

DIX-HUITIÈME LEÇON

SYPHILIS DU POU MON ET DE LA PLÈVRE

MESSIEURS,

La syphilis du poumon a une importance de premier ordre; on la méconnaît trop souvent parce qu'on ne pense pas assez à la rechercher; elle met la vie du malade en danger et, d'autre part, elle est une occasion de véritable triomphe thérapeutique, car on rend parfois la santé, en quelques semaines, en quelques mois, à des gens qui semblaient arriver à la période ultime de la phtisie pulmonaire.

Broncho-pneumonies d'apparence tuberculeuse, cavernes simulant la phtisie, gangrène, sclérose pulmonaire, dilatation des bronches, telles sont les manifestations de la syphilis pulmonaire, sans compter les adénopathies médiastines et les pleurésies syphilitiques qui trouveront leur place dans le cours de cet exposé. Mais avant d'entreprendre l'étude clinique de ces diverses manifestations syphilitiques, précisons un premier point : à quelle date la syphilis peut-elle atteindre le poumon ; est-ce à une époque voisine de l'infection ou à une époque éloignée ; en d'autres termes, existe-t-il une syphilis pulmonaire précoce et une syphilis pulmonaire tardive ? Cette distinction en lésions

syphilitiques précoces et tardives est nettement accentuée dans quelques organes, au cerveau, à la moelle épinière, aux reins, etc. Voyez la syphilis cérébrale ; ses lésions sont tantôt tardives, tantôt précoces. Les lésions tardives, artérite oblitérante ou ectasiante, lésions gommeuses ou scléro-gommeuses, lésions ostéo-périostiques, et méningo-encéphaliques (paralysie générale), toutes ces lésions s'observent à titre d'accidents tertiaires, bien des années après l'infection syphilitique. Mais il existe également une syphilis cérébrale précoce, très précoce, qui se cantonne presque exclusivement aux artères de l'hexagone de Willis et qui peut déterminer, dès les premiers mois de l'infection syphilitique, des endartérites oblitérantes avec ramollissement cérébral et hémiplegie, et des artérites ectasiantes avec rupture d'anévrisme, hémorragie méningée et mort par apoplexie.

Cette distinction en lésions syphilitiques précoces et tardives n'est nulle part plus accusée qu'aux reins. Veuillez vous rappeler ce que je vous en ai dit tout récemment ; il y a une syphilis rénale précoce et une syphilis rénale tardive. La syphilis rénale tardive, tertiaire, se manifeste presque toujours sous forme de néphrite chronique avec ou sans association de lésions gommeuses, scléro-gommeuses et amyloïdes, tandis que la syphilis rénale précoce, celle qui apparaît dès les premiers mois après le chancre, crée une néphrite syphilitique aiguë, suraiguë, parfois des plus redoutable.

On croyait autrefois que la syphilis n'atteignait les organes qu'à une période avancée de l'infection, à la période dite tertiaire ; il n'en est pas ainsi, il s'en faut ; certains organes peuvent être frappés par la syphilis, d'une façon tout à fait précoce, et quoique précoces, les lésions sont loin d'être légères ou bénignes ; leur gravité est au moins comparable aux lésions tertiaires des phases avancées de la syphilis.

Eh bien, je pose de nouveau la question : y a-t-il une syphilis pulmonaire précoce, contemporaine des premiers mois de la syphilis, et une syphilis pulmonaire tardive n'apparaissant qu'aux époques éloignées ? La réponse est catégorique ; les lésions syphilitiques du poumon ne sont

