

comme c'est malheureusement le cas le plus ordinaire, au niveau de la bifurcation, la mort est presque fatale.

Le pronostic est donc très grave. Rappelons ici que le médecin ne devra pas se laisser tromper par l'accalmie qui résulte de l'ulcération lorsque celle-ci rétablit pour quelque temps le calibre de la trachée; l'asphyxie ne s'arrête que pour frapper plus fort après.

L'éventualité des complications mortelles que nous avons énumérées plus haut aggrave encore le pronostic.

*Diagnostic.* — Quand le tableau symptomatique que nous venons de tracer s'observe, comme c'est le cas le plus ordinaire, chez un sujet dont la gorge et le larynx ont déjà été ravagés par la syphilis, on conservera peu de doutes sur le diagnostic. — Mais si la gorge et le larynx sont indemnes, le diagnostic est alors fort difficile. Il faut évidemment s'enquérir des antécédents des malades; mais, même lorsque cette recherche donne des résultats négatifs, il ne faut pas se hâter d'écarter la syphilis. Tant de sujets, surtout dans la classe pauvre, ont eu la syphilis sans s'en douter!

Il est quelquefois assez malaisé de distinguer un rétrécissement trachéal d'un rétrécissement laryngé; cette distinction est pourtant d'une importance capitale pour apprécier, en cas de suffocation, l'opportunité d'une trachéotomie. Gehrardt indique, pour arriver au diagnostic, les signes suivants. Quand le rétrécissement occupe le larynx, le malade, pour faciliter la respiration renverse la tête en arrière, tandis qu'il la rapproche du menton, lorsqu'il est atteint d'une sténose trachéale, afin de détendre la trachée et d'élargir le conduit rétréci; de plus, lorsqu'on applique les doigts au niveau de l'échancrure sternale, on perçoit en cas de rétrécissement laryngé, aux deux temps de la respiration et toujours avec prédominance à l'inspiration, un bruit strident qui est remplacé, lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement de la trachée, par un frémissement exclusivement expiratoire.

La douleur constrictive rétro-sternale, le cornage, la conservation de la voix et l'intégrité du larynx, l'abaissement du larynx, permettront d'affirmer qu'il existe un rétrécissement trachéal. Avant d'en rechercher l'origine, on écartera : 1° l'anévrysme de l'aorte et des grosses artères qui peut donner lieu au cornage par compression de la trachée ou paralysie des récurrents, mais dont l'existence est révélée par des symptômes propres; 2° les tumeurs du médiastin et de la base du cou qui peuvent provoquer du cornage par le même mécanisme, mais qui se distingue par l'œdème de la face et du cou, la dysphagie, les laryngoplégies, la toux coqueluchoïde; 3° la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, qui donne lieu à du cornage, mais qu'on reconnaît à l'examen laryngoscopique.

Quand on a acquis la certitude qu'il y a un rétrécissement de la trachée dû à une lésion intrinsèque, on ne peut l'attribuer qu'à la syphilis, au cancer, à la tuberculose ou à la morve. Mais le cancer primitif de la trachée est extrêmement rare; on ne doit y penser qu'en dernier lieu. La tuberculose ne sera pas méconnue si l'on recherche les bacilles dans les crachats. Quant à la morve, exceptionnelle chez l'homme, elle se reconnaît par les commémoratifs, et les lésions des fosses nasales et de l'arrière-gorge.

**Hérédo-syphilis trachéo-bronchique.** — Les lésions trachéo-bronchiques peuvent s'observer dans la syphilis héréditaire; elles ne diffèrent en rien de

celles qu'on rencontre dans la syphilis acquise, comme en témoignent les cas de Raffinesque, de Stürger, de Woronichin.

**Traitement.** — L'administration du mercure et de l'iodure de potassium est formellement indiquée dans tous les cas, même dans les sténoses cicatricielles les mieux confirmées, car on ne sait jamais si le processus gommeux s'est complètement arrêté, s'il ne se produit pas, au-dessus et au-dessous de l'ancienne lésion, des néoplasmes jeunes et encore susceptibles d'être guéris par les spécifiques. Les fumigations émollientes ou mercurielles, les pulvérisations de liqueur de Van Svieten ne doivent inspirer qu'une médiocre confiance.

