

Quant aux capillaires, tout ce que l'on en peut dire, c'est qu'ils ne manifestent aucune altération spéciale qui paraisse devoir se rattacher à la syphilis. Rappelons que c'est leur tunique externe ou adventice qui est le point de départ habituel des productions gommeuses; ajoutons aussi que la dégénérescence graisseuse de ces vaisseaux est un phénomène très-fréquent dans la dernière période de la syphilis (cachexie syphilitique).

ARTICLE VII. — APPAREIL DE LA RESPIRATION.

La différence de texture et de fonctions des organes qui entrent dans la composition de cet appareil nous engage à étudier séparément les affections du larynx, de la trachée, des bronches et du parenchyme pulmonaire.

§. 1. — Laryngite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — MORGAGNI, *Epist.* 42, n° 39 et 48; *Epist.* 44, n° 15, trad. de DESTOUET. — ALTENHOFER, *Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunde*, Bd. 1, Hft. 1. — THOMANN, *Ann. institut. med. clin.*, Wirceburg, vol. I. — C. HAWKINS, *The London med. and physic. Journ.*, 1823, et *Arch. gén. de méd.*, sér. I, t. IV, p. 439 et 596. — TROUSSEAU et BELLOC, *Traité pratique de la phthisie laryngée œdémateuse*, Paris, 1837. — BARTH, dans *Bulletin de la Société anatomique*, t. XV, 1849, p. 470, 182. — SESTIER, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, 1852, 88. — NÉLATON, dans *Gazette des hôpitaux*, 1855, n° 50. — MICHAELIS, *Wochenblatt der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1855, n° 37. — RULOGEZ, dans *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 412. — JONES, *British medical Journal*, 1859. — GUNTHER, *Prager Vierteljahrschrift*, 1857. — PITHA, *Ibid.*, 1859. — VIRCHOW, *Archiv für pathol. und physiol. Anat.*, XV. — LABBÉ, *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1857, p. 210. — HUGUIER, *Société de chirurgie et Gazette des hôpitaux*, juin et juillet 1856. — HANSEN, *Hospit. Tidende*, 1859, n° 1, et *SCHMIDT'S JAHRB.*, Bd. 105, p. 311. — VAN BUREN, *Maladies syphilitiques du larynx*, New-York Medical Times, 7 juillet 1860. — CZERMACK, *Der Kehlkopfspiegel*, etc. (*Le laryngoscope et ses applications à la physiologie et à la médecine*), Leipzig, 1860, et *Archives générales de médecine*, t. I, p. 207, 1860. — MELCH. ROBERT, *Nouveau traité des maladies vénériennes*, Paris, 1861, p. 554 et suiv. — RUHLE, *Die Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1861, et *Archives de médecine*, 255, t. I, 1861. — GIBB, *The Lancet*, janv. 5, 1861. Une observation dans laquelle un cartilage nécrosé a été rendu par expectoration. — GILEWSKI, *Wien. med. Wochenschrift*, n° 48, 1861. — GERHARDT et ROTH, *Archiv für pathol. Anat.*, 2^e série, t. I, 1^{re} livraison. — TURCK, *Observat. sur les ulcères syphilit. des parois de la cavité pharyngo-nasale*. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 1861, n° 48. — TURCK, *Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx*, Paris, 1862, p. 18. — LE MÊME, *Die syphilit. Erkrankung des Kehlkopfs*. *Allgem. Wien. med. Zeitung*, VIII, 43, 1864. — BRIDDON, *Affections syphilitiques du larynx*. *Americ. med. Times*, décemb, 1862, p. 327. — OTTO JENISTIUS, *De laryngitide syphilit. Dissertat. inaug.*, Greifswald, 1862. — E. HAMILTON, *Laryngite syphilitique*. *Dublin Journal*, XXIII. — G. LEWIN, *Ueber Krankh. einzelner Theile des Kehlkopfs*, etc. *Virchow's Archiv*, XXIII, p. 587, 1862. — DAVIES, *Med. Times and Gaz.*, 241, mai 1862. — DANCE, *Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis*. Paris, 1864. — V. MARY, *Rétrécissement des voies aériennes*. Thèse de Paris, 1865. — W. GROSS, *Amer. Journ. N. S.* CXVII, p. 133, 1867. — C. GERHARDT, *Ueber syphil. Erkrank. der Luftröhre*, *Deutsche Archiv für klin. Med.* II, p. 539, 1867, et III, p. 292. — KOHN, *Chron. syphil. infiltr. der Schleimhaut d. Anfänge d. Luft- und Verdauungsorgane*. *Wien. med. Presse*, VII, 24, 27, 30, 34. — SCHNITZLER, *Ibid.*, VIII, 5, 1867. — NAGEL,

