suivant le cas.

3° Il y a un syphilome broncho-pneumonique à marche aiguë, aboutissant rapidement à l'ulcération pulmonaire, au phagédénisme, et simulant la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë.

4° Il y a un syphilome pulmonaire à marche lente, pouvant s'immobiliser sous forme de foyers simulant la tuberculose chronique vulgaire.

5° Les pneumopathies syphilitiques chroniques peuvent aboutir à l'excavation pulmonaire, à la caverne, à l'hecticité et simuler la phtisie pulmonaire à son troisième degré.

6° Le diagnostic entre les formes aiguës ou chroniques de la tuberculose et de la syphilis pulmonaire est entouré de difficultés. Les signes du syphilome pulmonaire (ramollissement, ulcération, caverne), ne diffèrent en rien des signes de la tuberculose pulmonaire. Mêmes symptômes, même tendance à l'hecticité. L'absence du bacille de Koch dans les crachats, les inoculations négatives au cobaye, la constatation de lésions syphilitiques (récentes ou anciennes) en d'autres régions du corps, l'efficacité du traitement mercuriel et ioduré, tels sont les arguments en faveur du diagnostic de la syphilis pulmonaire.

7° Le pronostic de la syphilis du poumon est fort grave, qu'il s'agisse de formes rapides et phagédéniques ou de formes chroniques avec formation de cavernes. La gravité vient encore des infections secondaires, notamment de l'infection tuberculeuse.

8° Au cas de syphilis pulmonaire, le traitement mercuriel et ioduré doit être institué sans retard. Nous y insisterons longuement à la prochaine séance.