jamais ou pour ainsi dire jamais précoces. Remarquez, je vous prie, que je parle du poumon et non des bronches; la bronchite, elle, peut être l'une des manifestations les plus précoces de l'infection syphilitique. Que de gens qui n'avaient antérieurement ni laryngite, ni trachéo-bronchite et qui, une fois syphilitiques, s'enrhument avec la plus grande facilité. Ils prennent une laryngite, ils ont une extinction de voix, on les examine au laryngoscope et on trouve de l'érythème laryngé ou des syphilides érosives. Ils prennent une trachéo-bronchite, ils frissonnent, ils toussent, ils expectorent, ils transpirent la nuit, on entend à l'auscultation des râles sibilants, des râles muqueux, et faute de penser à la syphilis qu'ils ont récemment contractée, on met cette bronchite sur le compte d'une grippe ou d'un refroidissement banal. Cette trachéo-bronchite syphilitique peut se répéter plusieurs fois, dès les premières années de l'infection, elle éveille parfois des idées non justifiées de tuberculose, c'est pour ces soi-disant bronchites, dont la cause est trop souvent méconnue, qu'on envoie les malades faire une cure au Mont-Dore, à Cauterets, aux Eaux-Bonnes, à Luchon, alors qu'on aurait dû commencer par leur prescrire le traitement mercuriel. La laryngo-trachéo-bronchite est donc une des manifestations précoces de l'infection syphilitique; les pneumopathies syphilitiques, au contraire, sont des manifestations tardives et parmi toutes les autres déterminations viscérales, il n'en est pas, dit fort judicieusement M. Mauriac¹, qui se développe à une époque plus reculée. Cette règle me paraît absolue et, à part quelques cas exceptionnels, on peut dire de la syphilis du poumon, qu'elle n'apparaît qu'aux époques du tertiariisme.

Après ces quelques explications préliminaires, entrons dans notre sujet et occupons-nous d'abord de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique de la syphilose du poumon.

Le syphilome pulmonaire est circonscrit ou diffus. Le syphilome circonscrit, la gomme, est assez rare. Arrondies

1. Mauriac. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890, p. 639.

ou ovoïdes, les gommés du poumon ont des dimensions variables; elles ne dépassent pas le volume d'un pois, d'une cerise, ou elles atteignent les proportions d'un œuf, d'une orange et au delà. Indurées et grisâtres à la première phase de leur évolution, elles finissent par se ramollir, elles se transforment en une bouillie jaunâtre qui peut se déverser dans une bronche en laissant à sa place une cavité, une caverne gommeuse dont les parois sont formées de tissu fibroïde. Sous l'influence du processus de guérison, les parois de la caverne peuvent bourgeonner, la cavité se rétrécit et finit par disparaître; elle est remplacée par un tissu cicatriciel de guérison.

Le syphilome diffus, infiltration syphilitique de Tiffany, est plus fréquent que la gomme. Ce syphilome diffus, infiltré, a les apparences de la broncho-pneumonie; M. Rémy en a donné une bonne description à propos d'un syphilitique mort dans le service de M. Cuffer. A l'examen microscopique, dit M. Rémy, « la tumeur est constituée par un certain nombre de noyaux de broncho-pneumonie à divers états (catarrhal, fibrineux et caséux). Il n'existe pas d'encapsulation bien net par une zone de tissu fibreux, comme dans les gommés, sur toute l'étendue de la lésion. Cependant, en quelques points, on voit cet encapsulement; mais il n'est pas dû à un tissu de nouvelle formation, il est constitué par la cloison du lobule. On ne trouve pas une artère comme centre de lésions; celles-ci sont plutôt groupées autour des bronches comme dans la broncho-pneumonie. L'ensemble total résulte de plusieurs petits amas d'apparence caséuse, entourés de zones plus vivantes. L'amas caséux est constitué par des alvéoles pulmonaires remplis de cellules dont la forme est impossible à délimiter et qui semblent être en dégénérescence graisseuse. L'enveloppe de chaque amas caséux est formée tantôt par une cloison fibreuse interlobulaire épaissie, tantôt par des alvéoles remplis de leucocytes et présentant des parois épaissies. On constate, en outre, dans le voisinage et dans l'épaisseur des bronches, des vaisseaux

1. Jacquin. *Thèse de Paris*, 1884, p. 30.

ou des cloisons interlobulaires, des amas de jeunes cellules qui révèlent leur état phlegmasique. »

La broncho-pneumonie syphilitique a été bien étudiée chez le fœtus et chez le nouveau-né par MM. Balzer et Grandhomme¹; ils ont trouvé des lésions analogues à celles de la broncho-pneumonie vulgaire; toutefois, les lésions vasculaires et interstitielles leur ont paru prédominantes, tandis qu'ils ont constaté une desquamation épithéliale et des exsudats moins intenses.