La *trachéotomie* est indiquée toutes les fois que, le malade étant menacé d'asphyxie, on a des raisons de croire que le rétrécissement est localisé au niveau des premiers anneaux de la trachée. Quand le rétrécissement est situé plus bas, il n'y a presque rien à espérer; cependant on a tenté, avec ou sans trachéotomie préalable, d'appliquer le dilatateur à 4 valves de Demarquay, ou de faire le tubage et la dilatation progressive de la trachée à l'aide d'une grosse sonde en métal ou en caoutchouc durci. Ces pratiques peuvent prolonger les jours du malade.

## II

## SYPHILIS DU POU MON ET DE LA PLÈVRE

La syphilis du poumon, soupçonnée par Ambroise Paré, a été décrite par Astruc, au XVIII<sup>e</sup> siècle, sous le nom de *phtisie vérolique*. Son existence a été ensuite contestée par les anatomistes du commencement du XIX<sup>e</sup> siècle; mais les travaux de MM. Lagneau, Landrieux, Lancereaux, A. Fournier, Gamberini, l'ont définitivement et formellement démontrée. Puis, les recherches de MM. Cornil, Malassez, Brissaud, Colomiatti, ont apporté des documents sur la structure microscopique du syphilome pulmonaire.

Plus récemment, des descriptions d'ensemble ont été écrites, en Allemagne par Pancritius, en France par MM. Jullien, Mauriac, Dieulafoy (1).

D'autre part, en 1851, Depaul signala des lésions spécifiques du poumon chez le *nouveau-né* syphilitique; et les travaux ultérieurs de Ch. Robin et Lorain, de Lebert, de Virchow, de Parrot, de H. Roger, de MM. Balzer et

(1) LAGNEAU, Maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis; *Ann. des mal. de la peau*, 1851, p. 100. — LANDRIEUX, Pneumopathies syphilitiques; *Thèse de Paris*, 1872. — LANCEREAUX, Affections syphilitiques des voies respiratoires; *Arch. de méd.*, 1879, et *Leçons de clinique médicale*, 1891. — MALASSEZ, MAUNOIR, MAUNOURY, *Société anatomique et Progrès méd.*, 1875 et 1876. — COLOMIATTI, *Giornale ital. delle mal. ven.*, 1878. — A. FOURNIER, De la phtisie syphilitique, *Gazette hebdom.*, 1875 et 1875, et *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1878-1879. — PANCITIUS, *Syphilis du poumon. Monographie*, Berlin, 1881. — G. SÉE et TALAMON, *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, Paris, 1885. — JULLIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1886, p. 964 et 1151. — MAURIAU, *La syphilis tertiaire*, Paris, 1890. — DIEULAFOY, *Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre*, recueillies par F. Widal; *Gaz. hebdom.*, 1889, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898. — CARLIER, *Thèse de Paris*, 1882. — JACQUIN, *Thèse de Paris*, 1884. — ROUBLEFF, *Thèse de Paris*, 1891. — HASLUND, Syphilis du poumon; *Med. Record*, analysé dans la *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 159, p. 1577. — RUBINO, Contributo a la casuistica della sifilide pulmonale; *Rivista clinica e terapeutica*, avril 1892.



Grandhomme ont été consacrés à l'étude de l'hérédosyphilis pulmonaire (1).

Il ressort de ces recherches que les lésions syphilitiques du poumon, soit chez le nouveau-né, soit chez l'adulte, appartiennent à la variété des lésions tertiaires.

A la phase secondaire, le poumon reste indemne. La plèvre est-elle plus vulnérable? Le seul état morbide qui ait été signalé du côté de l'appareil pleuro-pulmonaire dans la syphilis secondaire, c'est la *pleurésie du stade roséolique de la syphilis*, signalée pour la première fois par Chantemesse et Widal et dont on connaît aujourd'hui une trentaine d'observations (2). Elles peuvent survenir d'une façon très précoce, être même contemporaines du chancre (Lyon); le plus souvent, elles constituent un accident secondaire de la syphilis: d'où le nom de pleurésies du stade roséolique qui leur a été donné; en effet, si elles se montrent d'ordinaire à une époque plus ou moins rapprochée du chancre, de trois mois à deux ans, elles ont de plus pour caractère de toujours survenir au cours d'une éruption cutanée. M. Lancereaux estime que cette pleurésie se montrant chez des syphilitiques est « une pleurésie ordinaire, sans caractère propre, attribuée à la syphilis, sous prétexte qu'elle apparaît au cours d'une infection secondaire ». D'après M. Chantemesse, au contraire, « sa bilatéralité fréquente, la minime quantité d'épanchement qui l'accompagne, sa coïncidence avec l'exanthème, sa fugacité, son évolution rendue plus rapide par l'application du traitement spécifique, sont des caractères suffisants pour affirmer sa nature syphilitique ». Dans une observation enfin (Spillmann et Étienne), l'inoculation du liquide pleural au cobaye a été négative au point de vue du développement de la tuberculose. On ne peut que faire des hypothèses au sujet de la nature de cette pleurésie secondaire; on l'a attribuée soit à une périostite de la face interne des côtes, soit à une lymphangite (Rochon), soit à une éruption pleurale analogue à celle qui se produit sur la peau ou les muqueuses (Chantemesse et Widal).

