

précoce est sèche ou avec épanchement; je ne crois pas que l'épanchement ait jamais été assez considérable pour nécessiter la thoracentèse. Une différence importante entre la pleurésie syphilitique précoce et la pleurésie syphilitique tardive, c'est que la première n'est pas associée à des lésions pulmonaires, tandis que l'autre fait partie du syphilome broncho-pulmonaire que nous avons précédemment étudié.

J'ai encore quelques mots à vous dire des *adénopathies syphilitiques du médiastin*. Ces adénopathies trachéo-bronchiques existent aux cas d'hérédosyphilis ou au cas de syphilis acquise. Elles ne sont pas fréquentes, mais elles peuvent acquérir une importance prépondérante par la compression qu'elles exercent sur les organes du voisinage. Voici une observation d'adénopathie hérédosyphilitique<sup>1</sup> : A. G..., est accompagnée par sa mère à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-André, le 28 janvier 1885. Cette enfant, âgée de dix ans et demi, a une figure régulière, le front proéminent et paraît fort intelligente. Elle souffre depuis trois mois de palpitations cardiaques, d'étourdissements avec anhélation et céphalée violente vespérale. L'enfant saigne très souvent du nez, la peau est décolorée, avec une teinte enfumée, les muqueuses sont pâles. Cependant, à part un air de lassitude et l'apparence vieillie que le développement exagéré du front imprime à la physionomie, cette fillette paraît assez bien se porter. Pas trace de scrofule. Une toux très opiniâtre et très pénible, survenant par quintes, fatigue la petite malade depuis à peu près trois mois. Divers médicaments, la digitale, le fer, l'huile de foie de morue, n'ont donné aucun résultat.

Nous apprenons que la mère a fait deux fausses couches à sept mois et demi et à huit mois. Avant la naissance de A..., c'est-à-dire immédiatement après son mariage, cette femme a eu mal à la gorge, elle a perdu ses cheveux et elle a constaté sur le corps des taches et une éruption à la paume des mains. Un mois et demi avant ces accidents, le mari (ma-

1. Dufourg. De l'adénopathie trachéo-bronchique syphilitique. Thèse de Bordeaux, 1887.

telot, de retour d'un voyage en Australie), avait présenté des phénomènes analogues. Examen de la petite malade : les dents sont des dents hérédosyphilitiques en train de se transformer en dents d'Hutchinson. Elles sont crénelées, cuspidées à trois points sur leur bord libre, ulcérées sur leur face antérieure. A la palpation du cou, on trouve des deux côtés une chaîne ganglionnaire, les ganglions sont durs, non agglomérés; le thorax est maigre, en carène; les creux sus et sous-claviculaires sont déprimés et fortement prononcés. Les veines jugulaires sont dilatées, et sur la face antérieure du cou se voit un lacis veineux abondant, affaissé au repos, mais qui gonfle sous l'influence d'un effort. A la percussion, la sensation d'élasticité normale fait place à une augmentation de résistance sur le manubrium sternal. On constate une zone de matité, circonscrite à droite par un tympanisme à timbre éclatant et à tonalité élevée, s'étendant depuis le bord supérieur de la troisième côte. La matité est surtout prononcée au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Les limites latérales de la zone mate se confondent avec les bords du sternum, excepté à droite où elles le dépassent d'environ 4 centimètres. La région sous-claviculaire droite est franchement tympanique.

A l'auscultation, la respiration est affaiblie et on perçoit quelques râles sonores. A droite, les vibrations thoraciques sont diminuées. Au sommet gauche, la respiration est diminuée quoique bien moins qu'à droite. Les lames vertébrales des trois premières vertèbres dorsales sont mates; dans tout le sommet droit, on trouve un souffle dur, presque caverneux, avec quelques râles humides. Les mouvements respiratoires sont lents. L'inspiration et l'expiration se font en plusieurs temps. La toux très pénible est quinteuse; souvent l'enfant a des quintes de toux qui durent plusieurs minutes et qui la menacent d'asphyxie. En somme, on trouve là les signes et les symptômes de l'adénopathie médiatine trachéo-bronchique. L'expectoration est muco-purulente et considérable. On constate à la base du cœur un souffle au second temps. Étant donné le diagnostic d'hérédosyphilis, on ordonne : iodure de potassium, 40 grammes; sublimé corrosif,

5 centigrammes; sirop de groseilles, 150 grammes. Trois cuillerées à café par jour. Chlorate de potasse, 3 grammes par jour.

