

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-

lissent par le centre, qui devient jaunâtre, gélatineux ou filamenteux. Finalement, elles peuvent se transformer en bouillie jaunâtre. Autour de la gomme, il y a toujours une zone de sclérose, et cette zone est parfois très étendue; à ce niveau le tissu est gris, nacré, luisant, dur et sec. Cette zone de sclérose périphérique est constante, si bien qu'on peut dire qu'il n'y a pas de gomme sans sclérose. Elle peut se rompre en un point, et une communication s'établit alors entre le foyer gommeux et une bronche; la bouillie s'évacue et il reste une *caverne gommeuse*, entourée de sa coque fibreuse formée parfois de couches concentriques, et dont les parois sont tapissées de débris caséux. Mais un processus réparateur peut survenir, surtout sous l'influence du traitement, et, alors, la cavité bourgeoise et se comble peu à peu; les parois se rapprochent, la cicatrisation s'opère; il reste alors une cicatrice presque caractéristique, déprimée, à tractus fibreux étoilés, au centre de laquelle il persiste souvent un petit noyau sec et caséux, vestige de l'ancienne gomme.

Le processus de réparation peut s'effectuer aussi par résorption, sans que la gomme soit évacuée au dehors.

*Forme scléreuse.* — On peut observer la sclérose à deux âges différents.

Lorsqu'elle n'est pas trop ancienne, on trouve des portions du poumon d'une couleur gris bleuâtre ou ardoisé, dures, élastiques, plus lourdes que l'eau, imperméables à l'air. Quand on pratique une coupe, on voit le tissu morbide s'étendre plus ou moins loin; quelquefois il forme un manchon dur et résistant autour d'une petite bronche.

Plus tard, le parenchyme syphilomateux est rétracté, ratatiné, atrophié; il en résulte à la surface du poumon des dépressions plus ou moins irrégulières, formant des cicatrices sous forme d'étoiles ou de brides. Comme le foie syphilitique, le poumon apparaît labouré de sillons profonds, comblés par du tissu fibreux, tantôt blanc grisâtre, tantôt noirâtre ou pigmenté. Les bronchioles sont alternativement rétrécies et dilatées. La plèvre participe habituellement au processus; on peut observer une pleurésie chronique avec épanchement; plus souvent les deux feuillets sont adhérents, épais, et sillonnés de bandes fibreuses.

Il est possible (mais nous n'avons pas de certitude à cet égard) que les sillons stellaires représentent parfois la cicatrice d'une gomme complètement résorbée; ce qui est sûr, c'est que souvent les tractus blanchâtres semblent rayonner autour d'un centre commun, et qu'à ce centre on trouve parfois une gomme classique. On voit par cette description que, si la sclérose tertiaire peut être rencontrée sans dégénérescence gommeuse, il n'existe point de gomme sans sclérose.

Nous possédons peu de documents sur l'*histologie pathologique* de la sclérose et de la gomme dans le poumon syphilitique de l'adulte. Mais il est probable que l'évolution anatomique est semblable à celle qu'on observe dans le poumon du nouveau-né. Des descriptions de Ramdohr, Wagner, Vierling et Pawlinoff, il résulte que le processus débute par une infiltration de cellules rondes s'effectuant dans le tissu conjonctif interlobulaire et péribronchique. Cette infiltration a pour point de départ la tunique adventice des vaisseaux, et Brissaud la décrit comme une *périvasculature capillaire*. En même temps, il y a desquamation épithéliale dans les alvéoles pulmonaires; les cellules desquamées subissent au bout d'un certain temps la dégénérescence granulo-graisseuse; et les alvéoles finissent par s'oblitérer. Ce que Tiffany a décrit sous le nom d'*infiltration syphi-*

*litique* du poumon semble répondre à cette phase de la sclérose où la pneumonie épithéliale est très intense. Plus tard, on ne trouve plus dans les régions malades que du tissu fibroïde, formé de lamelles compactes semées de quelques cellules plates, ramifiées ou étoilées, et de quelques cellules rondes.