Nous étudierons d'abord la syphilis du poumon chez le nouveau-né; celle-ci ne présente guère qu'un intérêt anatomique, mais cet intérêt est très grand, car cette étude va nous montrer les stades initiaux des lésions dont on ne voit chez l'adulte que les stades terminaux.

**I. Syphilis du poumon chez le nouveau-né.** — *A.* La syphilis du poumon, chez le nouveau-né, n'a pas d'histoire clinique. Dans certains cas, le fœtus est expulsé mort-né, à terme ou avant terme. Lorsque l'enfant naît vivant, bien souvent il n'est pas viable; il meurt au bout de quelques heures, de quelques jours, plus rarement de quelques mois. Les lésions syphilitiques congénitales du poumon ne paraissent pas compatibles avec la vie.

(1) DEPAUL, Altérations spécifiques du poumon dans la syphilis congénitale; *Ann. des mal. de la peau*, 1850, et *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 288 et 172. — ROBIN et LORAIN, *Gaz. méd. de Paris*, 1855, p. 1186. — PARROT, *Progrès méd.*, 24 août 1877. — BALZER et GRANDHOMME, *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1886, p. 485. — H. ROGER, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. II, p. 11 et 63, Paris, 1885. — E. GAUCHER et DUBOUSQUET, Syphilis héréditaire tardive avec phtisie syphilitique; *Revue de médecine*, 1884. — LINGUITI, Intorno un caso di sifilide ereditaria tardiva del polmone; *Giornale ital. delle mal. ven.*, XXVI, 1.

(2) CHANTEMESSE et WIDAL, *loc. citat.* — CHANTEMESSE, *Bull. médical*, 1891, et *Presse médicale*, 50 juin 1894. — TALAMON, *Médec. moderne*, 1891, n° 58, p. 668. — PRÉTORIUS, *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1891. — BROUSSE, *Ann. de Dermatol. et de Syphil.*, 1894. — ROCHON, Des pleurésies syphilitiques; *Th. Paris*, 1895. — CARRA, Étude sur la pleurésie syphilitique du stade roséolique; *Th. Paris*, 1894. — MONTSERET, Des pleurésies syphilitiques; *Th. Montpellier*, 1894. — SPILLMANN et ÉTIENNE, *Soc. de Dermatol. et de Syphiligraphie*, 16 févr. 1896.

Elles sont presque toujours des trouvailles d'autopsie. Il est fort difficile de les diagnostiquer. A peine peut-on les soupçonner, lorsqu'on constate les signes d'une broncho-pneumonie chez un nourrisson manifestement infecté par la vérole, offrant sur les téguments des lésions syphilitiques, ayant un gros foie, des hémorragies multiples, et présentant tous les attributs de la cachexie syphilitique infantile.

Köbner a rapporté le fait d'un nouveau-né qui mourut d'un pyo-pneumothorax, causé par une gomme pulmonaire sous-pleurale. M. Sevestre (1) a signalé un cas analogue chez une fillette de 22 mois qui succomba en quelques jours à un pneumothorax consécutif à une gomme probable de la base du poumon gauche.

Peut-être existe-t-il des cas où ces lésions sont compatibles avec la vie; peut-être en existe-t-il d'autres où elles sont amendées par un traitement spécifique; et peut-être les reliquats se traduisent-ils, plus tard, par de la sclérose pulmonaire avec dilatation des bronches. Mais nous ne possédons aucun document précis sur ce point.