Ibid., VIII, 6, 1867. — J. SCHOLZ, *Wien. med. Wochenschr.*, XV, 37, 1865. — SRÖCK, *Ibid.*, XVII, 48, 1867. — DUFOUR, *Un. méd.*, 798, 1868. — U. TRÉLAT, *Sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires*. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 décemb. 1868. — Th. BRYANT, *Transact. of the clin. Soc. of London*, I, 127, 1868. — A. DESPRÉS, *Gaz. des hôpitaux*, p. 262, 1869. — H. L. WILLIAMS, *St. Bartholom. Hosp. Rep.*, V, p. 124, 1869. — ERNST OEDMANSON, *Nord. med. Ark.* I, p. 58, 1869. — EIBENSTEINER, *Ueber syph. Erkrank. d. Kehlkopfes und d. Luftröhre*, *Sitz.-Ber. d. Vereins d. Aerzte in STEIERMARK*, VI Jahrg., p. 49, 1869. — E. ALLING, *Un. méd.*, n° 97, p. 248, 1869. — T. G. WOLLASTON, *Liverpool med. and surg. Rep.* III, p. 20, 1869. — G. H. SOMMER, *Ueber die Tracheotomie bei syphilit. Laryngostenose*, inaug. Diss. Leipzig, 1870. — W. BERGER, *Schmidt's Jahresb.*, t. CXXXVII, p. 37, 1870. — J. SOMMERBRODT, *Die ulcerose proc. d. Kehlkopfschleimh. in Folge von Syphilis*, inaug. Diss., Breslau, 1870. — ERICHSEN, *Med. Times and Gaz.*, April 8, p. 394, 1871. — W. STOKES, *Brit. med. Journ.*, April 1, 1871. — P. FERRAS, *De la laryngite syphilitique*. Thèse de Paris, 1872.

Les lésions syphilitiques du larynx survenant dans le cours de la période d'éruption générale ont la membrane muqueuse pour siège exclusif, et, comme nous le savons, elles s'étendent en surface plutôt qu'en profondeur. C'est le contraire qui arrive dans les affections de la période tertiaire; les modifications anatomiques que l'on y observe sont profondes et circonscrites. Aussi, tandis que les désordres fonctionnels étaient tout à l'heure légers et transitoires, on est frappé du degré de gravité que ces mêmes désordres acquièrent dans cette dernière phase de la syphilis, et de leur persistance parfois indéfinie.

Étude anatomique. — Les laryngopathies syphilitiques ne diffèrent pas, quant à leur nature, des manifestations déjà connues; mais elles varient avec le tissu au sein duquel elles se développent. Muqueuse et tissu conjonctif sous-muqueux, cartilages et fibro-cartilages, muscles, vaisseaux et nerfs, telles sont les diverses parties constituantes du larynx qui, chacune en particulier, peuvent être le siège du processus syphilitique.

Nous chercherons plus loin quelle peut être l'influence de la syphilis sur les nerfs du larynx. Nous savons que Bouisson (1) a signalé la présence de dépôts gommeux dans les muscles de cet organe. Maintenant étudions les altérations les plus communes de la syphilis laryngée tertiaire, celles du tissu sous-muqueux et des fibro-cartilages.

A une époque déjà avancée de l'évolution syphilitique, qui est la période de transition de quelques auteurs, mais qui nous paraît rentrer plutôt dans la période des productions gommeuses, la muqueuse du larynx devient quelquefois le siège d'une éruption jusqu'à un certain point comparable à la syphilide tuberculeuse. Cette éruption, plusieurs fois observée par Cusco qui lui a donné le nom de papulo-tuberculeuse, était caractérisée dans deux cas par la présence, à la surface des cordes vocales inférieures, de tubercules saillants, grisâtres, du volume d'un grain de chènevis ou de millet, par un gonflement simultané des cordes vocales supérieures, et une injection ancienne de la portion sus-glottique de la membrane muqueuse. C'est dans cette même période que Türck a constaté l'existence d'ulcérations plus ou moins nombreuses, ayant

(1) *Gaz. médic.*, 1846, p. 595.

leur siège de prédilection et leurs caractères les plus accusés sur l'épiglotte. Pour peu qu'elles se prolongent, ces ulcérations manifestent de la tendance à creuser en profondeur, et elles finissent par perforer l'épiglotte de part en part. Tout autour de l'ulcération ou même sur tout le reste de l'épiglotte, la muqueuse est injectée et présente habituellement une tuméfaction considérable qui peut survivre à la cicatrisation. Les replis aryéno-épiglottiques, le revêtement muqueux des cartilages aryénoïdes, les cordes vocales inférieures, sont autant de parties où s'observent ces mêmes lésions. Lorsqu'ils occupent les cordes vocales inférieures, les ulcères peuvent s'étendre suivant la direction antéro-postérieure et atteindre simultanément ces deux replis. De dimensions variables, ils sont entourés d'une auréole inflammatoire et accompagnés souvent d'excroissances irrégulières ou d'érosions de la muqueuse de la paroi postérieure du larynx. S'ils sont profonds, ils laissent à leur suite une déformation des cordes vocales, le rétrécissement du larynx, des adhérences; mais il y a lieu de croire qu'ils succèdent alors à de petits dépôts gommeux. Les lésions les plus avancées qui s'observent dans le tissu sous-muqueux ou dans l'épaisseur des tissus fibreux du larynx, se montrent, tantôt sous la forme de traînées jaunâtres, plus ou moins étendues et saillantes, tantôt sous la forme de dépôts circonscrits. Dans le premier cas, l'épiglotte ou la partie supérieure de la glotte est tout particulièrement affectée; mais quelquefois la trachée et les bronches participent à l'altération, comme dans un fait rapporté par Wagner. Au début on voit de petites élevures arrondies (Gerhardt et Roth) ou une saillie jaunâtre de consistance un peu molle et qui souvent a été décrite comme un simple épaissement de la membrane muqueuse ou des parties sous-jacentes (1). Dans le second cas, la modification anatomique peut apparaître sous forme de végétations (Hansen); le plus souvent elle est représentée par des tumeurs arrondies (2), petites, fermes, du volume d'un pois ou d'une lentille, suivant les mêmes phases que les tumeurs gommeuses des autres organes, c'est-à-dire qu'après s'être ramolies elles se terminent par des ulcérations profondes, plus ou moins irrégulières, à fond induré et grisâtre, à bords déchiquetés, différentes, par conséquent, des ulcérations superficielles qui appartiennent à la période secondaire. Les cicatrices qui leur succèdent sont dures, blanchâtres, épaisses, et fréquemment, par le retrait qu'elles subissent, elles produisent des rétrécissements et des déformations plus ou moins considérables du conduit laryngien. S'il y a ulcération du corps de l'épiglotte, ou de la région des cartilages aryénoïdes, il en résulte une incontinence de la glotte qui favorise la pénétration des aliments et des boissons dans le tube aérien et amène le danger de la suffocation ou tout au moins de la pneumonie. Quand l'ulcère est plus profond, il peut en résulter la destruction des cordes vocales. Quelquefois il se développe autour de l'ulcère des états inflammatoires aigus qui déterminent l'œdème de la glotte, si bien étudié par Sestier. Dans un tableau que nous a laissé cet auteur,