Dans la gomme au début, le microscope montre, dans le tissu fibroïde semé de noyaux lymphoïdes, un assez grand nombre de *nodules gommeux*, amas de cellules cuboïdes ou rondes plus ou moins pressées les unes contre les autres; chacun de ces nodules répond à un capillaire oblitéré; tout autour on remarque souvent que les éléments anatomiques sont frappés de nécrose; ils n'ont plus de contours nets et se colorent mal. Lorsque la mortification est complète, on constate, d'après Malassez, que la gomme est formée de trois couches concentriques; au centre, des débris de cellules dégénérées, avec de petits corps réfringents, se colorant en rouge par la purpurine; à la partie moyenne, une zone de tissu fibreux, disposé en couches concentriques, avec des nodules gommeux sous forme de cellules géantes; et enfin, à la périphérie, une zone de cellules embryonnaires envahissant les espaces interalvéolaires et les parois des alvéoles; cette dernière zone représente le processus syphilomateux au début.

Les ganglions du hile du poumon sont souvent atteints dans la syphilis. MM. Stackler et Hanot ont rapporté un cas où l'adénopathie syphilitique se présentait sous forme de masses volumineuses de consistance pierreuse (1).

Tels sont les caractères anatomiques ordinaires du processus scléro-gommeux dans le poumon. L'association de la gomme à une sclérose avec cicatrices déprimées et radiées en est la marque essentielle.

*Diagnostic anatomique.* — Quelques auteurs ont nié la possibilité de distinguer, sur la table d'amphithéâtre, les lésions syphilitiques du poumon. La gomme, disent-ils, est parfois impossible à différencier des tubercules; quant à la sclérose, elle n'a aucun caractère spécifique et ressemble aux scléroses pulmonaires de n'importe quelle origine.

Sans nier la difficulté qu'il y a à établir le diagnostic anatomique de la syphilis pulmonaire, la chose ne nous paraît pas absolument impossible.

Les *gommés* ne peuvent être confondues avec des tubercules que lorsqu'elles sont petites, du volume d'un pois ou d'une lentille. Mais, avec M. Fournier, nous dirons que la gomme se distingue des tubercules :

1° *Par sa situation.* — Le tubercule siège au sommet du poumon spécialement et dans les deux poumons; la gomme est ordinairement unilatérale, et siège surtout à la partie moyenne ou inférieure du lobe supérieur, souvent au voisinage du hile du poumon.

2° *Par le nombre.* — Les gommés sont, en général, peu nombreuses; c'est le contraire pour les tubercules.

3° *Par la couleur.* — Les gommés sont toujours blanches ou jaunes, jamais transparentes comme les tubercules miliaires.

4° *Par la consistance.* — Lorsqu'elle n'est pas ramollie, la gomme est plus dure que le tubercule et, même ramollie, elle est encore plus résistante que celui-ci, grâce à la coque fibreuse qui l'entoure.

Nous ajouterons qu'au point de vue histologique, la gomme se distinguera par l'intensité et la forme des lésions vasculaires, par l'apparence du nodule gommeux qui n'est pas toujours aussi semblable qu'on l'a dit au follicule tuber-

(1) STACKLER et HANOT, *Société anatomique*, 1881.

culeux, par ce fait que la gomme se produit dans un tissu déjà malade, tandis que le tubercule peut se développer dans un tissu absolument sain, enfin et surtout par l'absence du bacille de la tuberculose.

La sclérose syphilitique est difficile à diagnostiquer quand elle n'est pas associée avec la gomme; mais ici, il faut distinguer deux formes de sclérose; dans la première, dont les cas de Dittrich, E. Vidal, Virchow, Moxon, Lancereaux, offrent des exemples, on trouve dans le poumon l'aspect classique de la sclérose tertiaire: des tractus fibreux, des cicatrices déprimées et étoilées, des masses dures et pigmentées; ces lésions sont accompagnées parfois de bronchectasie. Leur aspect seul doit faire penser à leur origine syphilitique, et si, ensuite, on trouve des cicatrices étoilées, déprimées, sur la langue, dans la trachée et les grosses bronches, si l'on constate des lésions scléro-gommeuses dans le foie, la rate ou le testicule, l'origine syphilitique pourra être acceptée avec une très grande vraisemblance.

Mais dans la seconde forme, ou forme lobaire, toute une portion d'un lobe est transformée en un bloc fibroïde, compact, grisâtre, criant sous le scalpel. C'est cette forme qui peut donner lieu à de légitimes hésitations. Or, il faut remarquer qu'il n'est nullement prouvé que la syphilis puisse engendrer la sclérose lobaire; les cas cités sont rares et obscurs: ce n'est qu'à l'aide de nouvelles études qu'il pourra être établi, surtout par les caractères des lésions viscérales coïncidentes, que la sclérose lobaire peut être due à la syphilis tertiaire.

