

## SYPHILIS DU POU MON ET DE LA PLÈVRE

MESSIEURS,

La dernière séance a été consacrée à l'étude du syphilome pulmonaire à forme circonscrite et à forme infiltrée. Deux types cliniques se dégagent de cette étude : l'un simule la broncho-pneumonie tuberculeuse aiguë, l'autre simule la tuberculose chronique, à toutes ses périodes, depuis les stades d'infiltration et de ramollissement jusqu'aux stades d'excavation et de caverne. Ce sont là les formes les plus habituelles de la syphilis pulmonaire, acquise ou héréditaire, mais nous n'en avons pas fini, il s'en faut, avec les autres manifestations de la syphilose du poumon ; ce sont ces manifestations que nous allons étudier aujourd'hui.

Il y a une *gangrène pulmonaire syphilitique*. « En pareil cas, dit M. Mauriac<sup>1</sup>, l'expectoration exhale une mauvaise odeur qui va jusqu'à la fétidité gangreneuse. Le fait n'est pas commun, mais on doit le noter ; il est même surprenant qu'il soit si rare, car bien des conditions favorables à la gangrène sont ici réunies : nécrobiose du parenchyme, contact de l'air

1. Mauriac. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890, p. 436.

avec les produits de régression pulmonaire, stagnation des crachats dans les bronches dilatées ou dans les cavités gommeuses. »

L'observation suivante due à Feulard est un cas de gangrène pulmonaire syphilitique<sup>1</sup>. Un homme de trente-sept ans, syphilitique depuis l'âge de vingt ans, fut pris après quelques jours de malaise, d'un point de côté, avec fièvre et expectoration. A l'auscultation on trouve une inspiration soufflante et un foyer de râles localisé en arrière au tiers moyen du poumon droit. L'expectoration est noirâtre et d'une odeur alliagée. On porte le diagnostic de gangrène pulmonaire et le malade étant syphilitique, on le soumet à l'iodure de potassium. Il se produisit d'abord une amélioration, mais un mois plus tard à la suite de quintes violentes, le malade rendit des crachats *fétides*, rougeâtres et purulents. En deux mois, on put constater la formation d'une caverne sous la clavicule droite ; l'état général et les signes d'auscultation étaient tels que M. Duguet n'hésita pas à faire de ce malade un phtisique arrivé à la période cachectique. Toutefois, l'examen des crachats fait par Feulard et confirmé par M. Chantemesse n'ayant décelé aucun bacille de Koch, on revint à l'iodure de potassium à la dose de 4 et 5 grammes par jour, avec l'idée que la lésion pulmonaire était peut-être bien syphilitique. A la suite de cette médication, l'amélioration fut manifeste ; néanmoins, une nouvelle vomique gangreneuse se produisit un mois plus tard. Les frictions mercurielles furent associées au traitement ioduré et dès lors le succès thérapeutique fut complet ; en trois mois la cavité pulmonaire était comblée et six ans après, Feulard ayant revu cet homme, put constater que la guérison ne s'était pas démentie.

Je vous citais, à notre dernière séance, une observation du D<sup>r</sup> Latty ayant trait à une fillette de huit ans, manifestement hérédo-syphilitique et sœur de plusieurs enfants également infectés de syphilis héréditaire. Cette petite malade fut prise d'une pneumopathie ayant tous les symptômes de la gan-

1. Feulard. *Soc. de dermat. et de syphiligraphie*, séance du 18 mai 1893.

*grène pulmonaire*; elle éliminait ses produits gommeux par des crachats couleur lie de vin et d'une horrible fétidité. L'enfant guérit et l'évacuation de ses gommages fut suivie d'un retrait énorme de l'une des moitiés du thorax.