(1) Voy. les observations de Barth, *Sur la laryngite syphilitique* (Société anatomique, t. X et XVI).

(2) Wilks, *The syphilitic affections of the internal organs*, donne une figure qui représente une tumeur de cette nature située à la partie supérieure du larynx. — Comparez Lewin, *Beitrag zur Laryngoscopie*, Deutsche Klinik, 1862. }

la laryngite chronique syphilitique figure 14 fois, sur 157 cas, comme point de départ de l'œdème glottique. Plus rarement il se produit au voisinage des ulcères syphilitiques, des hyperplasies papillaires indépendantes de la syphilis.

L'altération syphilitique, à la suite d'une irritation prolongée, du larynx ne borne pas son action aux tissus fibreux; dans certains cas, elle envahit les cartilages. Ceux-ci sont-ils influencés primitivement ou secondairement par suite d'une modification de la muqueuse? La question est difficile à résoudre. Il y a lieu de croire cependant à l'existence d'une péricondrite syphilitique primitive. Quoi qu'il en soit, les ulcérations dans ces conditions sont étendues, irrégulières; leurs bords sont mous, grisâtres, décollés et, dans sa profondeur, le cartilage est plus ou moins dénudé et altéré, souvent nécrosé; parfois luxé et encroûté de sels calcaires, il a pu tomber dans la cavité du larynx et produire une suffocation rapide.

Ces diverses déterminations morbides ne sont pas toujours faciles à spécifier, et, s'il est permis de distinguer, à l'aide du microscope, les ulcères syphilitiques des ulcérations épithéliales qui le plus souvent sont uniques et dont les bords sont toujours saillants et indurés, il n'est quelquefois pas possible de les différencier des ulcérations scrofuleuses et tuberculeuses. Toutefois les ulcérations syphilitiques, selon le docteur Barth (1), se développent de haut en bas, occupent de préférence la face antérieure, se cicatrisent pour se reproduire sur différents points de l'organe, tandis que les ulcères tuberculeux marchent de la partie inférieure, ou même de la trachée, vers l'ouverture pharyngienne, ne se cicatrisent guère et envahissent principalement la face postérieure de l'épiglotte. Cette remarque, très-juste en ce qui concerne les ulcérations concomitantes de la pneumonie dite caséuse, ne l'est plus autant quand il s'agit des tubercules proprement dits. Ceux-ci ont, en effet, comme l'altération syphilitique, une sorte de prédilection pour les parties supérieures de la glotte, et notamment l'épiglotte. Facilement reconnaissables avant leur destruction, ils se distinguent plus tard par l'exiguïté des ulcères et l'étendue du processus morbide. Les granulations tuberculeuses sont toujours nombreuses et très-petites, et les ulcères ne sont étendus que par suite de la réunion de plusieurs d'entre eux.

Étude symptomatique. — Les symptômes propres à la syphilis laryngée sont objectifs ou fonctionnels.

Les symptômes objectifs ou physiques, que révèle l'examen par le laryngoscope, ont les mêmes caractères que les lésions ci-dessus décrites. Ainsi, on constate l'existence d'ulcérations plus ou moins profondes, souvent multiples, avec ou sans nécrose des cartilages correspondants; mais il n'est pas toujours facile de se rendre un compte exact de l'état des différents points du larynx. Türck rencontra dans un cas une impossibilité absolue de voir les parties situées au-dessous de la glotte, à cause d'une inflammation secondaire des cordes vocales supérieures et inférieures. A part les caractères propres à cette inflammation, on constatait, sur la moitié extérieure des deux cordes vocales inférieures, un liséré longitudinal fortement dentelé, que l'on ne pouvait considérer que comme le bord supérieur d'une ulcération située

(1) Barth, *Soc. anat.*, t. X et XVI.

sur la paroi postérieure du larynx, et cette présomption fut confirmée par l'autopsie.

Les symptômes fonctionnels consistent en des troubles de la phonation et de la respiration. L'altération de la voix est généralement manifeste et persistante. Qu'il y ait gonflement ou destruction des cordes vocales, obstruction de la glotte par de petites tumeurs, ce phénomène existe toujours, mais à des degrés divers de timbre et d'intensité. Un caractère de cette altération qui peut varier depuis la simple raucité jusqu'à la perte totale de la voix, c'est l'intermittence. Les malades éprouvent une sensation de gêne ou de picotement, parfois une douleur véritable à la région du larynx. Dans des cas où l'on avait pu songer à l'existence d'une périchondrite, ce dernier phénomène s'est manifesté avec une intensité plus grande la nuit que le jour.