Nous revoyons la petite malade tous les huit jours, pendant deux mois, puis tous les quinze jours, jusqu'au mois de juin. Sous l'influence de la médication spécifique, l'appétit revient dès la première semaine et la céphalalgie cesse; puis le cœur reprend petit à petit l'allure normale; le souffle de la base disparaît. Petit à petit, la matité interscapulaire diminue, puis s'efface; en même temps, la respiration devient plus active au sommet des deux poumons et les vibrations thoraciques reparaissent. Modifications parallèles s'observent dans la chaîne ganglionnaire antérieure, mais surtout au niveau du groupe péritrachéo-bronchique droit. Après vingt-cinq jours de traitement, c'est à peine si on trouve de la matité au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Peu à peu aussi, sous la clavicule droite, le murmure vésiculaire reparait, l'inspiration et l'expiration se régularisent; la toux est moins quinteuse, les crises de suffocation spasmodique diminuent de fréquence, puis disparaissent. L'enfant est examinée en janvier 1886: cœur et poumons ne présentent plus rien d'anormal. Elle est encore revue en 1887 à plusieurs reprises. La guérison se maintient. L'adénopathie syphilitique trachéo-bronchique était donc ici indéniable.

L'adénopathie trachéo-bronchique existe également au cas de syphilis acquise<sup>1</sup>. Dans une observation de M. Balzer, concernant un malade qui avait eu entre autres symptômes du *cornage* et du *tirage*, on trouva à l'autopsie une adénopathie scléro-gommeuse, des ganglions trachéo-bronchiques avec syphilome scléreux broncho-pleuro-pulmonaire. Dans un cas publié par M. Raymond, au sujet d'une malade qui avait eu entre autres symptômes du *cornage* et du *tirage*, on trouva à l'autopsie une adénopathie syphilitique péritrachéale avec rétrécissement de la trachée et compression du nerf récurrent droit<sup>2</sup>. En pareil cas, l'adénopathie trachéo-bronchique

1. Forget. Syphilose pulmonaire compliquée d'adénopathie trachéo-bronchique, *Thèse de Bordeaux*, 1890.

2. Raymond. *Société médicale des hôpitaux*, juin 1890.

survient à titre de complication, elle est toujours associée au syphilome broncho-pulmonaire.

J'ai encore à vous parler de l'association possible de la syphilis pulmonaire et de la tuberculose. Cette association *tuberculo-syphilitique* peut se faire de deux façons: tantôt c'est la tuberculose qui vient compliquer la syphilis, tantôt c'est la syphilis qui vient compliquer la tuberculose. Envisageons ces deux modalités.

Dans la première catégorie, la tuberculose se déclare chez un syphilitique; elle peut faire son apparition, d'une façon précoce, dès les premiers mois de la syphilis ou, d'une façon tardive, quelques années plus tard. L'apparition précoce de la tuberculose est parfois tellement hâtive, qu'elle est contemporaine de la roséole et des premières plaques muqueuses; je me demande, en pareil cas, si la tuberculose n'existait pas déjà à l'état latent et si la syphilis n'a pas fait germer ou éclore des graines bacillaires qui sommeillaient. J'ai vu deux cas de ce genre, dont l'un avec M. Fournier: chez un jeune garçon de vingt ans, solide et d'apparence robuste, les premières hémoptysies et les signes initiaux de tuberculose pulmonaire au sommet gauche apparurent deux mois après le chancre syphilitique. M. Jacquinet a réuni dans sa thèse<sup>1</sup> huit observations concernant l'apparition précoce de la tuberculose chez des individus en pleine période secondaire, alors qu'ils présentaient des syphilides cutanées ou muqueuses, l'infection syphilitique ne remontant qu'à quelques mois ou à peine quelques années. « Dans ces cas, la tuberculose pulmonaire a suivi une marche rapide et l'évolution de la maladie s'est faite en peu de mois. Si l'on consulte les statistiques, il semble que les cas graves de tuberculose pulmonaire appartiennent à la période où la syphilis a le plus grand degré d'activité et de virulence. » Cette assertion est possible, mais il n'en a pas été ainsi dans les deux cas que j'ai observés.

