

poussières silicieuses et de poussières alumineuses. M. Letulle a rapporté, dans la thèse de M. Regimbeau, un bel exemple de pneumokoniose mixte : il s'agissait d'un broyeur d'émeri à l'autopsie duquel on trouva une pneumonie chronique avec noyaux durs, gris noirâtre, que l'analyse chimique de M. Pouchet montra être composés de silice, d'alumine et de peroxyde de fer.

Cancer du poumon et pneumokonioses. — En terminant cette description, il nous faut signaler un fait assez curieux, mis en lumière par Haerting et Hesse. Ces auteurs ont étudié la pneumokoniose des ouvriers des mines de cobalt arsenical du Schneeberg; cette affection est souvent mortelle. Or, dans cette forme d'infiltration pulvérulente, les lésions s'accompagnent très souvent du développement de tumeurs cancéreuses dans le poumon et les ganglions du hile. Cohnheim et Weigert ont montré que les tumeurs n'étaient pas de vrais cancers (épithélioma), mais bien des lymphosarcomes.

Diagnostic des pneumokonioses. — Le diagnostic positif est basé : 1° sur la connaissance des antécédents et sur certains stigmates extérieurs, tels que le tatouage des mains et des poignets chez les piqueurs et les rhabilleurs de meules; 2° sur les caractères des crachats, qui peuvent être pathognomoniques lorsque la couleur rouge ou noire est permanente. Dans la chalicose, l'expectoration n'a rien de bien caractéristique, à moins qu'on ne pratique l'examen microscopique et l'analyse chimique.

Les pneumokonioses peuvent être confondues avec la tuberculose pulmonaire et le cancer latent de l'estomac.

Pour le diagnostic de la tuberculose, les antécédents héréditaires ont une grande valeur; les accidents laryngés, qui manquent dans les pneumokonioses, peuvent être aussi d'un très grand secours. L'examen microscopique des crachats lèvera tous les doutes; l'absence des bacilles, la présence de cellules épithéliales ou de leucocytes renfermant des granulations minérales ou végétales, confirmeront le diagnostic. Il est vrai que la tuberculose peut coexister avec une pneumokoniose; dans ce cas, la coexistence dans les crachats des bacilles et des leucocytes porteurs de grains de poussière permettra de se prononcer pour une pneumokoniose compliquée de tuberculose.

Dans certaines phases des pneumokonioses, surtout dans les premières phases de l'antracose pathologique, alors que le malade tousse à peine, les troubles digestifs et l'état cachectique font penser parfois à un cancer de l'estomac. L'observation de M. Letulle montre que le diagnostic peut présenter dans ces cas d'insurmontables difficultés. Mais en général l'évolution ultérieure du mal lève tous les doutes.

Traitement. — A. *Prophylaxie.* Nous ne pouvons empiéter ici sur le domaine de l'hygiène et exposer tout ce qui a été tenté pour prévenir le développement des pneumokonioses. Nous nous bornons à indiquer les précautions générales à prendre.

Aérer largement les locaux où travaille l'ouvrier, rechercher tous les moyens qui, dans l'industrie, peuvent empêcher la propagation des poussières, faire adopter l'usage des *masques* (*) qui protègent les voies aériennes, substituer dans

(*) DÉTOURBE, Étude sur le masque respirateur normal contre les poussières, Paris, 1895.

certain cas, chez les mouleurs en bronze par exemple, une poudre inoffensive (magnésie, amidon) à la poudre de charbon : tels sont les principaux desiderata à réaliser.

A la question de l'antracose est liée l'histoire des appareils *fumivores*, dont la plupart sont inefficaces (voyez *Traité d'hygiène* de Proust, 2^e édit., p. 200).

B. Dès que les signes d'une pneumokoniose apparaissent, il faut conseiller à l'ouvrier de changer de profession; ce simple changement suffit souvent pour arrêter le processus morbide. Quand la sclérose s'est développée, il convient de mettre en œuvre le traitement des pneumonies chroniques.