Les troubles respiratoires, plus ou moins pénibles, sont subordonnés aux désordres anatomiques. Les malades éprouvent une sensation de dyspnée, une toux courte, accompagnée ou non d'expectoration. Les crachats sont muqueux ou purulents, parsemés de stries sanguines, et si le périchondre est lésé, ils peuvent contenir des débris de membrane muqueuse ou des fragments de cartilage, ainsi qu'il est arrivé dans un cas rapporté par le docteur Gibb. Ajoutons que parfois, si on n'y prend garde, les bruits laryngiens retentissent jusque dans la poitrine et peuvent faire croire à l'existence d'une excavation dans un poumon sain. Quand la laryngite syphilitique vient à se compliquer d'un œdème de la glotte, l'oppression est plus vive, la respiration est sifflante, l'inspiration est pénible, plus difficile que l'expiration, puis surviennent des accès de suffocation qui peuvent emporter les malades. Dans certains cas, on voit apparaître tous les signes d'une asphyxie rapidement mortelle, comme, par exemple, lorsqu'un fragment de cartilage vient à s'introduire dans les voies aériennes.

Avec ces différents phénomènes, on observe parfois une difficulté plus ou moins grande de la déglutition tenant soit au rétrécissement de la partie inférieure du pharynx par le larynx augmenté de volume, ou bien à l'irritation spasmodique des muscles de cet organe, ou encore à l'altération de l'épiglotte. Il faut savoir que, d'après les expériences de Magendie, la destruction de cet opercule ne gêne pas toujours d'une façon notable le passage des aliments dans l'estomac. Le fait suivant en est un exemple.

Cachexie très-avancée, ulcérations syphilitiques, destruction de l'épiglotte, sans gêne notable de la déglutition.

OBS. XLII. — M... (Joséphine), âgée de trente-cinq ans, journalière, entre à l'hôpital Beaujon, le 6 octobre 1856, dans un état de faiblesse et de marasme qui lui permet à peine de parler. Cette malade, légèrement bouffie, offre une décoloration complète des téguments. Elle est atteinte de diarrhée depuis plusieurs jours; on constate sur la lèvre inférieure une ulcération profonde, taillée à pic, et vers la pointe de la langue il existe une autre ulcération plus large et moins profonde, à fond grisâtre et sanieux. Toux rarement suivie d'expectoration, gêne très-grande de la respiration, sonorité à la percussion du thorax, faiblesse du murmure vésiculaire, quelques râles à la base du poumon; pas d'accès de suffocation, altération prononcée de la voix.

Malgré des efforts considérables, la malade se fait à peine entendre; la déglutition s'accomplit facilement, parfois cependant surviennent des accès de toux qui paraissent tenir au passage de substances étrangères dans le larynx. Proto-iodure de mercure 0^{gr},02, puis 0^{gr},05, opium 0^{gr},02. Cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Sous l'influence de ce traitement, on constate une grande amélioration dans l'état des ulcérations de la lèvre et de la langue, et une tendance à la cicatrisation. Toutefois, la faiblesse résultant de l'état de cachexie avancée et aussi la gêne de la respiration rendant toujours fort grave l'état de cette malade, la mort eut lieu le 14 octobre.

Autopsie. — Les ulcérations de la bouche sont en voie de cicatrisation. L'épiglotte a totalement disparu, et c'est à peine si on rencontre à la place qu'elle occupait quelques débris gangréneux, grisâtres ou blanchâtres; l'un de ces débris est recourbé et appliqué sur la face antérieure du pharynx. Les replis aryéno-épiglottiques, en partie détruits, ne sont pas œdématiés; les cordes vocales supérieures sont aussi en partie détruites, les cordes vocales inférieures sont intactes; les autres organes n'ont malheureusement pas été examinés.

La marche des affections syphilitiques du larynx est lente, continue, progressive, mais elle peut prendre rapidement une grande acuité par suite de complications, l'œdème de la glotte particulièrement. La plupart de ces affections ont trois périodes: une période de formation, une période d'ulcération et une période de réparation, ayant chacune leurs phénomènes spéciaux. Leur durée varie avec l'étendue et la profondeur de la lésion organique; mais il est certains désordres qui parfois persistent indéfiniment.

La terminaison peut être heureuse lorsque la muqueuse seule est atteinte ou que la résorption des dépôts syphilitiques se trouve favorisée à temps par un traitement spécifique. Trop souvent la guérison n'a lieu qu'au prix d'une aphonie complète, conséquence de la destruction des cartilages, des cordes vocales inférieures, ou d'un rétrécissement plus ou moins considérable du larynx. A l'inconvénient de laisser à sa suite une cicatrice et un rétrécissement manifeste, la périchondrite ajoute encore le danger d'un œdème de la glotte, complication grave et souvent suivie de mort. Mais ce qu'il faut le plus redouter en pareil cas, c'est la nécrose des cartilages, affection sérieuse, pouvant produire une mort instantanée lorsque le séquestre vient à s'engager dans les voies aériennes (obs. Labbé). La mort n'est pas seulement la conséquence d'une asphyxie rapide, elle succède quelquefois aussi à une asphyxie lente, ou bien elle peut être amenée par les lésions concomitantes des viscères et la cachexie qui les accompagne. Enfin l'abondante sécrétion purulente qui découle des ulcères est une cause d'affaiblissement graduel qui aboutit à la consommation, si elle n'est une cause de pneumonie. Les malades succombent alors comme s'ils étaient atteints de phthisie laryngée. Dans un cas de périchondrite la mort m'a paru avoir été le résultat de la formation de foyers gangréneux métastatiques dans les organes, foyers qui avaient eu pour point de départ une gangrène développée au pourtour des cartilages nécrosés.