C'est à la période tertiaire de la syphilis que la tubercu-

1. Jacquinet. Tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. *Thèse de Paris*, 1885.

lose fait le plus souvent son apparition. En vous parlant des laryngopathies syphilitiques, je vous ai dit comment une syphilide laryngée ulcérée peut déterminer la fixation du bacille de Koch ; c'est par un procédé analogue que chez un individu sain et vigoureux, exempt de tout antécédent tuberculeux, une syphilide tertiaire du poumon peut favoriser la fixation du bacille et l'éclosion de tubercules dans cet organe. Voilà qui nous explique pourquoi, après avoir longtemps cherché en vain le bacille de Koch dans les crachats de malades porteurs de gommages pulmonaires, on peut finir par l'y rencontrer un jour. Si, dans un même poumon, le tubercule s'unit ainsi au syphilome, ce n'est pas qu'il existe un état anatomique hybride, combinaison de ces deux lésions, sous forme de scrofulate de vérole, comme disait Ricord. La lésion syphilitique et la lésion tuberculeuse naissent, se développent, évoluent côte à côte, mais séparément, et chacune pour son compte ; la preuve anatomique en a été faite par M. Potain au sujet d'une autopsie où il rencontra des tubercules disséminés autour d'un bloc de pneumonie blanche syphilitique. Cette infection secondaire du poumon syphilitique par la tuberculose nous permet de paraphraser le vieil adage de Niemeyer : « Le plus grand danger pour un phtisique syphilitique est de devenir tuberculeux ».

Pour M. Landouzy, l'apparition de la tuberculose chez un ancien syphilitique n'a pas la même gravité que l'apparition de la tuberculose au début de la syphilis. « Tout autres m'ont paru les choses, dit M. Landouzy, quand il s'est agi d'un ancien syphilitique, ayant quelque vingt années de syphilis, auquel venait s'attaquer la tuberculose. Les malades ressortissant à cette variété chronologique d'association morbide m'ont paru, dans une dizaine de cas au moins, faire une tuberculose toute particulière, laquelle tuberculose s'affirmait, au point de vue anatomo-pathologique, plutôt fibreuse, et au point de vue de l'évolution, lente, torpide, apyrétique, non diffusante. C'est à propos de cette catégorie de malades, anciens syphilisés, néo-tuberculeux, que j'ai l'habitude de dire familièrement qu'ils aboutissent au vérolate de tuberculose. »

La syphilis héréditaire a, sur le développement de la tuberculose, une action qu'on peut interpréter de différentes façons, mais qui est indiscutable. « Ce qui ressort, en toute évidence, de l'observation clinique, dit M. Fournier, c'est que l'hérédité syphilitique, en raison sans doute de l'état d'appauvrissement relatif qu'elle inflige à l'organisme, constitue une prédisposition puissante à diverses maladies. C'est ainsi qu'on a remarqué de vieille date la fréquence des affections scrofulo-tuberculeuses chez les enfants issus de souche syphilitique. Il est certain que le terrain syphilitique est éminemment propice à la culture du bacille ; car, de par les statistiques, de par l'observation contemporaine, qui n'a fait que confirmer sur ce point les résultats de nos prédécesseurs, il est indéniable que les hérédo-syphilitiques paient un large tribut aux diverses manifestations de la scrofulo-tuberculose, notamment aux affections osseuses (mal de Pott, coxalgie, etc.), voire au lupus tuberculeux. On peut se demander pour quelle raison le syphilitique donne si souvent naissance à un enfant tuberculeux, si c'est par suite de l'état de cachexie, ce qui n'est pas constant, ou par suite de la transmission d'un agent spécifique qui favorise le développement de l'autre. On sait aussi que la syphilis est une des maladies constitutionnelles qui produisent le plus d'avortements, d'adénites strumeuses, de scrofules abâtardies, en un mot, de ces êtres chétifs, rachitiques, de ces sujets malingres ou frappés d'infantilisme, qui sont pour la tuberculose une proie facile. »