Nous avons actuellement, salle saint-Christophe n° 21, un homme que je crois atteint de syphilis pulmonaire à forme gangreneuse. Quand cet homme est entré à l'Hôtel-Dieu, il y a trois mois, il venait d'être pris huit jours avant, de point de côté à gauche, d'oppression, de quintes de toux et d'expectoration de mauvaise odeur. Quelques jours plus tard, l'expectoration était devenue plus copieuse, les crachats étaient noirâtres, mélangés de stries sanguinolentes et d'une odeur infecte « qui rappelait les œufs pourris ». Dès l'arrivée du malade, nous avons fait recueillir les crachats; ils sont très abondants et fétides; placés dans un verre, ils se divisent en deux couches, l'une inférieure transparente, l'autre supérieure verdâtre. Ils ne contiennent ni bacilles de Koch, ni fibres élastiques; on y trouve de nombreux globules de pus, des cocci, des diplocoques, des bâtonnets longs et fins. A l'examen du malade, la percussion décèle une zone de matité en arrière, au tiers moyen du poumon gauche. Au même niveau, on entend à l'auscultation un souffle rude et tubaire entremêlé de râles fins et entouré de râles plus gros et plus humides. Il y a là un foyer nettement limité, de la dimension de la paume de la main. Le reste du poumon gauche et le poumon droit ne présentent aucune autre lésion. Le malade a notablement maigri, la fièvre est légère, la température atteint 38 degrés.

La lésion constatée chez notre homme ressemblait à un foyer de broncho-pneumonie à forme gangreneuse. Restait à savoir quelle en était la cause. Le malade n'est ni diabétique, ni tuberculeux; l'examen des crachats plusieurs fois répété a toujours été négatif. Mais il a eu la syphilis il y a vingt ans, on voit encore à la face dorsale de la verge la cicatrice d'un chancre vraisemblablement phagédénique. A la suite de ce chancre, il fut soigné pendant cinq mois pour une éruption de pustules croûteuses que le médecin nomma *ecthyma syphilitique*. Neuf ans plus tard, en 1887, il eut une nouvelle

poussée de syphilides pustuleuses qui furent traitées à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Quinquaud. Nous avons même retrouvé au musée de Saint-Louis, sous le numéro 1269, la pièce qui reproduit l'éruption syphilitique du malade à cette époque; elle est cataloguée avec le diagnostic de syphilis maligne, syphilis rupioïde. Vous avez constaté au ventre, aux jambes, à la face, des cicatrices nombreuses et indélébiles de cette syphilis. Il était donc naturel de soupçonner chez cet ancien syphilitique un syphilome tertiaire du poumon à forme gangreneuse. En quelques jours le souffle prend le timbre cavitaire, la caverne pulmonaire est constituée, l'expectoration est très abondante et atteint 200 à 250 grammes par jour. Les injections de biiodure d'hydragyre commencées dès l'arrivée du malade sont portées de quatre milligrammes à six milligrammes. Les semaines suivantes, l'expectoration diminue, les crachats perdent leur fétidité, l'appétit reprend, l'état général est excellent, et en deux mois le malade augmente de six kilogrammes; il pesait 58 kilos le 11 avril, il pèse 64 kilos le 8 juin. Une amélioration aussi notable me fait espérer la guérison, mais un temps d'arrêt se produit, à chaque instant des incidents nouveaux viennent se jeter à la traverse: tantôt ce sont des accès de fièvre avec perte de forces, tantôt c'est une expectoration plus abondante; la médication mercurielle et iodurée est reprise et délaissée plusieurs fois; au total, cet homme s'est notablement amélioré au début de son traitement, l'auscultation s'est avantageusement modifiée, la fétidité de l'expectoration a disparu, mais nous n'aboutissons pas encore à une guérison définitive. Je vous tiendrai au courant de cette observation.

Occupons-nous actuellement de la syphilose pulmonaire à forme *scléreuse*. Ici, la lésion est constituée par une hypertrophie du tissu conjonctif qui forme le stroma du poumon. Un véritable tissu de sclérose est ainsi répandu et disséminé dans tout le parenchyme. Cette *cirrhose pulmonaire syphilitique*, qui cliniquement revêt le plus souvent l'aspect de la broncho-pneumonie chronique vulgaire, présente, en

général, les altérations anatomiques suivantes : Dans un lobe du poumon apparaît un bloc gris rougeâtre, dur, criant sous le scalpel, parsemé de bronchectasies ampullaires ou sacciformes, recouvert d'une plèvre très épaissie et avoisinée par des lésions de périostite intercostale. Parfois le poumon est raviné à sa surface par des sillons qui irradient à la façon des cicatrices que l'on observe sur le foie des syphilitiques; il est encore segmenté dans sa profondeur par de larges bandes de sclérose ayant l'aspect blanc nacré des tendons. La lésion peut offrir un mode d'agencement très variable; elle peut être *purement scléreuse*, sans nodules caséux ou gommeux apparents; elle peut être *scléro-gommeuse* : on découvre alors sur les bronches, ou dans le tissu sclérosé péri-bronchique et péri-lobulaire, des gommeuses parfois si petites qu'on ne saurait dire au premier abord si ce sont des granulations tuberculeuses ou des gommeuses microscopiques. La lésion peut revêtir une forme analogue à la pneumopathie syphilitique des nouveau-nés, que nous aurons à étudier plus loin sous le nom de *pneumonie blanche*.