Quoi qu'il en soit, que le syphilome pulmonaire diffus débute par une broncho-pneumonie à forme bâtarde, avec infiltration parenchymateuse engainant la bronche et l'alvéole, ou que le processus prédomine aux artérioles, il n'en est pas moins vrai que le syphilome diffus peut avoir une évolution rapide ou une évolution lente. Au cas d'évolution rapide, la lésion aboutit à la fonte des tissus envahis; la syphilis tertiaire détermine alors une sorte de *phagédénisme* du poumon, comme elle détermine ailleurs le phagédénisme du voile du palais ou du pharynx; ces cas-là simulent la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë. Au cas d'évolution lente, les lésions n'aboutissent qu'à la longue à la caséification, à l'ulcération pulmonaire, à la caverne; elles simulent la tuberculeuse chronique vulgaire. En résumé, qu'il s'agisse de syphilome gommeux circonscrit (la gomme), ou d'infiltration gommeuse diffuse (la fausse broncho-pneumonie), nous assistons à un processus pulmonaire à tendance ulcéreuse, dont l'évolution peut être rapide ou lente avec tous les intermédiaires.

Passons à l'étude clinique de la syphilis pulmonaire et commençons par les cas qui simulent la *broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë ou subaiguë*. En voici des exemples: Le 9 mai dernier, entré dans notre salle Saint-Christophe, n° 12, un garçon de trente-trois ans, atteint de ce qu'il croyait être « une bronchite négligée ». Il avait été pris, disait-il, quelque temps avant, de toux, de fièvre, d'expecto-

1. Balzer et Grandhomme. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887.

ration, et, bien que se sentant affaibli et fatigué, il n'en avait pas moins continué son pénible métier. Un peu plus tard, il y a actuellement six semaines, il avait éprouvé, aux deux côtés de la poitrine, surtout à gauche, des douleurs aiguës, avec quintes de toux et crachats épais, sans caractères particuliers. A l'examen du malade, on trouve une zone de matité très nette à la région scapulaire droite, au niveau du quatrième et cinquième espace intercostal. A ce niveau, l'auscultation fait percevoir du souffle et des râles sous-crépitants en abondance. Cette lésion *en foyer*, mate, soufflante à son centre, crépitante à sa périphérie, n'est pas plus étendue que la paume de la main. Les jours suivants, une autre lésion symétrique, *en foyer*, avec les mêmes symptômes, matité, souffle, râles sous-crépitants, s'accroît à la région scapulaire gauche, au niveau du quatrième et cinquième espace intercostal. Les poumons sont libres dans le reste de leur étendue; à peine entend-on quelques râles sibilants disséminés.

Il ne s'agissait pas ici de pneumonie lobaire; le malade n'en avait ni les symptômes ni l'expectoration, et le pneumocoque faisait absolument défaut dans les crachats. On ne pouvait s'arrêter à l'idée de fluxion de poitrine, car la double lésion en foyer était ici nettement limitée, ce qui est le contraire dans la fluxion de poitrine, où les signes pulmonaires, pleuraux et bronchiques sont diffus. Il fallait s'arrêter au diagnostic de broncho-pneumonie double, broncho-pneumonie bâtarde, insolite et qui n'était pas comparable aux pneumonies lobulaires de la rougeole, de la grippe, de la coqueluche.

Restait à savoir quelle était la nature de cette broncho-pneumonie et faute de mieux, l'idée de tuberculose se présentait à notre esprit. Mais voilà qu'en découvrant le malade, nous apercevons sur l'épaule gauche une éruption assez confluyente de grosses papules cuivrées, squameuses, ayant tous les caractères d'une éruption tertiaire syphilitique. Cette éruption non douloureuse et non prurigineuse durait depuis une vingtaine de jours et avait été précédée d'une éruption semblable, encore en évolution, à la région scapulaire droite et à la région dorsale. Le malade avait égale-