CHAPITRE V

SYPHILIS DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON

Nous décrirons successivement : 1° la syphilis de la trachée et des grosses bronches; 2° la syphilis du parenchyme pulmonaire et des petites bronches qu'on décrit ordinairement sous le nom de syphilis du poumon.

I

SYPHILIS DE LA TRACHÉE ET DES GROSSES BRONCHES (*)

La gorge et le larynx sont les parties de l'arbre respiratoire le plus souvent frappées par la syphilis; les lésions syphilitiques de la trachée et des bronches sont beaucoup plus rares; quand ces dernières se développent, elles sont habituellement consécutives à des lésions pharyngo-laryngées, et on peut établir comme loi que la syphilis des voies respiratoires suit ordinairement une marche descendante.

Pourtant, il est des cas où la trachée et les bronches sont primitivement frappées par la syphilis, et cette particularité donne déjà un réel intérêt à la description de la syphilose trachéo-bronchique. Cet intérêt s'accroît encore si

(*) WORTHINGTON, Syphilitic Tracheitis; *Medico-chir. Transactions*, t. XV, Londres, 1842. — CHARNAL, Rétr. cicatr. de la trachée; *Th. de Paris*, 1859. — BOECKEL, Rétr. syph. de la trachée, Strasbourg, 1862. — A. REY, Étude sur la syphilis trachéale; *Th. de Montpellier*, 1874. — VIERLING, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1878, p. 526. — LANCEREAUX, La syphilis des voies respiratoires; *Sem. méd.*, 1891, n° 1. — MAURIAC, La syphilis tertiaire, Paris, 1890. — JULIEN, *Traité prat. des mal. vén.*, 2^e édit., Paris, 1886. — RAYMOND, Syphilis de la trachée; *Soc. méd. des hôp.*, 1890. — SCHRÖTTER, in Zeissl, *Traité clin. et thér. des maladies vénériennes*, trad. par Raugé, 1888, Paris. — EICCHORST, *Path. int.*, trad. française, Paris, t. IV, p. 651. — WRIGHT, Tracheal syphilis with a report of two cases, *New York medic. Journal*, 15 juin 1891. — GOUGUENHEIM, Rétrécissement de la trachée et de la bronche droite d'origine syphilitique, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, février 1886. — A. LECUREUIL, Étude clinique de l'adénopathie péri-trachéale syphilitique et de la syphilis tertiaire de la trachée; *Thèse de Paris*, 1890. — FAVRAUD, Rétrécissement syphilitique des bronches; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 mai 1891. — OESTREICH, Rétrécissement syphilitique des bronches; *Berl. klin. Wochenschr.*, n° 44, p. 1008, 29 oct. 1894. — HANTZEL, Gomme circonscrite de la trachée; *Wiener klin. Wochenschr.*, 20 octobre 1898.

On songe que les lésions syphilitiques de la trachée et des bronches sont incomparablement plus graves que celles de la gorge et du larynx; si on ne les diagnostique de bonne heure, si le traitement n'est pas institué hâtivement, la syphilis rétrécit les conduits aériens; les sténoses qui en résultent sont incurables et entraînent la mort rapidement.

En 1842, Worthington publia la première observation de syphilose trachéale. Depuis, des travaux assez nombreux ont bien établi l'existence et les caractères de la syphilis de la trachée et des bronches. Nous citerons ceux de Charnal (1859), de Bœckel (1865), de A. Rey (1874). En 1878, Vierling publie une monographie complète sur le sujet; puis viennent les descriptions d'ensemble de Jullien (1886), Mauriac (1890), Lancereaux (1891).

Le chancre initial n'a jamais été observé dans la trachée et les bronches.

Syphilis secondaire. — L'existence des manifestations secondaires dans la trachée et les bronches a été longtemps contestée; mais elle est aujourd'hui admise, et même, s'il faut en croire certains auteurs, la syphilis secondaire de la trachée et des grosses bronches ne serait pas aussi rare qu'on le dit.