Les lésions syphilitiques du poumon sont parfois des lésions propagées. Birkett a vu des productions syphilitiques des parois thoraciques, développées primitivement dans le périoste costal ou dans les muscles, envahir secondairement d'abord la plèvre, puis le poumon, et pénétrer dans le parenchyme à une profondeur plus ou moins considérable. MM. Delepine et Sisley ont vu le lobe inférieur du poumon droit envahi par une gomme de foie<sup>(1)</sup>. De pareils cas ont un intérêt considérable; car ils permettent d'étudier avec toute certitude les altérations que peut développer, dans le tissu du poumon, le processus syphilitique.

On a signalé aussi des faits où une lésion syphilitique du foie avait déterminé de l'adénopathie des ganglions du médiastin et de la lymphangite pleuro-pulmonaire (Cornil et Ranvier)<sup>(2)</sup>.

**Symptômes.** — Si l'anatomie pathologique de la syphilis pulmonaire, envisagée surtout chez l'adulte, n'a pu être constituée qu'avec beaucoup de difficultés, la symptomatologie offre de telles obscurités que la possibilité d'un diagnostic clinique a été niée par quelques auteurs. On objecte, en effet, que cette symptomatologie n'a rien de caractéristique, et que la maladie est rare, bien que quelques médecins aient exagéré sa fréquence.

En vérité, il n'existe pas en clinique de critérium absolu de la syphilis pulmo-

<sup>(1)</sup> DELEPINE et SISLEY, *Semaine méd.*, 1890, p. 415.

<sup>(2)</sup> A titre de document, impossible à utiliser à l'heure actuelle, nous signalerons le cas de broncho-pneumonie chez un sujet syphilitique, mort dans le service de M. Bouchard à l'hôpital de la Charité (1875) et examiné par M. Cornil. M. Cornil trouva de curieuses altérations des fibres élastiques du poumon. Ces fibres étaient épaisses, réfringentes, vitreuses, rigides, fragmentées par des cassures nettes, transversales ou irrégulières; souvent elles étaient dissociées en long. (Voy. CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*, 2<sup>e</sup> édit. t. II, p. 109, où la lésion est représentée par la figure 47.)

naire; elle ressemble à la phtisie, ou à la dilatation des bronches, ou à la sclérose pulmonaire. Néanmoins, il est des cas où le diagnostic de l'affection est appuyé sur un tel faisceau de preuves qu'on peut l'accepter sans réserves. L'ensemble des phénomènes, leur évolution, les antécédents du malade, les effets du traitement, les altérations syphilitiques qu'on rencontre dans le reste de l'organisme, peuvent donner à la pneumopathie des caractères si nets qu'on ne peut douter de sa nature.

En 1777; nous dit M. Jullien, Brambilla rapporte, dans son *Traité sur le phlegmon*, qu'un jour on ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans une situation désespérée. Par une méprise d'apothicaire, l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter, et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire pour le prendre à l'intérieur. Celui-ci, ne se doutant pas de l'erreur, prit de cet onguent environ la grosseur d'une noix de muscade deux à trois fois par jour; et il fut radicalement guéri de sa maladie au grand étonnement du médecin qui apprit ensuite, par hasard, comment la chose s'était faite.

Ce cas peut être considéré comme un type; c'est sur des guérisons, par le traitement antisiphilitique, de sujets considérés comme des phtisiques incurables, que l'existence clinique de la syphilis du poumon a d'abord été établie.

Aujourd'hui, nous trouverons le critérium clinique de la syphilis pulmonaire dans les caractères suivants, dont la réunion laissera peu de place au doute: syphilis antérieure, tableau morbide de la consommation pulmonaire, absence des bacilles de la tuberculose dans les crachats, constatation de lésions scléro-gommeuses dans d'autres parties de l'organisme, effets favorables du traitement syphilitique.