Arrivés au terme de cette étude sur la syphilis pulmonaire (acquise ou héréditaire), nous pouvons, je crois, en faire émerger les modalités cliniques suivantes :

*Premier type.* — Syphilome pulmonaire à marche aiguë, simulant la tuberculose aiguë.

*Deuxième type.* — Syphilome pulmonaire à marche lente, simulant la tuberculose chronique vulgaire et la phtisie à la période des cavernes.

*Troisième type.* — Syphilome broncho-pulmonaire scléreuse ou scléro-gommeux, simulant la pneumonie chronique,

la cirrhose du poumon, avec ou sans dilatation des bronches, avec ou sans pleurésie, avec ou sans adénopathie trachéo-bronchique.

*Quatrième type.* — Pleurésie syphilitique précoce ou tardive, isolée ou associée aux lésions scléreuses pulmonaires.

*Cinquième type.* — Pneumopathie syphilitique compliquée de tuberculose pulmonaire.

Occupons-nous, Messieurs, du *traitement* de la syphilose pulmonaire; ici comme dans toute syphilis, les agents thérapeutiques sont le mercure et l'iodure. Ces deux médicaments ont l'un et l'autre une merveilleuse action sur la syphilis tertiaire; mais, si je devais choisir entre les deux, c'est au mercure que je donnerais la préférence. Les anciennes préparations mercurielles, le protoiodure d'hydrargyre, la liqueur de van Swieten, les frictions mercurielles, etc., rendent de réels services; mais rien ne vaut, à mon sens, l'injection mercurielle, surtout l'injection de solution huileuse de biiodure d'hydrargyre. Chaque seringue de Pravaz, c'est-à-dire chaque centimètre cube de cette solution représente 4 milligrammes de substance active. On pratique, avec toutes les précautions aseptiques, une première série de quinze à vingt injections, une par jour; on peut même augmenter la dose et injecter tous les jours 6 milligrammes au lieu de 4.

Après cette première série, on interrompt les injections et on les remplace par l'iodure de potassium, administré, suivant la tolérance du malade, à la dose journalière de 2 à 10 grammes. Dix à quinze jours après la médication iodurée, on recommence les injections mercurielles et ainsi de suite, si on le juge nécessaire, à plusieurs reprises.

Les résultats obtenus par cette médication spécifique sont variables suivant les variétés de la syphilose pulmonaire. Au cas de syphilome broncho-pulmonaire scléreux, avec transformation scléreuse du parenchyme pulmonaire, des bronches, de la plèvre, les résultats thérapeutiques sont lents, l'amélioration se fait attendre et la guérison complète est rarement obtenue, parce que la transformation des tissus

