

son évolution est en général plus brusque ; la première vomique se fait remarquer par son abondance et elle a été précédée d'une période d'accidents aigus.

Le diagnostic le plus difficile est certainement celui de la *tuberculose pulmonaire chronique* arrivée à la période des cavernes : avant la découverte du bacille de Koch, l'erreur était souvent même impossible à éviter, surtout si les dilatations bronchiques siégeaient au sommet. Dans les deux maladies, la marche est chronique, il y a des hémoptysies et une expectoration abondante, les signes stéthoscopiques ont de nombreux points de ressemblance. Mais dans la phtisie cavernreuse les crachats sont nummulaires, moins homogènes et moins abondants ; la fétidité de l'haleine est moins persistante ; les hémoptysies ont marqué non seulement la période avancée, mais le début de la maladie ; la voix est souvent altérée ; la dyspnée et les douleurs thoraciques sont plus prononcées que dans la bronchectasie ; les signes cavitaires, ordinairement bilatéraux, sont localisés ou tout au moins prédominants au sommet ; les symptômes généraux sont plus graves et font des progrès plus rapides ; la marche de la maladie est, dans son ensemble, bien moins lente. Enfin la recherche des bacilles de Koch, faite méthodiquement, peut donner la certitude au diagnostic¹.

Traitement. — La thérapeutique est seulement palliative ; elle doit surtout remplir deux indications : tarir l'expectoration et combattre la fétidité de l'haleine, c'est-à-dire en réalité diminuer les fermentations qui s'accomplissent dans les bronches altérées.

Les balsamiques ont été surtout vantés pour atteindre ce double but. Trousseau conseillait le copahu et la térébenthine² et il comparait leur action sur la muqueuse bronchique à celle que ces substances exercent sur la muqueuse uréthrale dans la blennorrhagie. On peut employer encore, pour répondre aux mêmes indications, la terpine, la créosote et la teinture d'eucalyptus. Le thymol a donné de bons résultats en diminuant la fétidité des crachats (Teissier). On a conseillé aussi les inhalations de substances antiseptiques, aromatiques et modificatrices (thymol, goudron). Les eaux sulfureuses (Enghien, Cauterets) peuvent s'employer à la fois en boissons et en inhala-

1. A l'époque des premières recherches qui furent faites en France sur la valeur diagnostique du bacille de Koch, M. Debove a pu, chez un malade de Bicêtre à propos duquel on hésitait entre le diagnostic de phtisie et celui de dilatation bronchique, affirmer l'existence de cette dernière, en se fondant sur l'absence de bacilles tuberculeux, constatée à de nombreuses reprises dans l'expectoration, et l'autopsie est venue, par la suite, démontrer l'exactitude de ce diagnostic (DEBOVE, *Lec. sur la tuberculose parasitaire*, Paris, 1884, p. 62).

2. Quatre capsules avant le repas, en augmentant de deux par semaine ; un mois de traitement et un mois de repos.

tions. On a tenté de diminuer les sécrétions bronchiques au moyen de l'atropine (une pilule de 1/4 ou 1/2 milligramme par jour). M. Dieulafoy a obtenu de bons résultats, et en particulier la disparition de la fétidité, par la révulsion (pointes de feu).

L'emploi des astringents (cachou, ratanhia) s'adresse à la fois à l'hypersécrétion bronchique et aux hémoptysies. La toux sera calmée par la médication opiacée.

Enfin il importe d'instituer un traitement général tonique (alimentation, quinquina, etc.) en vue de retarder la cachexie terminale à laquelle conduit la bronchectasie en dehors de toute complication.

F. DE GRANDMAISON.

RÉTRÉCISSEMENTS DE LA TRACHÉE

ET DES BRONCHES

Définition. Divisions. — Il y a rétrécissement de la trachée et des bronches quand le calibre de ces conduits est réduit par une cause quelconque. Cette cause peut résider en dehors de ces organes ; c'est alors une compression exercée par un anévrysme de la crosse aortique, par une adénopathie trachéo-bronchique, ou encore par une tumeur du médiastin ou de l'œsophage : nous ne ferons que mentionner ces rétrécissements de cause extrinsèque qui déterminent parfois un aplatissement de la trachée (trachée en fourreau de sabre). Dans certains cas, la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes produit leur obturation ; mais ces faits, qui ressortissent plutôt à la pathologie chirurgicale, ne rentrent pas non plus dans le cadre de cet article. Nous ne décrirons donc que les rétrécissements trachéo-bronchiques qui sont déterminés par une altération primitive des parois de la trachée ou des bronches.

Étiologie. Anatomie pathologique. — Les polypes développés sur la muqueuse respiratoire, le cancer primitif de la trachée (épithélioma) peuvent produire des *rétrécissements néoplasiques*. Les brides consécutives aux ulcérations de la morve chronique amènent un *rétrécissement cicatriciel*. Mais tous ces faits sont excessivement rares. La tuberculose, avant d'atteindre la trachée ou les bronches, se localise généralement au larynx ; d'ailleurs elle ne subit que rarement dans ces régions une évolution fibreuse et

par suite elle ne donne pas lieu à des cicatrices capables de produire une sténose de la trachée ou des bronches.