Si l'on cherche à tracer une description didactique de la syphilis pulmonaire d'après les observations publiées, on se heurte à de grandes difficultés; rien, en effet, n'est plus variable et moins net que la symptomatologie. Néanmoins, on peut se faire une idée de la maladie en exposant d'abord le tableau d'ensemble qui répond au type vulgaire scléro-gommeux, et en montrant ensuite les formes diverses que peut revêtir l'affection suivant la marche, les lésions, l'état général du sujet.

Dans la forme commune scléro-gommeuse, les malades toussent dès le début; d'abord leur toux est sèche, puis elle devient humide, avec une expectoration muqueuse ou muco-purulente. Cette expectoration devient très abondante en cas de dilatation des bronches. Lorsqu'une gomme s'ouvre dans les bronches, il se peut que l'expectoration présente des caractères tout à fait spéciaux, comme dans le cas de Cube (de Menton): le malade expulse des masses à surface granuleuse, de la grosseur d'un poids ou d'une fève, rondes ou ovales, de consistance élastique et compacte; à la coupe, ces masses sont constituées par un tissu blanc, avec des tractus d'un gris foncé, formant réseau, ramolli par places. Elles sont privées d'air et vont au fond de l'eau. Au microscope, elles sont constituées par du tissu pulmonaire infiltré de cellules rondes et traversé par des vaisseaux altérés. Cette expectoration ne renferme point de bacilles de la tuberculose.

L'hémoptysie peu abondante est la règle. L'hémoptysie très abondante, observée par MM. Lancereaux et Carlier, constitue une exception. La douleur thoracique est, en général, très modérée.

La dyspnée survient tardivement, lorsque les lésions sont assez étendues;

elle se présente, non sous forme de crises de suffocation avec cornage comme dans la syphilis trachéale, mais comme une dyspnée d'effort survenant à l'occasion d'une marche rapide, de la montée d'un escalier. Rarement elle va jusqu'à l'orthopnée.

L'inspection de la poitrine ne dénote presque jamais la déformation caractéristique du thorax des phtisiques.

La percussion et l'auscultation révèlent l'existence d'un foyer morbide localisé à la partie moyenne des poumons, surtout à droite. Le maximum des signes physiques s'observe en général : en arrière, au niveau de l'épine du scapulum ; en avant, au niveau des troisième et quatrième côtes. Par la percussion, on perçoit de la matité ou de la submatité ; s'il y a une grosse cavité gommeuse ou une grosse dilatation bronchique, on peut entendre une sonorité exagérée, voire même du bruit de pot fêlé. Dans cette même zone, la palpation dénote l'augmentation des vibrations vocales.

L'auscultation donne des résultats variables suivant la lésion et l'âge de cette lésion. Au début, le murmure vésiculaire normal est diminué ; et l'on entend un bruit rude qui va jusqu'à la respiration bronchique avec exagération de la bronchophonie ; on perçoit en même temps des râles ronflants et sibilants plus ou moins disséminés dans toute l'étendue de la poitrine ; et, au niveau du foyer morbide, des râles sous-crépitaux fins, secs ou humides. Plus tard, ces signes se circonscrivent et peuvent rester tels quels, s'il ne se produit ni cavité gommeuse, ni dilatation bronchique ; mais, si l'une de ces deux lésions se développe, on perçoit alors les signes cavitaires : la respiration cavernueuse, le gargouillement, la pectoriloquie. En résumé, les signes sont ceux de l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire et de la bronchite ; à ces signes peuvent s'ajouter, dans certains cas et en certaines zones, les signes cavitaires. Enfin, il peut arriver qu'à la base, on perçoive les signes d'une pleurésie avec ou sans épanchement.

MM. Peter et Vidal (d'Hyères) ont démontré qu'au niveau des foyers tuberculeux, il y avait hyperthermie locale ; dans les foyers syphilitiques, au contraire, si l'on en croit Gütz, la température locale reste normale.

Pendant que cette évolution s'accomplit, que devient l'état général ? L'état général peut rester bon pendant de longues années ; et l'on a sous les yeux, comme le disait Bazin, un phtisique bien portant. Mais il arrive une période où l'état général s'altère ; celui-ci peut se déranger de deux façons. Tantôt il s'agit d'une *cachexie tertiaire* que n'expliquent pas les altérations limitées du poumon, mais qui est due soit aux lésions scléro-gommeuses des autres viscères, soit à l'artério-sclérose, soit à la dégénérescence amyloïde ; le malade maigrit, prend un teint jaunâtre, devient albuminurique, présente des œdèmes et de la diarrhée et succombe à cette cachexie. Tantôt il s'agit d'une véritable *consommation pulmonaire* explicable par une cavité gommeuse ou une dilatation bronchique ; dans ce cas, l'expectoration est abondante, l'amaigrissement est considérable, les doigts deviennent hippocratiques, la fièvre vespérale et les sueurs nocturnes s'établissent, et le sujet succombe comme un phtisique. On n'a jamais constaté la terminaison de la syphilis pulmonaire par dilatation du cœur droit et asystolie (Jullien).