*B.* Au point de vue anatomique, les deux lésions les plus caractéristiques de l'hérédosyphilis pulmonaire, ce sont les *gommés* d'une part, et, de l'autre, l'altération décrite par Virchow sous le nom de *pneumonie blanche*. En outre, MM. Balzer et Grandhomme ont montré qu'on trouvait souvent, dans le poumon des nouveau-nés syphilitiques, des lésions d'apparence banale, mais qui, en réalité, doivent être considérées comme des stades initiaux, précédant le développement des gommés ou de la pneumonie blanche.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, nous croyons devoir, au préalable, exposer brièvement ce que des travaux récents nous ont appris sur l'évolution du processus tertiaire en général (2).

Toutes les lésions tertiaires semblent débiter par les artérioles et les capillaires; il se produit d'abord une *congestion intense dans les capillaires avec stase leucocytaire* (Willebouchewitch, Balzer et Grandhomme, Hudelo). Cet état est suivi bientôt d'altérations de la paroi vasculaire, qui tendent à l'oblitération du vaisseau. Dans les artérioles, la tunique interne et la tunique externe présentent des noyaux en prolifération manifeste; les cellules endothéliales qui constituent la paroi du capillaire se gonflent, prolifèrent, se fusionnent, et les figures histologiques qui résultent de ce processus répondent aux *nodules gommeux* (follicules syphilitiques de Brissaud, nodules lymphoïdes ou épithélioïdes de Malassez) avec ou sans cellules géantes. Ces lésions vasculaires frappent souvent les *vasa vasorum*, ce qui explique les foyers d'artérite qu'on observe dans les artères d'un calibre assez élevé, dans les artères cérébrales en particulier. Elles sont accompagnées ou suivies d'une infiltration plus ou moins abondante, plus ou moins diffuse, de cellules rondes dans les tissus périvasculaires; cette infiltration a généralement pour effet de détruire les éléments préexistants. Le syphilome, ainsi formé d'un amas de cellules rondes renfermant dans son sein des nodules de capillarite, va évoluer soit vers la sclérose, soit vers la mortification gommeuse. La différence d'évolution semble

(1) SEVESTRE, Pneumoth. chez un enfant de 22 mois consécutif à une lésion probablement syphilitique du poumon; *Rev. des mal. de l'enf.*, 1891.

(2) BALZER et GRANDHOMME, Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né; *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, 1887. — HUDELO, Syphilis héréditaire du foie; *Th. de Paris*, 1890. — MARFAN et TOUPET, Histologie des gommés; *Ann. de Dermat. et de Syphil.*, août, sept. 1890.



dépendre (en partie tout au moins) du degré de l'oblitération vasculaire; là où le sang ne pénètre plus, il y a nécrose gommeuse; là où il pénètre, mais en quantité insuffisante, il y a sclérose (sclérose dystrophique d'Hippolyte Martin).

Dans le poumon syphilitique, on retrouve les diverses phases de cette évolution: d'abord les *stades initiaux*, caractérisés surtout par la congestion des capillaires; puis des stades d'infiltration embryonnaire avec sclérose naissante (pneumonie blanche) et des stades de nécrose gommeuse. La sclérose complète s'observe surtout chez l'adulte; elle est très rare chez le nouveau-né.

1° *Lésions initiales*. — Pour les étudier, il faut choisir des poumons d'enfants qui ont respiré; chez les nouveau-nés qui n'ont pas respiré, l'atélectasie empêche de les distinguer nettement. Chez le nouveau-né syphilitique qui a respiré, le poumon présente fréquemment une congestion diffuse spéciale, ayant son maximum d'intensité à la partie postérieure du poumon, où elle forme une bande verticale; les parties atteintes ont une teinte violette ou hortensia (Parrot); elles crépitent peu; elles surnagent cependant si on les place dans l'eau. Au microscope, on constate cette congestion capillaire avec stase leucocytaire, dont nous parlions plus haut; on voit aussi que l'artère qui accompagne la bronchiole a des parois très épaisses, et que tout autour d'elle (et par suite autour de la bronchiole) il y a une infiltration de cellules rondes qui gagne parfois les parois alvéolaires péri-bronchiques (D. Mollière). Il y a aussi infiltration et épaississement des cloisons péri-lobulaires et péri-alvéolaires. L'épithélium du poumon se desquame et remplit les alvéoles; cette pneumonie épithéliale semble être ici une lésion banale, conséquence des lésions vasculo-conjonctives.