Le processus de cette sclérose pulmonaire et son histogénèse présentent quelques particularités intéressantes. La lésion débute le plus souvent autour des bronches de moyen calibre, au niveau même du hile, d'où elle semble irradier dans le parenchyme pulmonaire. Le tissu de nouvelle formation forme ainsi un manchon fibreux, parfois chondroïde, autour des bronches ou des artérioles qui les accompagnent. Il entoure enfin l'alvéole, puis le lobule pulmonaire lui-même, et constitue, par sa répartition, une broncho-pneumonie véritable. La prolifération conjonctive exerce une action déformante sur les bronchioles, qui peuvent être *dilatées* ou diminuées de volume. Quant aux alvéoles, ils sont tassés les uns contre les autres, et leur épithélium est souvent en dégénérescence graisseuse.

D'après Porter, le tissu conjonctif nouvellement formé présente, dans sa texture, les variations suivantes : Tissu fibreux, blanchâtre, ne renfermant que fort peu d'éléments embryonnaires. — Tissu moins dense que le précédent, farci de nombreux petits éléments arrondis et présentant, en

d'autres points, des éléments fusiformes. — Tissu renfermant des éléments nucléaires ressemblant tout à fait à des éléments de sarcome. — Tissu offrant au microscope un aspect granuleux, comme s'il subissait un processus dégénératif. On n'observe presque jamais de pigmentation, ce qui prouve bien qu'il ne s'agit pas de pneumokoniose.

Dans quelques cas, les lésions syphilitiques broncho-pulmonaires sont accompagnées de *pleurésie* chronique avec épaississement de la plèvre et *épanchement pleural*; l'épanchement peut même être la lésion dominante, ainsi que nous le verrons dans un instant.

Si le syphilome scléreux est difficile à reconnaître pour l'anatomo-pathologiste, il est plus malaisé encore à dépister pour le clinicien. On diagnostique bien une broncho-pneumonie chronique, d'après tels ou tels signes que le malade présente depuis des mois ou des années; plus tard, si des crachats abondants et fétides apparaissent, avec gargouillement et souffle caverneux, on reconnaît aisément une dilatation des bronches; ce diagnostic est facilité d'ailleurs par la connaissance des antécédents pulmonaires et par l'absence de bacilles de Koch dans les crachats. Un médecin soucieux des signes fournis par l'auscultation arrive donc à poser un diagnostic anatomique précis et dit : broncho-pneumonie chronique, état fibroïde du poumon avec ou sans dilatation des bronches. Mais, ce qui lui échappe, c'est l'origine de cette pneumopathie; il ne trouve, pour l'expliquer, ni rougeole, ni coqueluche antérieure, et sans l'apparition d'une lésion spécifique au larynx, à la peau, au tibia, ou ailleurs, sans la présence de cicatrices syphilitiques, la nature syphilitique de la lésion pulmonaire passerait inaperçue. Cette broncho-pneumonie scléreuse, dont la marche est en général lente, peut, par exception, procéder par poussées aiguës. Elle est susceptible d'être améliorée par le traitement antisiphilitique.

Le syphilome scléreux est souvent accompagné de *dilatation bronchique*, qu'il s'agisse de syphilis héréditaire (Balzer, Grandhomme et Grawitz) ou de syphilis acquise.