D'après Lancereaux, elle est caractérisée par des hyperhémies disséminées de la muqueuse, sous forme de taches rouges violacées, accompagnées d'un exsudat légèrement saillant, appelé à disparaître au bout d'un certain temps sans laisser de traces. John Schnitzler dit avoir constaté dans plusieurs cas un état catarrhal de la trachée et des bronches contemporaines des syphilides laryngées. Seidel et Mackenzie ont diagnostiqué par le laryngoscope des plaques muqueuses de la trachée. D'après M. Potain, cette bronchite syphilitique, plus commune qu'on ne l'admet généralement, favoriserait le développement de la tuberculose au cours de la période secondaire de la syphilis.

Quoi qu'il en soit, on voit des sujets syphilitiques, à la période secondaire, se plaindre de chatouillement trachéal, de toux, d'expectoration, symptômes qui disparaissent rapidement sous l'influence du traitement antisiphilitique.

Syphilis tertiaire. — En réalité, les lésions syphilitiques intéressantes de la trachée et des bronches sont celles qui surviennent à la période tertiaire.

Ces lésions tertiaires sont assez précoces; elles apparaissent de 4 à 6 ans après le chancre; quelquefois beaucoup plus tôt: 9 mois (Prengrueber), ou 12 mois (Moissenet) après le chancre.

Une irritation antérieure de la trachée et des bronches serait une cause prédisposante, une cause qui appellerait la localisation du processus sur ces parties.

Siège. — La syphilis tertiaire frappe avec une prédilection marquée les deux extrémités du tube trachéal, c'est-à-dire la région sous-cricoidienne, et le bout inférieur au niveau de la bifurcation de la trachée; c'est ce dernier siège qui est de beaucoup le plus fréquent, et l'on en devine aisément les graves conséquences.

Sur les bronches, la syphilis est plus rare; les lésions siègent ordinairement à leur origine, au voisinage de la bifurcation, si bien que l'ensemble de la zone de bifurcation trachéo-bronchique constitue la région la plus habituellement frappée. Dans un cas observé récemment par Favraud, chez une femme de soixante-treize ans, il existait un rétrécissement annulaire intéressant les bron-

ches gauche et droite à leur point d'origine; les deux grosses bronches, à partir de la bifurcation, étaient transformées, sur une longueur de 5 à 6 millimètres, en un cylindre à lumière étroite et à parois fibreuses; dans un autre, dû à Oestreich, la bronche gauche, envahie dans toute son étendue, était rétrécie au point d'admettre à peine la branche d'une paire de ciseaux fins. D'autres fois, et Wirchow en a cité des exemples, les lésions bronchiques siègent plus loin, à 2 ou 3 centimètres de la bifurcation.

Caractères des lésions. — Le syphilome tertiaire est circonscrit ou diffus. Quelle que soit sa forme, les phases qu'il traverse sont les mêmes. A la phase d'infiltration, on observe soit un gonflement circonscrit dont le volume est comparable à celui d'une lentille, d'un pois, d'une noisette (ce sont de véritables gommages à l'état cru); soit un gonflement diffus, sous forme de larges traînées irrégulières, constitué par une agglomération de petites gommages indurées, au pourtour desquelles la muqueuse s'injecte et s'œdématie. Le processus n'est pas du reste limité à la muqueuse et à la sous-muqueuse; il peut s'étendre plus loin, frapper les membranes fibreuses, les couches musculaires et les cartilages qui deviennent le siège d'une sclérose spéciale (Lancereaux et Dubar), et même envahir les organes voisins: l'œsophage, l'aorte, les nerfs récurrents.

Ces infiltrats syphilomateux, nodulaires ou diffus, sont voués à l'ulcération, qui est la deuxième phase du processus. Les ulcérations sont superficielles, si le processus est lui-même superficiel; elles se présentent alors comme des pertes de substance à bords irréguliers, indurés, avec un fond gris jaunâtre; elles laissent à leur suite des cicatrices peu profondes, sous forme de dépressions arrondies ou étoilées, stigmates indélébiles, mais qui n'entraînent pas la sténose du canal aérien (Lancereaux).