ment aux jambes et aux cuisses des cicatrices d'ulcérations syphilitiques. Interrogé sur sa vérole, il nous apprit qu'il avait été soigné deux ans avant, pour des syphilides tertiaires, à l'hôpital du Midi, par M. Mauriac, qui lui avait donné le sirop de Gibert et l'iodure de potassium. En même temps que les syphilides ulcéreuses des jambes était apparue une ostéo-périostite fort douloureuse du pied droit. La syphilis remontait à une dizaine d'années, époque à laquelle M. Mauriac avait prescrit les préparations mercurielles. Muni de ces renseignements, il était naturel de penser que cet homme, syphilitique depuis dix ans, et qui portait sur la peau une éruption tertiaire en pleine évolution, venait de faire un double foyer de broncho-pneumonie syphilitique. L'hypothèse de broncho-pneumonie tuberculeuse (ancienne broncho-pneumonie caséuse) fut d'autant plus écartée, que l'examen des crachats, plusieurs fois répété, démontra l'absence de bacilles de Koch. Du reste, cet examen bactériologique fut doublement intéressant, car il permit non seulement d'éloigner la tuberculose, mais aussi les infections streptococcique et pneumococcique; on ne trouvait que des cocci, quelques courts bacilles inclus ou non dans des cellules épithéliales et des globules de pus. Le diagnostic de double foyer de broncho-pneumonie syphilitique fut donc posé sans réserve.

Je soumis aussitôt le malade au traitement mercuriel et on pratiqua, pendant quinze jours consécutifs une injection huileuse de 4 milligrammes de biiodure de mercure. Ceux d'entre vous qui ont suivi attentivement l'évolution de cette broncho-pneumonie syphilitique, ceux qui ont ausculté avec soin le malade auront pu constater la transformation hâtive de la lésion pulmonaire. Les premiers jours, avant que le traitement eût été commencé, au centre de la région mate, le souffle avait pris le timbre du souffle cavernuleux; une destruction rapide du parenchyme pulmonaire s'opérait pendant que des râles nombreux encombraient la périphérie du foyer. Le 15 mai, c'est-à-dire dès la sixième injection mercurielle, le processus destructif fut enrayé; des deux côtés le souffle disparut, les râles se modifièrent et trois jours après,

le 17 mai, l'expectoration avait presque disparu. Pendant que ces signes locaux s'amendaient rapidement sous notre oreille, l'éruption syphilitique cutanée pâlisait et l'état général s'améliorait tout aussi vite. A dater de ce moment, notre malade sent ses forces revenir, l'appétit reparait et aujourd'hui, 12 juin, je le fais venir à l'amphithéâtre, afin que vous puissiez l'interroger et constater la modification qui s'est opérée dans sa santé. On ne trouve plus que des reliquats du double syphilome broncho-pneumonique, une légère submatité et quelques râles sous-crépitanes. Nous allons reprendre une nouvelle série d'injections mercurielles et j'espère que, d'ici quelques semaines, toute trace de lésion pulmonaire aura totalement disparu.

Voici une observation recueillie par M. Giraudeau dans le service de M. Hayem, et consignée dans la thèse de M. Jacquin¹. La malade a trente-cinq ans; elle tousse, et depuis une huitaine de jours la fièvre est presque continue, la température atteint même 40 degrés. On examine cette femme le jour de son entrée à l'hôpital, 1^{er} février, et on trouve à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, dans une étendue de six centimètres environ, une zone mate, avec exagération des vibrations thoraciques, respiration soufflante et râles sous-crépitanes. Rien ailleurs; le poumon droit est sain. La toux est fréquente, l'expectoration est muqueuse et abondante. Les jours suivants, on assiste à la formation rapide d'une caverne. Le 11 février, le souffle est tubaire, l'expectoration est muco-purulente; le 14, au souffle tubaire s'adjoignent de gros râles muqueux; l'amaigrissement est considérable; il y a des sueurs nocturnes. Le 21 février, c'est-à-dire en vingt jours, la caverne pulmonaire est constituée: souffle caverneux, pectoriloquie et bronchophonie dans la majeure partie du lobe moyen; gargouillement, crachats nummulaires striés de sang. La malade paraît atteinte de *ptisie aiguë*.