Les inflammations traumatiques de la muqueuse trachéo-bronchique, la plaie d'une trachéotomie peuvent devenir le point de départ d'un rétrécissement cicatriciel. Il s'agit ordinairement, en pareil cas, de trachéotomies malheureuses : une portion de la circonférence de la trachée est convertie en tissu fibreux contenant des fragments cartilagineux ; les cerceaux de la trachée chevauchent parfois les uns sur les autres. Dans d'autres cas, peu de temps après la trachéotomie, ce sont des bourgeons charnus, sessiles ou pédiculés, qui se développent sur les bords de l'incision trachéale et obstruent le canal aérien¹.

Mais c'est surtout et presque exclusivement à la période tertiaire de la *syphilis* qu'on rencontre ces rétrécissements cicatriciels².

La syphilis tertiaire, quand elle frappe le conduit trachéo-bronchique, se localise le plus souvent au quart inférieur de la trachée, non loin de l'origine des grosses bronches, qui sont presque toujours atteintes en même temps. Il est reconnu que le larynx est aussi généralement atteint en pareil cas (Lancereaux).

Dans une première période, les parties molles fibreuses et cartilagineuses sont envahies par un syphilome diffus, phagédénique, qui s'étend de proche en proche et finit par s'ulcérer. Les ulcérations sont taillées à pic, leurs bords sont déchiquetés, épais et décollés ; leur fond laisse souvent à découvert les anneaux cartilagineux et repose sur une gangue fibreuse, qui contient de nombreux ganglions lymphatiques.

Bientôt l'ulcération syphilitique se cicatrise, elle est comblée par du tissu conjonctif, qui, en se rétractant, détermine l'atrésie trachéo-bronchique, en restreignant les dimensions du conduit à la fois dans le sens vertical et dans le sens transversal. Tantôt le rétrécissement est simplement pariétal, en demi-lune, c'est le cas le plus fréquent ; tantôt, au contraire, il occupe toute la largeur du conduit, sous la forme d'un diaphragme percé d'un orifice très petit qui laisse passer l'air avec grande difficulté. Au-dessus et au-dessous du point rétréci peuvent se former des dilatations sous l'influence des efforts d'expiration.

Symptômes. — Avant d'être définitivement constitué, le rétrécissement trachéo-bronchique passe par une phase prodromique qu'il est intéressant de connaître. Le malade éprouve constamment dans la région cervicale la sensation d'un corps étranger et se

1. Thèse de CARRIÉ, 1879.

2. MAURIAC (*Arch. génér. de médecine*, 1888).

plaint de chatouillement, de constriction, d'étranglement au niveau de la trachée. La dyspnée est d'autant plus vive qu'il fait plus d'efforts pour respirer ; il tousse fréquemment et souvent rejette une expectoration muco-purulente, dans laquelle on retrouve des débris de muqueuse et de cartilages. Au milieu de tous ces troubles fonctionnels, la voix peut demeurer intacte, à part un peu d'affaiblissement ; c'est alors un indice important de sténose trachéo-bronchique avec intégrité du larynx.

Peu à peu, tous les symptômes s'exagèrent et le rétrécissement est définitif. La *dyspnée* est un des grands signes de la période d'état : non seulement le malade a constamment de la peine à respirer, mais fréquemment il est pris de véritables accès de suffocation. L'inspiration, très pénible, s'accompagne de sifflement, de *cornage* ; l'expiration s'accomplit encore avec une certaine facilité.

Par l'exploration physique de la région, au moyen du palper, on constate que le larynx et la trachée se meuvent en masse et s'abaissent à chaque mouvement d'inspiration ou de déglutition. Le conduit trachéal donne au toucher la sensation d'un empâtement dur et résistant, qui l'immobilise dans le sens latéral. En plaçant un stéthoscope sur la trachée, on entend un ronflement bruyant, intense, strident même, produit par le passage de l'air inspiré. L'auscultation des poumons révèle une faiblesse d'autant plus grande des bruits respiratoires, qu'ils sont masqués par le retentissement du *cornage* trachéo-bronchique. Le laryngoscope, quand la glotte est indemne, permet de constater, dans certains cas, le siège des ulcérations ou du rétrécissement.

Marche. Terminaisons. — Les rétrécissements de la trachée et des bronches ont une marche ordinairement progressive, et le plus souvent la maladie se termine par la mort, au milieu d'un accès de suffocation. La mort subite a parfois été attribuée à un spasme de la glotte. La guérison radicale est rare et le malade qui a été atteint d'un syphilome trachéo-bronchique doit être surveillé avec soin. Des complications peuvent survenir ; c'est ainsi qu'à la période des ulcérations on peut voir apparaître l'œdème de la glotte. Enfin il faut toujours compter avec la syphilis pulmonaire ou laryngée qui coexiste fréquemment.

Pronostic. — Le pronostic des rétrécissements de la trachée et des bronches est donc grave. Il dépend surtout de leur siège, qui les rend plus ou moins accessibles à l'intervention ; malheureusement le plus souvent la trachée est atrésiée à son quart inférieur.