Mais lorsque le processus frappe les couches profondes, les ulcérations sont elles-mêmes plus profondes, et l'on observe des pertes de substance à bords taillés à pic, durs, proéminents, décollés, dont le fond est constitué par du tissu gommeux de couleur grisâtre ou jaune orangé. Parfois, le fond est constitué par les cartilages malades ou un ganglion scléro-gommeux. La forme des ulcères est souvent circonscrite, annulaire. Autour d'eux, la muqueuse est inégale, œdémateuse, injectée, rouge sombre ou jaune pâle. Schrötter a vu cette muqueuse végéter et donner de véritables papillomes en crête de coq. Puis les ulcérations se détergent, bourgeonnent et il se forme un tissu de cicatrice; et ce processus de cicatrisation et de réparation s'accompagne habituellement de rétrécissement du conduit trachéo-bronchique (5^e phase). On voit des brides fibreuses dirigées dans tous les sens, obliques, longitudinales, annulaires ou en collier, des amas sclérotiques, d'aspect chéloïdien, reproduisant l'apparence des colonnes charnues du cœur. Parfois les brides cicatricielles traversent la cavité d'une paroi à l'autre et forment un treillage qu'une petite quantité de sécrétion suffit à oblitérer (Schrötter). Le rétrécissement qui résulte de ces lésions est quelquefois poussé si loin qu'il laisse à peine passer une plume d'oie. Il est rare que la coarctation soit assez régulière pour former un diaphragme percé au centre; presque toujours elle est latérale, irrégulière, inégale, étagée sur une hauteur de 5 à 7 centimètres. Quand la lésion siège sur les bronches, le rétrécissement peut aller jusqu'à l'oblitération complète; comme dans toutes les sténoses trachéo-bronchiques, on trouve une dilatation du conduit au-dessus et au-dessous du point rétréci; la dilatation supérieure est due aux forces inspiratrices; la dilatation inférieure est due aux forces expiratrices.

Les cartilages, avons-nous dit, sont presque toujours atteints secondairement dans ce processus. Mais, d'après Lancereaux, il existe aussi une *chondrite* et une *périchondrite tertiaires primitives*, sans lésion préalable de la muqueuse et de la sous-muqueuse; dans ce cas, les parois trachéales s'indurent, s'affaissent et arrivent à constituer un tube rigide et rétréci dans une étendue qui peut être de plusieurs centimètres.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont presque toujours malades. Tantôt ils sont pâles, grisâtres, tuméfiés et indurés; ce sont des ganglions proprement syphilitiques. Tantôt ils sont rouges, injectés, tuméfiés, mous et friables; ce sont des ganglions simplement enflammés par des infections secondaires.

Dans les poumons, on peut trouver divers ordres d'altérations. Fréquemment on observe des lésions scléro-gommeuses analogues à celles que nous décrivons plus loin: il est visible alors que le processus tertiaire s'est propagé des bronches au parenchyme pulmonaire péribronchique. Si une bronche est oblitérée, on peut observer du collapsus atelectasique dans le territoire de cette bronche. Enfin on rencontre encore dans le poumon, soit des altérations accidentelles (broncho-pneumonie suppurée et gangreneuse), ou des lésions asphyxiques (congestion, œdème, ecchymoses sous-pleurales) quand le malade a succombé avec des crises de suffocation. La syphilose trachéo-bronchique s'associe le plus ordinairement et par ordre de fréquence: avec la syphilose pharyngo-laryngée, avec la syphilose pulmonaire, avec des lésions spécifiques du testicule, du foie et de la rate.

Symptômes. — Dans la syphilose trachéo-bronchique *primitive* que nous prendrons pour type de notre description clinique, le début du mal est insidieux. Le malade tousse, se plaint d'une gêne légère de la respiration, et présente le tableau d'une bronchite subaiguë ou chronique avec des périodes d'exacerbation. Cependant quelques phénomènes insolites viennent attirer l'attention du médecin; c'est surtout une sensation de corps étranger, de constriction, d'étranglement, de douleur profonde *siégeant derrière la partie supérieure du sternum*; puis le caractère de la respiration, qui devient bruyante et s'accompagne d'un sifflement à l'inspiration; enfin une dyspnée continue, mais qui est très aggravée par un effort, et qui est sujette à des paroxysmes sous forme d'accès revenant surtout la nuit.