Le 28 février, l'examen au spéculum fait découvrir, dans le cul-de-sac latéral droit, une ulcération arrondie de la

1. M. Jacquin. Phtisie syphilitique chez l'adulte; Thèse de Paris, 1884.

dimension d'une pièce de 50 centimes, taillée à l'emporte-pièce, et recouverte d'une couche grisâtre très adhérente. Cette ulcération, d'apparence *gommeuse*, fournit l'indication formelle d'un traitement spécifique; on songe alors à l'origine syphilitique possible de la pneumopathie, et on donne le sirop de Gibert à la dose de deux cuillerées par jour. Après quelques semaines de cette thérapeutique, la situation s'améliore, l'appétit revient, les crachats nummulaires, les sueurs, la fièvre disparaissent; à la place du souffle caverneux et du gargouillement, on ne perçoit plus qu'une respiration rude; *la caverne est cicatrisée*. On suspend le traitement mercuriel qui avait provoqué de la stomatite, on prescrit tous les jours 3 grammes d'iodure de potassium, et quand la malade quitte l'hôpital elle a repris les apparences de la santé et l'ulcération gommeuse vaginale est en voie de cicatrisation. Peu après, cette femme revient se faire soigner, non plus pour son poumon, qui est en bon état, mais pour une ostéo-périostite de l'os frontal, qui céda au même traitement antisiphilitique. Il est donc indéniable que cette femme avait été atteinte, en peu de temps, d'accidents syphilitiques diversement localisés, gomme vaginale, syphilis du poumon, ostéo-périostite frontale. A en juger d'après la marche rapide et exceptionnellement grave de la lésion syphilitique pulmonaire, cette femme était destinée à mourir; elle fut sauvée par le traitement spécifique.

J'ai été témoin d'un fait du même genre. En 1881, je fus appelé, rue Richelieu, auprès d'un malade qui se croyait atteint de grippe. Il toussait, il était fébricitant et se plaignait de douleurs thoraciques localisées surtout au sommet du poumon gauche. En ce point, je constatai du souffle et des râles de congestion pulmonaire. Cet homme, jusque-là de constitution robuste, demanda un vésicatoire que je prescrivis ainsi qu'une potion au kermès. Les jours suivants, la situation empira; la toux et la dyspnée devinrent les symptômes dominants, la toux était incessante et la dyspnée prenait pendant la nuit des proportions tout à fait inusitées. Les crachats ne tardèrent pas à devenir mucopurulents et nummulaires; les râles du début se transfor-

mèrent en gargouillement; les forces déclinaient, et je pensai, je l'avoue, à une pneumonie tuberculeuse aiguë. Le pronostic était des plus graves. Incidemment le malade me confia que depuis quelques jours il souffrait du testicule gauche. J'examinai ce testicule, il était gros et douloureux; c'était bien une orchite et non une épидидymite; du reste il n'y avait point de blennorragie, et je pensai aussitôt à un accident tertiaire syphilitique. J'interrogeai le malade dans ce sens, et il me répondit avoir eu un chancre dix ans auparavant. Cette révélation fut pour moi un trait de lumière: la syphilis ne pouvait-elle pas être à la fois la cause des lésions pulmonaire et testiculaire? Je prescrivis l'iodure de potassium à haute dose, et je demandai aussitôt l'avis de M. Fournier. Après examen du malade, M. Fournier n'hésita pas dans son diagnostic; l'orchite et la pneumopathie lui parurent également syphilitiques, et il prescrivit des frictions mercurielles associées à l'iodure de potassium. La scène changea si brusquement, que déjà, les nuits suivantes, il n'y avait plus de dyspnée. Quinze jours après le début de ce traitement, la fièvre était tombée, l'état général était devenu excellent, souffle et gargouillement avaient disparu, et comme signe local il ne restait au sommet du poumon gauche qu'une légère matité avec quelques râles qui finirent par disparaître. La lésion testiculaire fut du même coup améliorée et guérie. N'est-ce pas là, Messieurs, un fait indéniable de syphilome pulmonaire à marche aiguë et phagédénique, aboutissant rapidement à la fonte du sommet du poumon, et arrêté net dans son évolution pour le traitement spécifique? Je n'ai jamais perdu de vue ce monsieur, je l'ai même traité depuis cette époque pour un panaris syphilitique, mais il n'a jamais plus été question d'accidents pulmonaires.