est définitive. Mais si le syphilome pulmonaire est encore en évolution active, s'il s'agit de gomme circonscrite ou de syphilome infiltré à forme broncho-pneumonique, vous obtiendrez des résultats qui, parfois, sont vraiment surprenants. Il suffit pour vous en convaincre de vous rappeler l'histoire clinique et thérapeutique des malades dont il a été question dans ces leçons; j'y reviens brièvement. Les deux malades que vous avez vus et suivis salle Saint-Cristophe ont été guéris, l'un de son syphilome pulmonaire aigu, l'autre de son syphilome pulmonaire chronique. La malade de M. Giraudeau, cette femme à laquelle une cavité pulmonaire à évolution rapide avait donné toutes les apparences de la phtisie aiguë, fut rapidement et définitivement guérie en quelques semaines. La malade de Gubler avec sa cavité pulmonaire et ses symptômes de phtisie fut également guérie en peu de temps. Chez le malade auquel M. Fournier et moi avons constaté une fonte rapide du sommet du poumon droit et un testicule syphilitique, la guérison fut obtenue en quelques semaines. Le jeune homme qui paraissait arrivé à la dernière période de la phtisie et chez lequel je constatai une énorme cavité du poumon droit, fut guéri avec une rapidité vraiment merveilleuse. La guérison fut tout aussi surprenante chez la malade dont M. Fournier a rapporté l'histoire à l'Académie. Je vous en dirai autant de la fillette soignée par MM. Dubousquet-Laborderie et Gaucher. Tout aussi remarquable est la guérison obtenue par M. Panas, chez la jeune femme dont la cavité pulmonaire avait évolué en même temps qu'une syphilide tertiaire du front. C'est en groupant ces observations, c'est en voyant comment on a rendu à la santé et à la vie des gens cachectiques, qui présentaient le tableau de la tuberculose pulmonaire à sa phase ultime, que l'on comprend l'impérieuse nécessité de faire un bon diagnostic et un bon traitement.

Et la preuve irréfutable que tous ces malades guéris ou sauvés par le traitement spécifique avaient bien des lésions syphilitiques du poumon, c'est qu'ils ont également guéri de manifestations syphilitiques, visibles et tangibles, qui évoluaient ailleurs, en même temps que leur syphilome pulmo-

naire. Ainsi, le malade que j'ai soigné avec M. Fournier a guéri simultanément de son syphilome pulmonaire et de son syphilome testiculaire. La malade de M. Giraudeau a guéri successivement de son syphilome pulmonaire, de sa gomme vaginale et de sa périostite frontale. La malade de Gubler a guéri de son syphilome pulmonaire et de son exostose tibiale. La malade de M. Fournier a guéri successivement de son ulcération phagédénique du pied et de sa syphilose cavitaire pulmonaire. La malade de M. Panas a guéri presque en même temps de sa *corona veneris* et de l'excavation de son poumon. La fillette soignée par MM. Dubousquet-Laborde et Gaucher a guéri simultanément de sa caverne pulmonaire et de sa périostite syphilitique sternale.

Tant de preuves accumulées ne peuvent et ne doivent vous laisser aucun doute sur l'existence du syphilome pulmonaire et sur l'efficacité parfois surprenante du traitement. Aussi, en face d'un malade suspect de tuberculose pulmonaire, pensez toujours à la possibilité de la syphilis; en face d'un malade considéré comme phtisique incurable, pensez encore à la syphilis; et si des examens de crachats plusieurs fois répétés dénotent l'absence du bacille de Koch, ayez recours sans tarder au traitement spécifique, pratiquez des injections de biiodure d'hydrargyre : *c'est la pierre de touche*; vous aurez peut-être la chance d'obtenir des guérisons inespérées.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Le syphilome pulmonaire peut revêtir les formes les plus diverses. Nous avons étudié d'abord deux de ces formes : le syphilome gommeux circonscrit et le syphilome infiltré broncho-pneumonique.

2° Nous avons ensuite passé en revue des formes plus rares : le syphilome scléreux broncho-pulmonaire, la dilatation bronchique, les adénopathies médiastines.

3° La pleurésie syphilitique est précoce ou tardive. La pleurésie tardive n'est jamais isolée, elle est associée à des lésions scléreuses du poumon. La pleurésie précoce est isolée, elle peut apparaître dès les premiers mois de l'infection syphilitique.

4° La tuberculose et la syphilis peuvent s'associer sous forme de combinaisons diverses toujours graves.

5° Le traitement de la syphilis pulmonaire, le mercure et l'iodure de potassium, ont moins d'action sur les lésions scléreuses, alors que le parenchyme broncho-pulmonaire est définitivement transformé en un nouveau tissu.

6° Le traitement mercuriel et ioduré donne des résultats remarquables, parfois surprenants, dans toutes les autres formes de la syphilis pulmonaire; on rend à la santé des gens qui paraissaient arrivés à la période ultime d'une phtisie pulmonaire.