Diagnostic. — Au rapport même des auteurs les plus autorisés, les altérations syphilitiques du larynx, vues au laryngoscope, n'ont aucun caractère franchement spécifique, et conséquemment les désordres fonctionnels qu'elles déterminent ne présentent pas non plus de caractères particuliers. Il ne faut

pas oublier, toutefois, que les manifestations laryngées de la syphilis tertiaire marchent habituellement des parties supérieures vers les parties inférieures. Les individus qui en sont affectés ont la voix altérée; ils souffrent pendant l'acte de la déglutition, ou par le fait d'une pression exercée sur le larynx. Ils sont le plus souvent atteints d'ulcérations ou tout au moins de cicatrices ayant pour siège les amygdales, le voile du palais ou ses piliers, la base de la langue ou la paroi postérieure du pharynx, et quand ces diverses lésions viennent à manquer, la persistance d'une affection du larynx sans cause déterminée doit encore éveiller l'idée de la syphilis. Notons que le laryngoscope a du moins l'avantage de faire connaître le siège précis de l'altération, et que le diagnostic de la cause sera aidé d'ailleurs par les antécédents et les commémoratifs du malade. L'absence de toute lésion pulmonaire aux sommets des poumons est une circonstance dont on doit savoir profiter, elle peut servir à éliminer la tuberculose.

Les laryngites syphilitiques peuvent guérir complètement tant qu'il n'y a ni ulcération ni nécrose des cartilages. Il est rare cependant que même alors la voix ne reste pas voilée. Leur pronostic est grave toutes les fois qu'il existe des ulcérations profondes. Non-seulement les malades sont exposés à perdre la voix d'une façon définitive, mais ils sont menacés d'une asphyxie plus ou moins rapide, épuisés par des ulcérations prolongées véritables foyers d'infection. Enfin, lorsque le médecin est assez heureux pour obtenir la réparation, le tissu cicatriciel amène peu à peu un retrait du calibre de l'organe, qui, dans certains cas, nécessite une opération, le débridement, ou plus souvent la trachéotomie. Cette dernière opération est d'une utilité incontestable dans la laryngite syphilitique quelle que soit sa phase d'évolution, dès qu'il y a accès de suffocation et menace d'asphyxie. Sur vingt cas rassemblés à ce point de vue par Trélat, trois fois l'opération, parfaitement indiquée, n'a pu être faite à temps, les malades sont morts dans des accès de suffocation. Sur les dix-sept autres cas, la trachéotomie a donné treize succès et quatre morts. Une fois la canule a déterminé la formation d'abcès et de clapiers; une autre fois le malade a succombé à une pneumonie; les deux autres malades étaient cachectiques débilités; c'étaient des opérations désespérées. D'autre part, sur vingt-six cas de rétrécissement syphilitique du larynx réunis par W. Berger, six fois la mort fut la terminaison, mais sur ce chiffre cinq fois la trachéotomie n'avait pas été faite; dans le seul cas où cette opération fut pratiquée, la terminaison malheureuse survenue plus tard eut pour cause la perforation de l'œsophage vraisemblablement produite par la canule. Dans dix-huit cas où la trachéotomie eut lieu, le succès, aidé le plus souvent par un traitement spécifique, fut aussi complet que possible. Cependant plusieurs fois on fut obligé de laisser la canule à demeure. Dans deux cas enfin, la trachéotomie dut être renouvelée une seconde fois.

§ 2. — Affections syphilitiques de la trachée et des bronches.

BIBLIOGRAPHIE. — BARBEIRAC, *Dissert. nouv. sur les malad. de la poitrine vénér.*, etc. Amsterdam, 1731. — MORGAGNI, *Epist.* 44, n° 15; *Epist.* 58. — BENJ. BELL, *Traité de la gonorrhée vén. et de la maladie vénérienne*, trad. fr. de BOSQUILLON. Paris, 1802,

p. 649. Deux cas d'asthme observés chez des syphilitiques guéris par les mercu-
riaux. — DITTRICH, *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, Bd. 1, p. 269. — WORTHINGTON,
Medicochirurg. Transact., t. XXV. — SAINT-ARROMAN, *Des gommes du tissu cellulaire
et des muscles*. Thèse de Paris, 1858, p. 17. — MOISSENET, *Union médicale de Paris*, 28
oct. 1858, et t. XX, n° 5, 1864, p. 340. — VIGLA, *Bulletin de la Société médicale des
hôpitaux*, XIV, n° 3, p. 223, et *Union médicale* du 19 février 1859. — CHARNAL,
Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée. Thèse de Paris,
1859. — H. BOURDON, *Des rétrécissements de la trachée-artère*, *Union médicale*, nouv.
série, t. XXI, p. 150, 1864, et *Gaz. des hôpitaux*, 12, 1864. — FORSTER, *Rétrécissement
de la trachée par une cicatrice syphilitique*, dans *Handbuch der patholog. Anatomie*,
p. 113. Leipzig, 1862. — WAGNER, *Archiv der Heilkunde*, 1863, p. 221. —
E. VIDAL, *Union médicale*, nouv. série, t. XXIII, p. 77, 1864. — BOECKEL, *Rétri-
cissements syphilitiques de la trachée*, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864,
— Dubois, thèse de Strasbourg 1865. — LANCEREAUX, *Gaz. hebdom.*, 1864. — VERNEUIL,
Bull. de la Société de chirurgie, 7 mai 1866. — C. GERHARDT, *Arch. f. klin.
med.*, p. 539, 1867. — MOXON, *Guy's Hosp. Reports*, ser. 3, vol. XIII, p. 355, 1868.
— J. RUSSELL, *British med. Journ.*, 27 oct. — J. WORMS, *Gaz. des hôpitaux*, 105,
1869. — LANCEREAUX et LACKERBAUER, *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 273, et pl.
XXVII, fig. 5 et 6. Paris, 1871. — M. MACKENSIE, *Trans. of the pat. Soc. of London*, vol.
XXII, 33, 1871. — HUTTENBRENNER, *Jahresb. für Kinderheilk. N. F.*, V, p. 338, 1872.