La terminaison est presque fatale, si le malade n'est pas traité énergiquement ; mais ajoutons immédiatement que si, par bonheur, on oppose à la maladie un traitement antisiphilitique, on peut voir s'opérer des guérisons merveilleuses.

Ce qui donne au tableau clinique que nous venons d'esquisser sa caractéristique propre, c'est son association avec d'autres lésions tertiaires. Les associations les plus communes de la syphilis pulmonaire sont les suivantes : très souvent on trouve des altérations laryngées (Schnitzler), avec ou sans altérations trachéo-bronchiques ; très souvent aussi la syphilis du poumon est associée à la syphilis du foie. Enfin, on peut observer toutes les manifestations du tertiérisme ; citons entre autres le fait de M. Fournier où la syphilis du poumon était associée à une ulcération phagédénique du pied, celui de M. Jullien où la présence de gomme du tibia fit reconnaître la nature syphilitique d'une affection pulmonaire<sup>(1)</sup>.

**Variétés cliniques.** — L'étude des variétés cliniques est très importante ; elle montre, en effet, combien est variable la symptomatologie et elle indique quels sont les cas où il est légitime de chercher l'origine syphilitique d'une pneumopathie.

I. Disons, tout d'abord, que la syphilis pulmonaire peut être absolument latente, et ne se manifester par aucun trouble fonctionnel, par aucun signe physique. C'est ainsi que MM. Cornil et Ranvier eurent l'occasion, dans une épidémie de choléra, de rencontrer plusieurs fois des gomme dans les poumons d'individus syphilitiques qui n'avaient jamais eu d'accidents pulmonaires.

II. D'autres fois, les lésions scléro-gommeuses des poumons sont associées à des lésions du larynx, de la trachée et des grosses bronches qui engendrent un rétrécissement de ces conduits ; alors la sténose se manifeste par des troubles spéciaux qui occupent la première place dans le tableau clinique et masquent complètement le processus pulmonaire.

III. *Type simulant la phthisie aiguë.* — Deux faits avec autopsie, dus, le premier à Vierling, le second à MM. Cuffer et Remy (thèse de M. Jacquin), semblent montrer que, dans ces cas, la lésion est tantôt la pneumonie blanche (Vierling), tantôt une éruption gommeuse se présentant sous forme de noyaux de broncho-pneumonie (Cuffer et Remy). Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, cette forme est très remarquable ; elle a été bien étudiée par M. Dieulafoy, qui en a rapporté divers exemples, la plupart suivis de guérison par le traitement antisiphilitique.

Pour en donner une idée, nous résumerons l'observation de Giraudeau, recueillie dans le service de M. Hayem et consignée dans la thèse de M. Jacquin. Une femme de trente-cinq ans entre à l'hôpital avec de la toux et une fièvre qui dure depuis huit jours ; elle présente, à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, de la matité, de la respiration bronchique et des râles sous-crépitaux. Les jours suivants, la situation s'aggrave, la respiration devient cavernueuse, et s'accompagne de gargouillements ; les crachats sont nummulaires, striés de sang, et, au bout de quatre semaines, la malade amaigrit, couverte, la nuit, de sueurs profuses, toujours fébricitante, avait pris tout l'aspect d'une phtisique. Alors seulement, en raison de l'hypertrophie des ganglions occipitaux et inguinaux, en raison d'une ulcération siégeant dans le cul-de-sac vaginal droit, on songea à l'origine syphilitique possible de la pneumopathie et l'on administra le traitement spécifique. Au bout de six semaines, l'appétit était revenu, les crachats nummulaires, les sueurs, la fièvre,

<sup>(1)</sup> JULLIEN, Note sur la syphilis pulmonaire ; C. R. de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 8 avril 1895.