En résumé, comme le disent MM. Balzer et Grandhomme, les lésions sont assez semblables à celles de la broncho-pneumonie; ce qui les distingue, c'est la prédominance des lésions du système vasculaire, des lésions interstitielles, l'abondance moindre des exsudats et de la desquamation épithéliale.

Un pas de plus et nous arrivons à une lésion beaucoup mieux caractérisée, la pneumonie blanche de Virchow.

2° *Pneumonie blanche*. — Dans cette altération, ce qui avait frappé Virchow, c'était la coloration blanche du poumon (*Pneumonia alba*). La lésion est tantôt semée sous forme de noyaux disséminés; tantôt elle est diffuse et occupe tout un lobe, ou du moins toute une bande de tissu; les parties atteintes ne crépitent pas, ont une tendance à gagner le fond de l'eau; elles sont dures, difficiles à déchirer ou à entamer avec l'ongle; la teinte n'est pas toujours blanche, elle est quelquefois grise ou rose saumon (Parrot). Sur une coupe, le poumon apparaît presque exsangue; et la couleur blanche tient surtout à l'ischémie, laquelle est due à ce que les lésions vasculaires plus accusées rétrécissent le calibre des vaisseaux. La coloration blanche est d'autant plus facile à apprécier que le poumon des nouveau-nés ne présente aucune trace d'antracose.

Le microscope montre les lésions de l'artérite syphilitique avec épaississement des parois et rétrécissement du calibre du vaisseau. Quant aux lésions conjonctives et épithéliales du poumon, elles ressemblent beaucoup à celles qu'on décrit sous le nom de *carnisation*. Le tissu conjonctif est profondément altéré; les cloisons péri-alvéolaires, péri-lobulaires et péri-bronchiques sont extrêmement épaissies; elles sont formées par un tissu fibroïde infiltré de cellules rondes. Les alvéoles sont rétrécis et oblitérés peu à peu par ce processus;

ceux qui persistent sont remplis par un épithélium proliféré, et devenu pavimenteux ou cubique, comme à l'état embryonnaire<sup>(1)</sup>.

3° *Gommes*. — Les gommes accompagnent presque toujours la pneumonie blanche. Au milieu des parties atteintes par celles-ci, on peut voir des flots grisâtres plus durs, plus compacts, plus saillants, où toute trace de la structure du poumon a disparu et qui ne sont que des gommes à l'état cru. Dans un cas que nous avons décrit avec M. Toupet, le poumon était atteint en totalité par la lésion de Virchow; le tissu en était partout blanc grisâtre, dense, non crépitant; à la surface, on voyait saillir quatre ou cinq noyaux gommeux de la grosseur d'un pois. Examinées au microscope, ces gommes présentaient les caractères suivants: toute trace de structure alvéolaire a disparu; un tissu fibroïde avec quelques rares cellules rondes remplace le parenchyme normal du poumon; mais dans ce tissu fibroïde, on aperçoit de distance en distance de petits amas cellulaires, et, avec un peu d'attention, on voit nettement que tous ces amas correspondent à des oblitérations vasculaires: ce sont des nodules gommeux. Autour d'eux, on trouve une zone très mal colorée par les réactifs, et où l'on ne distingue plus la morphologie des éléments (fibres ou cellules); c'est la mortification gommeuse qui commence autour de ces nodules.

Les gommes peuvent se ramollir et aboutir à la fonte caséuse complète; dans ce cas, le microscope n'y montre plus que des débris granulo-graisseux. Chez un nouveau-né syphilitique venu au monde asphyxié, Vanitschke trouva dans le poumon gauche une gomme ramollie du volume d'une noix coexistant avec une péricardite séro-fibrineuse<sup>(2)</sup>.

Si l'on songe que les lésions syphilitiques du poumon du nouveau-né peuvent aboutir à la sclérose, si l'on songe que le processus se développe surtout autour des axes artério-bronchiques, et que, par suite, il peut détruire les fibres musculaires de la paroi bronchique, on concevra aisément qu'il puisse se produire de la *dilatation des bronches*. C'est, en effet, ce qu'ont vu MM. Balzer et Grandhomme dans un de leurs cas; le lobe supérieur du poumon d'un nouveau-né syphilitique était rempli de grosses vésicules, comme celles d'un rein kystique; ces auteurs constatèrent que les cavités vésiculeuses étaient des bronches dilatées dans la paroi desquelles les éléments contractiles avaient disparu. En même temps, ce poumon présentait une sclérose péri-artério-bronchique et péri-alvéolaire très marquée; les gros vaisseaux étaient sains; mais les petites artères étaient oblitérées ou en voie d'oblitération.