Parfois même, l'ectasie bronchique occupe une place prépondérante. Plusieurs observations de bronchectasie syphilitique sont consignées dans la thèse de M. Bourdieu<sup>1</sup>; en voici un exemple. Un homme de cinquante-huit ans, ayant eu la syphilis à l'âge de vingt-cinq ans, entre dans le service de M. Lancereaux pour une affection broncho-pulmonaire caractérisée par une toux incessante et par une abondante expectoration se faisant sous forme de vomique. Cet homme tousse depuis dix ans, il rend jusqu'à 200 et 300 grammes de crachats purulents en vingt-quatre heures. A l'examen du thorax, on constate par places, aux bases plus qu'aux sommets, des gargouillements qui, joints aux signes précédemment cités, font diagnostiquer la dilatation des bronches. D'autres signes, l'albuminurie, l'œdème des membres inférieurs, la dyspnée font admettre également l'existence d'une néphrite. Le malade succombe et l'autopsie donne les résultats suivants : toutes les bronches sont dilatées d'une façon uniforme et cylindrique; la paroi des bronches dilatées est transformée en un tissu grisâtre, résistant, qui empiète sur le parenchyme voisin. Le tissu de nouvelle formation qui remplace la paroi bronchique est infiltré de gommes miliaires; plusieurs de ces gommes sont calcifiées; elles ont l'apparence de petites pierres du volume d'une tête d'épingle à un pois. Le tissu interbronchique est résistant et parcouru de tractus fibreux peu épais. La lésion bronchique scléro-gommeuse domine la sclérose pulmonaire, car on ne constate nulle part ces blocs fibreux résistant à la coupe, répondant à la description de la pneumonie interstitielle syphilitique. Le foie est syphilitique et réalise le type du foie ficelé. Les reins sont atteints de dégénérescence amyloïde d'origine syphilitique. C'est en détruisant tout le système de résistance des parois bronchiques, que la syphilis a créé la bronchectasie.

De toutes les formes anatomiques de la syphilose pulmonaire, la bronchectasie, restreinte ou généralisée, est certainement la plus rare. Elle est toujours associée en propor-

1. Bourdieu. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. (Dilatation des bronches). Thèse de Paris, 1896.

tions diverses à de la broncho-pneumonie, à de la sclérose, à de la pleurésie. Les symptômes et l'évolution de la bronchectasie syphilitique ne diffèrent en rien des symptômes qui accompagnent la bronchectasie en général. Le pronostic en est plus grave, car aux lésions syphilitiques broncho-pulmonaires se joignent habituellement des lésions syphilitiques plus ou moins généralisées.

Étudions maintenant la *pleurésie syphilitique*. Elle peut être précoce ou tardive; précoce, elle existe à titre de lésion syphilitique isolée; tardive, elle est plus ou moins associée au syphilome fibroïde du poumon.

Je n'ai pu retrouver qu'un petit nombre d'observations de pleurésie syphilitique tertiaire. D'après M. Mauriac : « On voit souvent cette pleurésie et elle s'accompagne d'épanchement. » Les lésions syphilitiques de la plèvre peuvent être rangées dans l'une des deux catégories suivantes : ou bien la lésion pleurale est un simple épiphénomène, une complication anatomique de la lésion pulmonaire, ou bien l'épanchement est abondant, la pleurésie est dominante et mérite bien, dans ce cas, le nom de pleurésie syphilitique. A titre d'épiphénomène, vous trouverez la pleurésie décrite dans quelques observations de syphilis tertiaire du poumon et des bronches; elle est signalée dans deux observations de la thèse de M. Carlier. Dans l'une (la septième), il est dit, sans y insister autrement, que la plèvre, d'un côté, contenait 500 grammes d'un liquide jaune clair, que son feuillet viscéral présentait des fausses membranes récentes, très faciles à déchirer, que son feuillet pariétal et diaphragmatique était également enflammé.

Il y a dans la thèse de M. Jacquin une observation de M. Balzer concernant une pleurésie syphilitique, avec grand épanchement. Un homme de trente-deux ans se présente à l'hôpital avec un ensemble de troubles fonctionnels et de signes physiques qui font diagnostiquer une pneumonie caséuse du côté droit. Après un mois de séjour, éclate une pleurésie droite avec épanchement abondant. On diagnostique alors une pleurésie tuberculeuse compliquant la tuberculose