Pendant que tous ces troubles s'établissent, la toux est sèche ou accompagnée d'une expectoration insignifiante: plus tard, la toux devient humide et l'expectoration plus abondante est muco-purulente ou muco-sanguinolente; l'atténuation des troubles fonctionnels qui se produit alors s'explique par l'ulcération du syphilome qui fait disparaître, pour un certain temps, les effets de la sténose trachéo-bronchique.

Cette amélioration ne dure guère, et, bientôt, la dyspnée reprend des proportions inquiétantes; l'inspiration est difficile, bruyante, siffilante; et finalement le *cornage trachéal* s'établit; alors les accès de suffocation se multiplient, prennent la première place dans le tableau clinique; et le malade succombe, tantôt brusquement dans un accès de suffocation, tantôt lentement par les progrès de l'asphyxie. Il importe de noter que, pendant cette évolution, la voix reste normale ou à peu près.

Les *signes physiques* donnent beaucoup moins de renseignements que les troubles fonctionnels. En cas de syphilis trachéale, le *laryngoscope* permet de

voir la lésion si elle siège dans la région sous-cricoïdienne; si elle siège plus bas, la découvrir avec le miroir est chose presque impossible; cependant Semon et Moure ont réussi à voir une lésion située très bas.

Si l'on palpe la trachée, on peut la trouver dure et peu mobile. Demarquay a attiré l'attention sur deux signes dont on s'accorde à reconnaître l'importance: *l'abaissement du larynx et son immobilité pendant la déglutition et la phonation*.

L'auscultation ne permet de percevoir habituellement que les bruits dus à la propagation, à la dissémination du cornage sur tout l'arbre aérien. Parfois on perçoit des râles sibilants et ronflants, et, dans le cas de Moissenet, la trachéo-syphilose se présenta comme une violente bronchite. On peut entendre aussi un bruit de drapeau dû à des lambeaux de muqueuse, à des fragments de cartilage retenus par un pédicule, qui flottent dans la trachée. Quand la trachéite s'accompagne de lésions du médiastin, on peut percevoir, comme dans toutes les médiastinites, le pouls paradoxal (pouls qui faiblit et disparaît dans les fortes inspirations).

Dans la syphilose limitée aux bronches, dont M. Worms a rapporté un bel exemple, les signes sont ceux d'un catarrhe simple, accompagné d'une sensation de gêne et de constriction au-dessous du manubrium sternal, et d'un sifflement inspiratoire dont le maximum est thoracique et unilatéral. Du côté malade, la respiration est éteinte; la toux et l'expectoration sont celles de la bronchite. Si la mort subite, qui est fréquente en pareil cas, n'interrompt pas la marche de la maladie, on voit s'établir la fièvre hectique, et la maladie prend le masque de la tuberculose.

Complications. — La mort est causée le plus souvent, soit par un violent accès de suffocation, soit par l'asphyxie lente qu'engendrent les progrès de la sténose. Mais d'autres complications peuvent entraîner la terminaison fatale. La congestion et l'œdème aigus du poumon, la broncho-pneumonie suppurée, la gangrène pulmonaire s'observent assez fréquemment dans la syphilis trachéo-bronchique. Plus rarement la mort est le fait d'une *perforation* des voies respiratoires. Wilkis et Kelly ont vu l'ulcération perforer l'aorte et l'artère pulmonaire et causer la mort par hémorragie. La perforation peut se faire aussi dans le médiastin, où il se produit alors des abcès ou de la gangrène, avec ouverture possible de l'œsophage ou de la veine cave. Ces perforations s'observent surtout dans certains cas où l'ulcération tertiaire trachéo-bronchique marche de telle façon qu'on a prononcé le nom de *phagédénisme syphilitique trachéo-bronchique*; il se produit des poussées gommeuses, incessamment renouvelées et détruites, qui, comme toutes les lésions phagédéniques, s'étendent en surface (phagédénisme serpigneux) ou en profondeur (phagédénisme térébrant).