M. Raymond m'a fait part d'une observation analogue. Le 30 janvier 1888, entré dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de trente ans, qui avait été pris, quelques jours avant, de toux, de fièvre et de dyspnée; il avait eu également une légère hémoptysie. Au sommet du poumon gauche, en arrière, on percevait de la matité, des

craquements, une respiration rude et soufflante. Ces symptômes donnaient l'impression d'une lésion tuberculeuse aiguë. Depuis une quinzaine de jours, cet homme souffrait d'une céphalalgie violente à exaspération vespérale. On apprit qu'il avait eu la syphilis en 1873 et plus tard des accidents d'épilepsie jacksonienne en 1879. En raison de ces antécédents et en raison de l'absence de bacilles dans les crachats, M. Raymond pensa à une pneumopathie syphilitique aiguë à forme broncho-pneumonique. Il prescrivit la liqueur de van Swieten, qu'il remplaça, une semaine plus tard, par le sirop de Gibert. Or, dix-huit jours après ce traitement, les craquements et le souffle perçus à l'auscultation avaient disparu, il ne restait plus qu'une légère matité, et cet homme, se considérant comme guéri, demandait à quitter l'hôpital.

Les observations que je viens de vous citer peuvent être rangées sous la rubrique de syphilome broncho-pneumonique aigu et subaigu. Dans presque tous ces cas, ce syphilome a simulé la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë : Début assez brusque, fièvre vive, toux et dyspnée, expectoration muco-purulente, amaigrissement rapide, sueurs profuses ; matité, râles, souffle et gargouillements ; tels sont les signes et les symptômes communs au syphilome broncho-pneumonique aigu et à la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë ou subaiguë.

On a dit que la pneumopathie syphilitique s'installait sans fièvre, sans amaigrissement, sans aucun phénomène d'hecticité. Cela est vrai pour un certain nombre de cas, à marche lente, que nous allons étudier plus loin, mais non pour les formes aiguës, donc le diagnostic est extrêmement difficile. Rappelez-vous la plupart des observations que je viens de vous citer, et dites-moi si des malades atteints de fièvre, chez lesquels on constate des signes de ramollissement pulmonaire, qui expectorent des crachats purulents, qui sont tourmentés par des sueurs nocturnes et qui vont à une consommation rapide, le tout évoluant en quelques semaines, dites-moi si ces malades ne ressemblent pas à des gens atteints de phtisie aiguë ?

Chez eux, il est vrai, la dyspnée est souvent intense, hors de proportion avec la lésion, mais ce symptôme ne suffit pas à mettre sur la voie du diagnostic. Les signes physiques, râles, souffle, gargouillement, sont ceux de la phtisie aiguë. La localisation des lésions, a-t-on dit, peut révéler l'existence des lésions syphilitiques, parce que la lésion syphilitique siège souvent à la partie moyenne du poumon, surtout à droite, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux. Cette topographie spéciale est en effet importante à connaître ; elle peut faire penser à la syphilis, mais elle n'est pas constante, puisque dans le cas de M. Raymond et dans l'une de mes observations, la lésion était au sommet du poumon, siège habituel de la tuberculose.

Le syphilome broncho-pneumonique aigu et la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë ont donc les plus grandes analogies. Aussi ne peut-on faire le diagnostic de syphilis pulmonaire que si le malade présente en même temps d'autres lésions syphilitiques, une ostéite ou une périostite douloureuse, une gomme ulcérée, une éruption spécifique, un testicule syphilitique. Parfois, il suffit de dépister un stigmate syphilitique, une exostose du tibia, une périostose du frontal, il suffit de la présence des cicatrices syphilitiques et de l'absence plusieurs fois constatée de bacilles de Koch dans les crachats, pour nous engager à porter le diagnostic de pneumopathie syphilitique aiguë. En un mot, s'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques du syphilome broncho-pneumonique aigu, il faut du moins s'entourer de tous les renseignements qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Chez notre premier malade, le syphilome broncho-pneumonique a été révélé par les syphilides tertiaires de l'épaule et du dos ; chez le malade que j'ai vu avec M. Fournier, c'est la syphilis du testicule qui nous a révélé la nature syphilitique de la lésion pulmonaire ; chez la malade de M. Giraudeau, c'est une gomme ulcérée du vagin qui a permis de dépister la syphilis aiguë du poumon.

Après avoir étudié le syphilome broncho-pneumonique aigu simulant la pneumonie tuberculeuse aiguë, abordons