du poumon ; mais, au bout de quatre jours, le malade meurt, et, à l'autopsie, on trouve un foie syphilitique parsemé de gommès et segmenté de cicatrices, un poumon droit également farci de gommès, dont la plus volumineuse venait effleurer la plèvre. Toutes ces productions gommeuses, examinées au point de vue microbiologique, ne contenaient pas un seul bacille de Koch. Les lésions de la plèvre droite étaient assez caractéristiques pour que je vous les rapporte en détail. « Dans la plèvre droite existe un épanchement beaucoup plus considérable que l'exploration physique ne l'aurait fait supposer. Il y a environ deux litres de sérosité louche et sanguinolente. Les plèvres pariétale et viscérale sont considérablement épaissies dans toute l'étendue de l'épanchement. Elles montrent un revêtement fibreux continu, partout d'une épaisseur de un ou deux millimètres, acquérant même, à la base du poumon, une épaisseur de près d'un centimètre. En plusieurs endroits, cette coque fibreuse est coiffée de fausses membranes fibrineuses. Dans les points où l'épaississement fibreux est le plus considérable, on trouve, sur la coupe de la plèvre, des masses dures, jaunâtres, caséuses, de la grosseur d'un pois ou d'un grain de mil. »

N'est-elle pas suffisamment démonstrative, cette observation de pleurésie syphilitique, dont l'épanchement était assez abondant pour atteindre deux litres de liquide sanguinolent ? J'ai observé un cas de pleurésie syphilitique tertiaire, dans les conditions suivantes : En 1883, je fus appelé, quai de la Râpée, pour donner des soins à un homme en proie à une dyspnée terrible, qui, depuis un an, se renouvelait chez lui par poussées plus ou moins aiguës ; on avait diagnostiqué une broncho-pneumonie tuberculeuse. Au premier examen que je fis de cet homme dyspnéique, je reconnus les signes d'un épanchement que j'évaluai à 800 ou 1000 grammes environ. Cette quantité de liquide était bien loin de m'expliquer la dyspnée dont souffrait ce malade, néanmoins je pratiquai la thoracentèse. Je ne pus retirer que 650 grammes d'un liquide légèrement rosé ; le malade n'éprouva d'ailleurs aucun soulagement et ne fut pas plus amélioré par l'opéra-

tion que ne l'est un homme atteint de cancer pleuro-pulmonaire. Je cherchais, sans y parvenir, à saisir la cause de tout ce processus pulmonaire, lorsque le malade, pressé de questions, finit par me confier qu'il avait eu jadis la syphilis. Cet aveu devait lui rendre la vie. Je me hâtai, en effet, d'administrer le mercure et l'iodure de potassium à forte dose, et la dyspnée s'amenda si rapidement qu'au bout de quelques semaines, la respiration était devenue normale. Lors de mes dernières visites, il ne restait plus trace de pleurésie, mais les lésions broncho-pulmonaires furent plus lentes à s'améliorer. Dans ce cas encore, la nature syphilitique des accidents pleuro-pulmonaires fut démontrée par l'action bienfaisante de la thérapeutique spécifique. Il existe donc une pleurésie syphilitique tertiaire, habituellement associée à des lésions pulmonaires syphilitiques. Je dirai pour les pleurésies syphilitiques comme pour les pneumopathies syphilitiques : le vrai moyen de les diagnostiquer, c'est d'y penser ; c'est de rechercher si des lésions de syphilis ne sont pas contemporaines de l'apparition de la pleurésie.

Je viens de vous parler de la pleurésie syphilitique tertiaire, occupons-nous maintenant de la pleurésie syphilitique précoce, contemporaine des accidents secondaires. Cette pleurésie précoce a été bien décrite par MM. Chantemesse et Vidal<sup>1</sup>. Vous en avez vu tout récemment un exemple chez un malade de la salle Saint-Christophe. Ce jeune garçon, âgé de vingt ans, est entré à l'hôpital le 16 mai, pour un point de côté qui est apparu il y a quatre jours. Cette douleur, à peu près localisée à l'angle inférieur de l'omoplate gauche, a acquis en deux jours une vive intensité et la respiration en a été fortement gênée. A l'examen du malade, on constate une pleurésie sans épanchement ; il n'y a ni matité, ni souffle, ni égophonie, mais aux deux temps de la respiration, on entend de gros frottements qui s'étendent très bas en arrière et latéralement jusqu'à la région axillaire. Tous les autres organes sont sains ; l'auscultation du poumon n'y révèle aucune lésion ; il s'agit donc d'une pleurésie sèche,

1. Chantemesse et Vidal. Pleurésie du stade roséolique de la syphilis Société médicale des hôpitaux, séance du 10 avril 1890.