Pronostic. — Le pronostic dépend de divers facteurs. Si on a le bonheur de reconnaître la nature du mal dès le début, avant la période ulcéreuse, avant que l'infiltration soit profonde, un traitement mercuriel et ioduré énergique peut faire résoudre presque complètement le syphilome sans qu'il reste de sténose même lorsque, comme dans un cas dû à Hantzel, il s'agit d'une gomme obstruant presque complètement la cavité trachéale. Mais, après l'ulcération, surtout si le processus est profond, la sténose se produit et reste irrémédiable. Tout dépend alors du degré et surtout du siège de la lésion. Si le rétrécissement est sous-cricoïdien, la trachéotomie peut sauver le malade; s'il siège,

comme c'est malheureusement le cas le plus ordinaire, au niveau de la bifurcation, la mort est presque fatale.

Le pronostic est donc très grave. Rappelons ici que le médecin ne devra pas se laisser tromper par l'accalmie qui résulte de l'ulcération lorsque celle-ci rétablit pour quelque temps le calibre de la trachée; l'asphyxie ne s'arrête que pour frapper plus fort après.

L'éventualité des complications mortelles que nous avons énumérées plus haut aggrave encore le pronostic.

Diagnostic. — Quand le tableau symptomatique que nous venons de tracer s'observe, comme c'est le cas le plus ordinaire, chez un sujet dont la gorge et le larynx ont déjà été ravagés par la syphilis, on conservera peu de doutes sur le diagnostic. — Mais si la gorge et le larynx sont indemnes, le diagnostic est alors fort difficile. Il faut évidemment s'enquérir des antécédents des malades; mais, même lorsque cette recherche donne des résultats négatifs, il ne faut pas se hâter d'écarter la syphilis. Tant de sujets, surtout dans la classe pauvre, ont eu la syphilis sans s'en douter!

Il est quelquefois assez malaisé de distinguer un rétrécissement trachéal d'un rétrécissement laryngé; cette distinction est pourtant d'une importance capitale pour apprécier, en cas de suffocation, l'opportunité d'une trachéotomie. Gehrardt indique, pour arriver au diagnostic, les signes suivants. Quand le rétrécissement occupe le larynx, le malade, pour faciliter la respiration renverse la tête en arrière, tandis qu'il la rapproche du menton, lorsqu'il est atteint d'une sténose trachéale, afin de détendre la trachée et d'élargir le conduit rétréci; de plus, lorsqu'on applique les doigts au niveau de l'échancrure sternale, on perçoit en cas de rétrécissement laryngé, aux deux temps de la respiration et toujours avec prédominance à l'inspiration, un bruit strident qui est remplacé, lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement de la trachée, par un frémissement exclusivement expiratoire.

La douleur constrictive rétro-sternale, le cornage, la conservation de la voix et l'intégrité du larynx, l'abaissement du larynx, permettront d'affirmer qu'il existe un rétrécissement trachéal. Avant d'en rechercher l'origine, on écartera : 1° l'anévrysme de l'aorte et des grosses artères qui peut donner lieu au cornage par compression de la trachée ou paralysie des récurrents, mais dont l'existence est révélée par des symptômes propres; 2° les tumeurs du médiastin et de la base du cou qui peuvent provoquer du cornage par le même mécanisme, mais qui se distingue par l'œdème de la face et du cou, la dysphagie, les laryngoplégies, la toux coqueluchoïde; 3° la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, qui donne lieu à du cornage, mais qu'on reconnaît à l'examen laryngoscopique.

Quand on a acquis la certitude qu'il y a un rétrécissement de la trachée dû à une lésion intrinsèque, on ne peut l'attribuer qu'à la syphilis, au cancer, à la tuberculose ou à la morve. Mais le cancer primitif de la trachée est extrêmement rare; on ne doit y penser qu'en dernier lieu. La tuberculose ne sera pas méconnue si l'on recherche les bacilles dans les crachats. Quant à la morve, exceptionnelle chez l'homme, elle se reconnaît par les commémoratifs, et les lésions des fosses nasales et de l'arrière-gorge.