Diagnostic. — Il est généralement assez facile, quand le larynx est indemne, la douleur trachéale, le *cornage* étant les signes caractéristiques du rétrécissement trachéo-bronchique. Avec un peu

d'attention on ne le confondra pas avec les diverses dyspnées dues à la compression de la trachée, ou bien avec celles qui relèvent d'une affection cardiaque ou pulmonaire.

La coexistence de signes d'une tumeur du médiastin fera songer à un rétrécissement par compression. Le rejet par expectoration de débris de tumeur caractérisera le rétrécissement néoplasique. Enfin la nature des rétrécissements cicatriciels sera facilement reconnue, en général, grâce aux commémoratifs, à la présence de diverses manifestations syphilitiques.

Traitement. — Dans la majorité des cas, le rétrécissement étant de nature syphilitique, il est indiqué de chercher à obtenir la guérison de la lésion locale en administrant simultanément le mercure et l'iodure de potassium. Mais ce traitement doit être surveillé avec grand soin. On a recommandé de l'interrompre dès que la dyspnée et le cornage s'accroissent, dans l'idée que la cicatrisation trop rapide d'ulcérations profondes et étendues pourrait produire un rétrécissement serré.

Dans les accès de suffocation, la trachéotomie trouve son indication; mais elle se fait alors dans de mauvaises conditions et n'est guère qu'une opération palliative, au lieu qu'elle devrait être faite d'une façon précoce, dès que les signes du rétrécissement sont devenus évidents; ce serait alors une opération préliminaire, destinée à rendre possibles des opérations vraiment curatives: dilatation temporaire ou permanente, débridement si le rétrécissement siège à la partie supérieure de la trachée, tubage s'il occupe la partie inférieure.

Quand le rétrécissement est dû à des végétations consécutives à la trachéotomie, il ne faut pas attendre le premier accès de suffocation, qui pourrait être mortel; mais dès qu'il y a du tirage et du cornage pendant la nuit, il faut rouvrir la trachée pour arracher et cautériser les végétations en se souvenant qu'elles récidivent facilement.

F. DE GRANDMAISON.

COQUELUCHE

On a donné de l'origine du mot coqueluche, qui nous vient du moyen âge, les explications les plus diverses et les plus singulières. Quelque peu scientifique que soit le mot, il a l'avantage immense

« d'être compris de tous et de présenter tout de suite à l'esprit l'idée d'une affection spéciale ».

Il semble que ce soit à Baillou (1578) que revienne l'honneur de la première description exacte de la coqueluche. Depuis lors les historiens n'ont pas manqué à l'affection, au dix-huitième siècle surtout, où la coqueluche régna épidémiquement sur toute l'Europe, sévissant avec une gravité aujourd'hui inconnue.

Au dix-neuvième siècle elle a pris rang dans les affections endémo-épidémiques. De 1886 à 1890, en cinq ans, elle a tué à Paris deux mille deux cent cinquante-neuf sujets, soit 9,9 pour 10 000 habitants. Elle est donc et beaucoup moins fréquente et beaucoup moins grave que la fièvre typhoïde, la diphtérie, la rougeole; mais elle tue plus aujourd'hui que la variole, passée, grâce aux vaccinations, si incomplètes soient-elles, au dernier rang des grandes endémies.

Symptomatologie. — Le symptôme capital de la coqueluche, c'est la quinte. Nous étudierons donc tout d'abord la *quinte coqueluchiale*. Mais la quinte n'apparaît pas d'emblée comme symptôme initial; avant elle se montrent quelques phénomènes morbides, et après qu'elle a disparu la maladie poursuit quelque temps encore son cours: nous décrirons donc après la quinte la *marche* et l'*évolution* de la coqueluche normale. La coqueluche enfin compte de nombreuses complications dont l'origine est diverse; nous aurons donc à décrire aussi la *coqueluche compliquée*.

A. *La quinte de coqueluche.* — « Elle commence par une série de petites *expirations saccadées*, suivies d'une *inspiration* longue et *sifflante*, qui rappelle vaguement le chant du coq. Ces petites expirations sèches, suivies d'une longue inspiration, forment un tout, un ensemble qui se répète deux, trois, quatre fois de suite. A cette série succède un moment de *repos* complet, repos qui dure dix, vingt, trente secondes, quelquefois davantage. Il semble alors que la quinte soit terminée; mais ce n'est qu'une apparence. Bientôt revient une série d'expirations saccadées et sèches, et d'inspirations sifflantes, puis un nouveau temps de repos, puis nouvelle série et ainsi de suite; de telle sorte que la quinte de coqueluche complète pourrait être divisée en tranches successives, au nombre de deux, trois, quatre, cinq, etc., chacune contenant une, deux, trois..., inspirations sifflantes... La scène se termine par le rejet d'une expectoration albumineuse et filante, caractéristique de la coqueluche » (Cadet de Gassicourt!).

Le *début* de la quinte, l'*attitude* de l'enfant pendant la quinte de coqueluche ont été bien décrits par Trousseau: « Un enfant est au

1. *Traité clin. des maladies de l'enfance.*