On peut rencontrer dans les auteurs anciens, et dans Morgagni surtout, des cas de lésions syphilitiques de la trachée. La plupart de ces cas se trouvent rassemblés dans l'excellente dissertation inaugurale de J. B. Cayol (1). Je me dispenserai de les rappeler, et me contenterai de citer Laurent Joubert : « *Novi ego plures quibus ex variola magna, non solum trachea, sed et pulmo ipse fuit exulceratus* » (2).

Étude anatomique. — TRACHÉE. — Au point de vue anatomique, les affections syphilitiques de la trachée ont la plus grande analogie avec les lésions du larynx, ce qu'explique d'ailleurs facilement une certaine conformité de structure. La partie inférieure de la trachée est leur siège le plus habituel; sur sept cas où l'origine de l'altération n'était pas douteuse, celle-ci fut rencontrée six fois (3) au niveau des derniers anneaux de la trachée, d'où elle se continuait dans l'une des bronches. Dans deux cas où l'autopsie ne fut pas faite, mais où la trachéotomie fut pratiquée sans soulagement pour le malade (4), il y a lieu de penser que la lésion morbide n'avait pas d'autre siège. Trois fois (5) pourtant elle a été observée à la partie supérieure de la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde; deux fois seulement elle existait, sous forme d'ulcères ou de cicatrices, dans la plus grande étendue de ce canal (6). Quel que soit leur siège primitif, les altérations tertiaires de la trachée paraissent se développer primitivement dans le tissu sous-muqueux plutôt que dans l'épaisseur même de la muqueuse. Les faits déjà connus permettent en effet de suivre leurs phases successives. Dans un certain nombre de cas, on a observé un épaississement plus ou moins étendu du tissu sous-muqueux (altération

(1) *Recherches sur la phthisie trachéale*. Thèse de Paris, 1810.

(2) Laurent Joubert, *Lib. de Variola Magna*, etc., cap. 4, 1645.

(3) Observ. de Moissenet, Vigla, Virchow, Wilks, Verneuil et Lancereaux (obs. XXII).

(4) Cas de Trousseau et Bourdon.

(5) Cas de Worthington, de Wilks, de Moxon.

(6) Cas de Huttenbrenner, Moxon.

diffuse) ; d'autres fois c'est une lésion locale, circonscrite, une tumeur arrondie qu'on a pu comparer, avec juste raison, aux tumeurs gommeuses.

Dans un cas de syphilis avec tumeurs gommeuses du foie et des poumons, Wilks trouva le tissu sous-muqueux de la trachée très-épaissi par des dépôts fibrineux (gommeux) récents, analogues à l'induration chancreuse. Ces dépôts sont en général mal circonscrits ; les petites tumeurs sont, au contraire, bien limitées. Du volume d'une lentille ou d'un pois, ces tumeurs peuvent avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Dans l'observation de Moissenet, il existait, à 2 centimètres au-dessus du rétrécissement, trois plaques irrégulièrement arrondies et de la dimension d'une pièce de 50 centimes, légèrement élevées au-dessus de la surface ambiante, d'une couleur jaune pâle, d'une consistance molle au centre, à surface inégale et mamelonnée. Ce premier degré de l'altération syphilitique de la trachée, n'entraînant pas la mort par lui-même, se présente peu à l'examen de l'observateur. Dans quelques cas seulement il arrive de constater son existence à côté de lésions plus avancées, ulcères ou cicatrices. Plus fréquemment, on observe des ulcérations ; celles-ci, arrondies et plus ou moins profondes, ont leur fond constitué par les anneaux cartilagineux, ou par les tissus ambiants, lorsque ces anneaux usés ou ulcérés se sont trouvés complètement détruits. Dans un cas qui nous est personnel, l'ulcère reposait sur une gangue fibreuse contenant dans son épaisseur un ou plusieurs ganglions lymphatiques (obs. XXII, p. 250). Les cicatrices qui succèdent caractérisent la troisième phase d'évolution du travail morbide : souvent c'est l'unique lésion que dévoile l'autopsie. Constituées par un tissu blanchâtre ou rosé, au sein duquel on retrouve les anneaux cartilagineux plus ou moins altérés, fracturés et fragmentés, ces cicatrices plissées ou radiées, sous forme de brides, occupent une partie ou la totalité de la circonférence de la trachée ; elles tiennent, dans certains cas, la place de plusieurs anneaux cartilagineux ; d'où la possibilité de l'affaissement des parois de la trachée dans l'inspiration. Mais le grand inconvénient de cette altération est de rétrécir le canal aérien, qui permet plus ou moins facilement l'introduction d'une sonde de femme, ou même d'un tuyau de plume, ou encore de produire un raccourcissement du tube trachéal qui peut être de plusieurs centimètres. Signalons en terminant, comme effet secondaire, la dilatation de ce tube au-dessus et au-dessous du rétrécissement et l'hypertrophie des fibres élastiques longitudinales.