Hérédo-syphilis trachéo-bronchique. — Les lésions trachéo-bronchiques peuvent s'observer dans la syphilis héréditaire; elles ne diffèrent en rien de

celles qu'on rencontre dans la syphilis acquise, comme en témoignent les cas de Raffinesque, de Stürger, de Woronichin.

Traitement. — L'administration du mercure et de l'iodure de potassium est formellement indiquée dans tous les cas, même dans les sténoses cicatricielles les mieux confirmées, car on ne sait jamais si le processus gommeux s'est complètement arrêté, s'il ne se produit pas, au-dessus et au-dessous de l'ancienne lésion, des néoplasmes jeunes et encore susceptibles d'être guéris par les spécifiques. Les fumigations émollientes ou mercurielles, les pulvérisations de liqueur de Van Svieten ne doivent inspirer qu'une médiocre confiance.

La *trachéotomie* est indiquée toutes les fois que, le malade étant menacé d'asphyxie, on a des raisons de croire que le rétrécissement est localisé au niveau des premiers anneaux de la trachée. Quand le rétrécissement est situé plus bas, il n'y a presque rien à espérer; cependant on a tenté, avec ou sans trachéotomie préalable, d'appliquer le dilatateur à 4 valves de Demarquay, ou de faire le tubage et la dilatation progressive de la trachée à l'aide d'une grosse sonde en métal ou en caoutchouc durci. Ces pratiques peuvent prolonger les jours du malade.

II

SYPHILIS DU POU MON ET DE LA PLÈVRE

La syphilis du poumon, soupçonnée par Ambroise Paré, a été décrite par Astruc, au XVIII^e siècle, sous le nom de *phtisie vérolique*. Son existence a été ensuite contestée par les anatomistes du commencement du XIX^e siècle; mais les travaux de MM. Lagneau, Landrieux, Lancereaux, A. Fournier, Gamberini, l'ont définitivement et formellement démontrée. Puis, les recherches de MM. Cornil, Malassez, Brissaud, Colomiatti, ont apporté des documents sur la structure microscopique du syphilome pulmonaire.

Plus récemment, des descriptions d'ensemble ont été écrites, en Allemagne par Pancritius, en France par MM. Jullien, Mauriac, Dieulafoy (1).

D'autre part, en 1851, Depaul signala des lésions spécifiques du poumon chez le *nouveau-né* syphilitique; et les travaux ultérieurs de Ch. Robin et Lorain, de Lebert, de Virchow, de Parrot, de H. Roger, de MM. Balzer et

(1) LAGNEAU, Maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis; *Ann. des mal. de la peau*, 1851, p. 100. — LANDRIEUX, Pneumopathies syphilitiques; *Thèse de Paris*, 1872. — LANCEREAUX, Affections syphilitiques des voies respiratoires; *Arch. de méd.*, 1879, et *Leçons de clinique médicale*, 1891. — MALASSEZ, MAUNOIR, MAUNOURY, *Société anatomique et Progrès méd.*, 1875 et 1876. — COLOMIATTI, *Giornale ital. delle mal. ven.*, 1878. — A. FOURNIER, De la phtisie syphilitique, *Gazette hebdom.*, 1875 et 1875, et *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1878-1879. — PANCITIUS, *Syphilis du poumon. Monographie*, Berlin, 1881. — G. SÉE et TALAMON, *Maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poumon*, Paris, 1885. — JULLIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes*, 2^e édit., Paris, 1886, p. 964 et 1151. — MAURIAU, *La syphilis tertiaire*, Paris, 1890. — DIEULAFOY, *Leçons sur la syphilis du poumon et de la plèvre*, recueillies par F. Widal; *Gaz. hebdom.*, 1889, et *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898. — CARLIER, *Thèse de Paris*, 1882. — JACQUIN, *Thèse de Paris*, 1884. — ROUBLEFF, *Thèse de Paris*, 1891. — HASLUND, Syphilis du poumon; *Med. Record*, analysé dans la *Gaz. des hôpit.*, 1891, n° 159, p. 1577. — RUBINO, Contributo a la casuistica della sifilide pulmonale; *Rivista clinica e terapeutica*, avril 1892.