apyrétique, très douloureuse, assez étendue, datant de quatre jours. Quelle était la cause de cette pleurésie? On ne pouvait incriminer ni la tuberculose, ni la grippe, ni un refroidissement. Mais ce garçon était en pleine éruption de roséole syphilitique; éruption absolument caractéristique occupant le tronc, la face interne des cuisses et le cou. La syphilis date de deux mois; nous trouvons la cicatrice du chancre sur la face dorsale de la verge. Aux aines existe une double pléiade ganglionnaire; le malade se plaint de céphalée surtout violente le soir; il se plaint également de mal de gorge, et nous constatons une angine syphilitique avec plaques muqueuses. En résumé, chez ce garçon qui est au deuxième mois de son infection syphilitique, avec adénopathies, roséole, plaques muqueuses, éclate une pleurésie. Il me semble naturel de considérer cette pleurésie comme un accident secondaire de la syphilis. Je soumetts le malade au traitement mercuriel, on lui donne tous les jours une pilule de 5 centigrammes de protoiodure d'hydrargyre et 2 grammes d'iodure de potassium. La pleurésie reste sèche; je ne constate aucun épanchement; douleurs et frottements diminuent et disparaissent; et le 26 mai, dix jours après son entrée, le malade nous quittait ne conservant plus aucune trace de sa pleurésie.

Voici une des observations publiées par MM. Chantemesse et Vidal. Une femme âgée de vingt-neuf ans, a été prise vers le milieu de septembre 1889, d'une éruption de roséole syphilitique généralisée, avec plaques muqueuses de la gorge, adénopathies de l'aine et du cou, etc. Au commencement de novembre, la malade ressent une douleur très vive au côté droit de la poitrine. Un médecin aurait alors diagnostiqué une pleurésie avec épanchement. En décembre, les mêmes douleurs avec gêne de la respiration se montrent au côté gauche. La malade entre dans notre service le 29 janvier 1890. Elle porte sur tout le corps et particulièrement sur les flancs et l'épigastre des syphilides papulo-squameuses et papulo-croûteuses très abondantes, avec plaques muqueuses de la gorge et de la bouche; adénopathies cervicales, syphilides pigmentaires à la base du cou,

douleurs dans la continuité des membres et surtout dans les articulations. On ne constate ni tuméfaction des jointures, ni crépitations articulaires. La température dépasse le soir 38 degrés; elle atteint quelquefois 39°. A l'auscultation, nous constatons un double épanchement aux parties inférieures des deux plèvres, plus abondant à droite qu'à gauche. En tenant compte de la bilatéralité de l'épanchement, de son faible volume, de la température peu élevée et de quelques douleurs articulaires, nous crûmes d'abord qu'il s'agissait d'une pleurésie rhumatismale. Mais les phénomènes ultérieurs nous ont fait modifier notre diagnostic et rattacher la lésion de la plèvre à la syphilis.

En effet, vers la fin de février, l'épanchement persistait toujours et une iritis syphilitique assez grave était survenue. L'éruption cutanée était toujours très visible. La température présentait une marche irrégulière; elle restait normale ou à peu près normale pendant trois ou quatre jours, puis, un soir, elle s'élevait brusquement à 38 degrés ou 38°,5. A partir du début de l'iritis, le traitement par les frictions mercurielles fut institué avec grande énergie; peu à peu, les éruptions s'effacent, ainsi que les épanchements pleuraux. Vers le milieu de mars, on n'entendait plus que des frottements à la base droite. En ce moment (17 avril), la plèvre semble avoir retrouvé son état normal, la respiration est pure aux deux sommets. L'état général est bon, les forces et l'embonpoint ont reparu. Les caractères principaux de cette pleurésie ont été: sa longue durée, sa bilatéralité, son apparition au milieu de phénomènes qui appartiennent, sans exception, à une infection syphilitique grave, sa disparition complète, sans reliquat, coïncidant avec la guérison de la peau, de la gorge et de l'iris.

D'autres observations du même genre ont été publiées; il est donc bien avéré aujourd'hui qu'il existe une pleurésie syphilitique contemporaine des accidents secondaires. Pourquoi, du reste, n'y aurait-il pas une pleurésie syphilitique précoce, alors que nous voyons la néphrite, l'artérite, l'ictère, la bronchite, apparaître comme autant de manifestations précoces de l'infection syphilitique? La pleurésie syphilitique