BRONCHES. — Les diverses altérations que nous venons de décrire se retrouvent avec leurs phases successives à la surface ou dans l'épaisseur des tuyaux bronchiques, mais principalement au niveau de leurs divisions principales. De petits nodules gommeux ont été vus par Wagner dans l'épaisseur des parois des bronches. Dittrich a trouvé une fois, au-dessous de la bifurcation des grosses bronches, des ulcérations profondes d'un pouce de diamètre, recouvertes d'une exsudation purulente ; le tissu sous-muqueux environnant et la paroi de la bronche droite étaient épaissis et lardacés. Plusieurs des faits rapportés par Virchow font mention de l'existence de cicatrices dures, ridées, à la surface des tuyaux bronchiques, disposition qui se rencontre dans l'une de nos observations. De même que les cicatrices de la trachée, celles des

bronches donnent lieu à un rétrécissement plus ou moins considérable, au voisinage duquel on observe parfois la dilatation des tubes aériens. Dans un cas où nous avons constaté l'oblitération de plusieurs ramifications bronchiques, le parenchyme pulmonaire était en même temps altéré par une production nouvelle de tissu fibreux qui avait donné lieu à un retrait tout particulier. Ajoutons que, dans les cas cités, il n'y eut pas d'altération tuberculeuse des poumons.

En résumé, nous retrouvons dans la trachée et les bronches les mêmes altérations que dans les autres organes, et comme ces altérations se sont montrées tantôt peu de temps après la période secondaire, tantôt dix et douze ans plus tard, il serait peut-être possible de trouver dans cette circonstance une raison suffisante pour comparer les unes aux éruptions syphilitiques tardives, les autres aux dépôts gommeux. Cette manière de voir paraît du reste légitimée par ce fait que les ulcérations ont été plus nombreuses toutes les fois que la manifestation est survenue peu après la période d'éruption générale. L'observation suivante est un exemple de bronchite syphilitique.

Un jeune homme avait contracté une syphilis pour laquelle il prit du mercure. Dans l'automne de 1838, il fut pris d'un mal de gorge auquel se joignirent de l'enrouement, une ulcération au voile du palais, une éruption de couleur cuivrée sur la peau, des nodus, des douleurs nocturnes et de fortes transpirations. Cet état empira graduellement, et, au mois d'août 1839, ce malade, confiné dans son lit, était excessivement émacié et affaibli ; il avait une toux fréquente et très-incommode, une copieuse expectoration purulente, en même temps que des symptômes qui ne laissaient pas de doutes sur l'existence d'une maladie laryngée. Sa poitrine était parfaitement sonore, mais un ronchus muqueux, épais, était évident dans toute l'étendue des deux poumons. On donna la quinine et l'iodure de potassium, mais le malade s'éteignit complètement épuisé, le 15 septembre.

De petites ulcérations existent sur la muqueuse du larynx et sur celle des grosses bronches ; elles sont de plus en plus nombreuses dans les petites ramifications, et dans les petites divisions des bronches elles forment une suite continue d'ulcères. Les bronches sont remplies d'une matière purulente, et les lobes inférieurs des poumons sont légèrement congestionnés (1).

Étude symptomatique. — L'étude qui précède conduit à penser que les symptômes correspondant aux lésions syphilitiques de la trachée doivent varier avec le degré d'évolution anatomique ; c'est en effet ce qui a lieu. Le début de l'affection, en général insidieux, préoccupe fort peu les malades ; ils s'aperçoivent à peine d'une gêne légère de la respiration, ils toussent peu, mais ils ont la sensation d'un léger chatouillement, d'une sorte de corps étranger, sur un point quelconque de l'arbre aérien, et principalement vers la partie supérieure du sternum. A ces symptômes il s'ajoute parfois une respiration bruyante, sifflante pendant l'inspiration, de l'oppression quand le malade monte, des accès de suffocation revenant plus particulièrement la nuit et accompagnés de toux sans expectoration (cas de Bourdon). Plus tard, sans doute quand déjà il existe une ou plusieurs ulcérations, la toux est plus fréquente ; sèche jusque-

(1) Sadowski de Prague, cité par G. Lagneau. Thèse de Paris, 1851.

là, elle est suivie de crachats mucoso-purulents semés parfois de stries sanguines (cas de Vigla), ou nummulaires jaunes verdâtres (cas de Bourdon). La voix est peu ou pas modifiée, l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal. Les désordres de la respiration peuvent persister, mais il arrive de les voir diminuer, surtout à la suite d'un traitement approprié. Cette amélioration, il faut se garder de la considérer toujours comme le début d'une guérison définitive; le plus souvent, elle n'est qu'un temps d'arrêt, pendant lequel s'opère la cicatrisation. Celle-ci une fois effectuée, les accidents reparaissent souvent au fur et à mesure que se produit le retrait du tissu cicatriciel, et cette fois il se produit des désordres plus accusés, plus sérieux, plus permanents, en même temps moins accessibles aux moyens internes. La dyspnée, qui se fait de nouveau sentir, est progressive; la toux est quinteuse, le sifflement inspiratoire est tellement marqué qu'il constitue un véritable *cornage*. Mais le phénomène le plus important, et à la fois le plus pénible pour les malades, consiste en des accès de suffocation qui souvent apparaissent sans cause bien déterminée. Ces accès, dans l'intervalle desquels persiste une oppression plus ou moins vive, se renouvellent d'ordinaire au point de mettre la vie du malade en danger. A cette même période, on observe de plus, dans certains cas, deux symptômes auxquels Demarquay attache avec raison une grande importance, l'abaissement du larynx et l'immobilité de cet organe pendant la déglutition et pendant l'exercice de la parole.