A propos de ce fait, MM. Balzer et Grandhomme font les réflexions suivantes: « Nous n'avons pas trouvé d'observation analogue dans la littérature de la syphilis du nouveau-né. Mais il faut convenir que les faits de bronchectasie diffuse et de bronchectasie télangiectasique, signalés chez des fœtus et des nouveau-nés par Grawitz<sup>(3)</sup>, ressemblent beaucoup à celui que nous avons observé. L'auteur ne parle que d'ectasies sans mentionner la syphilis comme cause de ces lésions qui peuvent, en effet, avoir une autre étiologie. » Ajoutons que Hiller admet que la bronchectasie est un fait commun dans la

<sup>(1)</sup> CH. ROBIN et LORAIN, frappés par ces modifications de l'épithélium, comparaient la lésion du poumon du nouveau-né syphilitique à l'épithélioma du poumon.

<sup>(2)</sup> WANITSCHKE, Gomme du poumon avec péricardite chez un syphilitique héréditaire; *Prag. méd. Wochensh.*, 1893, n° 15, p. 147.

<sup>(3)</sup> GRAWITZ, *Arch. f. path. Anat.*, t. LXXXII, p. 217.



syphilis et croit même que les prétendues cavernes de la phtisie syphilitique ne sont, le plus souvent, que des dilatations bronchiques<sup>(1)</sup>.

Parrot donnait, comme un caractère des broncho-pneumonies du nouveau-né syphilitique, l'absence ou le faible degré de l'adénopathie. Cette adénopathie est, au contraire, la règle dans la syphilis de l'adulte.

Nous avons insisté sur l'anatomie pathologique de la syphilis pulmonaire du nouveau-né, parce que nous possédons sur elle des documents importants, et aussi parce que la nature syphilitique de ces lésions ne peut guère être mise en doute. Cette étude nous permettra de mieux comprendre les lésions du poumon syphilitique de l'adulte pour lesquelles la littérature médicale est beaucoup plus pauvre et dont la nature même est parfois contestable.

**II. Syphilis pulmonaire de l'adulte. — Chronologie.** — Dans la syphilis acquise de l'adulte, les manifestations pulmonaires sont essentiellement tardives; on a bien cité quelques faits de syphilis pulmonaire précoce survenant un an (Mauriac), deux mois (Gamberini) après le chancre; ce sont presque toujours des broncho-pneumonies subaiguës (Mauriac, Schirren, Piopoli), que leur apparition au cours de la période secondaire et leur guérison sous l'influence du traitement spécifique permettent seules de rattacher à la syphilis; c'est dire combien ces observations, d'ailleurs exceptionnelles, sont sujettes à caution. En réalité, parmi toutes les déterminations viscérales, il n'y en a pas qui se développent à une époque plus reculée (Mauriac) que les déterminations pulmonaires. On a vu survenir la syphilis du poumon dix ans, treize ans, vingt-trois ans après le chancre initial.

**Fréquence.** — La syphilis acquise ne frappe que rarement le poumon; la syphilis pulmonaire de l'adulte est beaucoup moins fréquente que la syphilis pulmonaire du nouveau-né. Cette rareté a été contestée par quelques auteurs; Pancritius, entre autres, considère la phtisie syphilitique comme une maladie fréquente; mais on a reproché avec raison à cet auteur de ne pas avoir été assez sévère dans le choix des observations.

**Étiologie.** — Les pneumopathies syphilitiques sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (Carlier); elles s'observent surtout chez les sujets qui ont dépassé quarante ans.

On ne connaît pas les circonstances qui sont susceptibles de favoriser l'apparition de la syphilis pulmonaire. Les affections aiguës et chroniques du poumon, telles que bronchite, emphysème, asthme, ne constituent pas une prédisposition (Mauriac). Il en est de même de la tuberculose.

Mais la syphilis pulmonaire elle-même ne prédispose-t-elle pas à la tuberculose? M. Potain croit qu'il en est ainsi; d'après lui, la syphilis peut favoriser l'évolution de la tuberculose par les altérations pulmonaires qu'elle détermine à la période tertiaire, et même à la période secondaire par la bronchite syphilitique (Schnitzler, Taberlet), dont les lésions superficielles sont susceptibles de servir de point d'appel à l'infection tuberculeuse. Son opinion ne paraît pas être celle de la majorité des syphiligraphes. D'après ceux-ci, la coexistence dans le poumon de lésions tuberculeuses et de lésions syphilitiques est extrêmement rare; et dans les cas tels que celui de M. Gouguenheim, où cette coexistence

<sup>(1)</sup> HILLER, Ueber Lungen Syphilis und syphilitische Phtisis; *Charité Annalen*, IX Jahr., p. 184.

été observée, il a été démontré que la syphilis et la tuberculose restent indépendantes l'une de l'autre et ne s'influencent pas; elles ne se combinent pas pour former des produits hybrides; simplement juxtaposées, elles évoluent chacune pour leur compte; la gomme guérit sous l'influence du traitement et le tubercule, poursuivant sa marche, emporte le malade (Mauriac).

Il est hors de doute cependant que la syphilis par l'influence dépressive qu'elle exerce chez les jeunes sujets récemment atteints (Fournier) favorise, en diminuant la résistance de l'organisme, l'apparition de la tuberculose. Cette prédisposition est surtout manifeste chez les enfants hérédo-syphilitiques.

**Anatomie pathologique.** — Il est vraisemblable que, chez l'adulte, la syphilis du poumon suit les mêmes phases que chez le nouveau-né; mais ici les lésions ne mettent que tardivement les jours du malade en danger; en sorte que leur évolution a le temps de s'accomplir; et à l'autopsie elles apparaissent presque toujours à une phase avancée, c'est-à-dire à l'état de lésions sclérogommeuses, lésions qui sont l'aboutissant du processus tertiaire, mais non le processus lui-même. Comme ce qu'il y a de plus caractéristique dans tout processus morbide, c'est son évolution, on conçoit que l'histoire anatomique du poumon syphilitique chez l'adulte soit enveloppée d'obscurités.

Néanmoins, quelques faits nous montrent les stades primordiaux que nous avons étudiés chez le nouveau-né. C'est ainsi que le stade de congestion et de pneumonie épithéliale (splénisation) semble avoir été vu par Virchow, qui décrit, parmi les lésions du poumon syphilitique, une altération identique à l'induration brune du poumon, mais indépendante de toute affection cardiaque. Vierling et Malassez ont chacun rapporté un cas de pneumonie blanche syphilitique chez l'adulte.

Quoi qu'il en soit, la lésion la plus communément observée dans le poumon de l'adulte, c'est la *broncho-pneumonie scléro-gommeuse*. C'est cette forme que nous allons décrire spécialement.

Le syphilome occupe plus souvent un seul poumon que deux; c'est le poumon droit qui est le plus atteint.

Les lésions syphilitiques du poumon peuvent siéger dans tous les points de l'organe; néanmoins leur localisation présente deux particularités très remarquables: 1<sup>o</sup> leur absence au sommet; 2<sup>o</sup> leur grande fréquence à la partie moyenne ou inférieure du lobe supérieur, souvent au voisinage du hile du poumon. Ce dernier siège a fait penser à quelques auteurs que la syphilis du poumon est le résultat d'une adénopathie tertiaire, ce qui est au moins exagéré; car, dans beaucoup de cas, il est facile de s'assurer que le syphilome envahit le poumon d'emblée et sur des points où il n'y a pas de ganglions.

Deux lésions élémentaires s'observent au foyer morbide, la sclérose et la gomme; elles sont presque toujours associées; mais tantôt c'est l'une, tantôt c'est l'autre forme qui prédomine; nous décrirons donc, pour nous conformer à l'usage, une forme gommeuse et une forme scléreuse.

**Forme gommeuse.** — Les gommés du poumon sont en général peu nombreuses; souvent on n'en trouve qu'une; il est rare que leur nombre dépasse dix. Elles se présentent sous forme de masses arrondies, grosses comme un pois, comme une aveline, comme un œuf, comme une mandarine; elles sont quelquefois rondes, plus souvent ovoïdes et un peu aplaties. Au début, elles sont dures, d'une couleur gris blanchâtre, et opaques. Plus tard, elles se ramol-