Tels sont, en somme, les principaux désordres fonctionnels qui appartiennent aux altérations syphilitiques de la trachée. A ces désordres, ajoutons une sensation toute particulière de dureté de la trachée, une mobilité moins grande de cet organe sur les tissus environnants, puis enfin la possibilité de voir, à l'aide du laryngoscope, soit les ulcérations, soit le rétrécissement lui-même. C'est ainsi que, dans un cas de rétrécissement de la trachée situé il est vrai dans un point élevé du canal aérien, Türk parvint à porter un diagnostic entièrement positif; il constata, au moment où son malade poussait un cri perçant sur une note très-élevée, que le son était produit dans l'expiration par la vibration de toute la longueur des bords du rétrécissement, qui jouaient le rôle des cordes vocales, celles-ci demeurant tout à fait immobiles et largement béantes.

Lorsque l'altération syphilitique intéresse seulement les tuyaux bronchiques, les symptômes diffèrent quelque peu de ceux que nous venons d'analyser. Au rapport de W. Munk (1), ces symptômes n'apparaissent qu'après des désordres du côté de la gorge et comme si le mal gagnait le larynx, puis la trachée et enfin les bronches; mais cette marche est loin d'être constante. Dans les premiers temps, les phénomènes sont presque les mêmes que ceux du catarrhe simple; cependant la voix est plus altérée, il y a dans le larynx une irritation et une sécheresse continuels qui peu à peu gagnent la poitrine; les malades éprouvent une sensation de constriction douloureuse derrière le sternum, et le plus souvent cette irritation, persistant, détermine une toux brève et fréquente, symptôme qui a pu faire croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Quand la maladie a duré quelque temps, la sécrétion muqueuse fournie

(1) Voy. *London medical Gaz.*, avril 1841, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 601, 1841.

par les canaux aériens ne tarde pas à présenter les caractères de la suppuration; c'est alors que la fièvre hectique s'empare du malade, si déjà elle n'existait pas auparavant. Ainsi, dyspnée plus ou moins intense, toux quinteuse, expectoration muqueuse ou purulente, tels sont les symptômes malheureusement peu caractéristiques de l'altération bronchique tertiaire. Insistons sur ce point que cette altération, toujours très-rare, n'est généralement pas accompagnée, des signes physiques qui indiquent une induration étendue des poumons.

Il a été assez question jusqu'ici de la marche de la trachéite syphilitique pour que je n'aie pas à y revenir. L'évolution de cette affection est lente; sa durée, en général de plusieurs mois, est moins longue, en raison de l'importance fonctionnelle de l'organe lésé, que la durée de la plupart des autres manifestations syphilitiques des viscères. Quant à sa terminaison, elle est rarement heureuse, ce qui semble tenir à la difficulté de reconnaître l'altération à son début et de la traiter assez tôt. La mort, lorsqu'il s'agit de lésions trachéales, est relativement fréquente. Elle survient d'ordinaire dans un accès de suffocation, plus rarement par le fait d'un épuisement général. La cachexie est un symptôme peu commun des affections syphilitiques de la trachée et du larynx, à moins qu'elles ne soient concomitantes d'une altération des viscères de l'abdomen.

Diagnostic. — Dyspnée, sifflement particulier pendant l'inspiration, véritable *cornage*, la voix conservant son timbre presque ordinaire, douleur ou sensation d'un corps étranger dans l'un des points du tube aérien, et plus tard accès de suffocation sans lésion pulmonaire appréciable, tels sont les signes qui doivent servir de base au diagnostic des affections syphilitiques de la trachée. A ces signes on pourrait sans doute ajouter quelques symptômes fournis par l'auscultation de la trachée, un peu trop négligée en pareil cas. Ces affections ne seront pas confondues avec les altérations du larynx, qui déterminent toujours des modifications plus ou moins profondes de la voix, et que fait connaître l'examen laryngoscopique; mais elles pourraient l'être avec certaines lésions trachéales susceptibles d'amener un rétrécissement du tube aérien. L'absence des signes de la tuberculisation pulmonaire sera d'une grande utilité pour repousser l'existence d'une lésion tuberculeuse de la trachée. La morve, ainsi qu'il résulte des recherches du professeur Tardieu (1), peut engendrer des désordres en tout comparables à ceux de la syphilis. Le diagnostic différentiel repose avant tout sur les antécédents et les commémoratifs du malade; il me paraît inutile d'insister sur ce point, mon intention étant de faire plus loin le parallèle de ces deux maladies. Les tumeurs qui compriment la trachée déterminent des troubles capables d'induire en erreur; parmi ces tumeurs, l'une des plus fréquentes, l'anévrisme de l'aorte, se reconnaît à des signes tout à fait spéciaux. Quant aux tumeurs solides des médiastins antérieurs,

(1) Tardieu, *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*, etc. Thèse de Paris, 1843. — Biermer, *Mém. sur les rétréciss. de la trachée et des bronches*, *Gaz. des hôpitaux*, 9 sept. 1869.