

férence, tandis que l'autre disparaît. Sans cesse en évolution, elle change d'aspect d'un jour à l'autre. Des plaques voisines s'unissent souvent, dessinant des sinuosités, des festons. En grandissant, les lésions tendent à se porter vers la ligne médiane et la base de la langue, tandis que leur concavité regarde vers les bords ou la pointe de l'organe.

Au toucher, les plaques desquamées sont quelquefois légèrement épaissies et indurées. La langue, parfois variqueuse et œdématiée, garde souvent sur ses bords l'empreinte des dents, ainsi que la muqueuse buccale, dont la coloration est plus vive.

Nul trouble fonctionnel n'accompagne ces lésions; tout au plus la sensibilité est-elle à leur niveau légèrement exaltée.

Quand la plaque desquamée est arrivée au terme de son développement, le bourrelet qui l'entoure s'efface graduellement, sa coloration rouge s'atténue: la muqueuse reprend son aspect normal.

Les lésions de la glossite exfoliatrice marginée sont d'ordinaire multiples et se présentent aux divers aspects de leur évolution; certaines, à peine ébauchées, coexistent avec d'autres plus ou moins étendues.

Formes. — Il existe d'autres formes de desquamation aberrante, reliées au type fondamental par des transitions insensibles.

Dans le *type géographique* de Bergeron, ou à *découpures nettes* de Gautier, la circination est remplacée par une ligne dentelée qui sépare l'aire desquamée de la portion restée saine; la bordure ne forme pas de bourrelet appréciable; la lésion semble peu mobile.

Guinon a décrit une forme à *bords diffus* où un seul élément, sans limites nettes, sans bords saillants, occupe la ligne médiane de la face dorsale de la langue.

Quand les aires desquamées accompagnent des malformations congénitales ou acquises, elles sont souvent douloureuses: ces cas répondent à la *glossodynie exfoliatrice* de Kaposi.

Évolution. — La glossite exfoliatrice marginée évolue par poussées successives, qui se produisent souvent à l'approche des règles. Les maladies aiguës, les grandes pyrexies en particulier, font disparaître les lésions, passagèrement ou pour toujours.

L'affection dure de quelques mois à un grand nombre d'années. Elle guérit spontanément chez les enfants vers cinq ou six ans. Au-dessus de cet âge, sa durée est illimitée; mais l'affection est toujours absolument bénigne.

Lésions. — Au niveau des plaques, le derme n'est pas sensiblement altéré. L'épithélium ne disparaît jamais complètement et laisse au moins une couche mince au sommet des papilles.

On n'a trouvé, au niveau des plaques desquamées, que des parasites d'ordre banal.

Diagnostic. — Le véritable *eczéma de la langue* diffère de la desquamation en aires; la muqueuse eczémateuse est fort rouge, parfois un peu sèche, parfois très enflammée, tuméfiée, fort douloureuse; les troubles fonctionnels sont des plus marqués.

Les *plaques leucoplasiques*, d'un blanc nacré, sans liséré, ni figuration spéciale, sont absolument immobiles.

L'enduit blanchâtre du *muguet* se détache facilement; on y découvre facilement au microscope les spores et le mycélium du *saccharomyces albicans*.

Dans le *lichen plan buccal*, des plaques ou des traînées blanchâtres et sans liséré coïncident avec d'autres éruptions caractéristiques.

Les syphilides linguales ressemblent parfois à la glossite exfoliatrice marginée. Mais les *plaques muqueuses érosives*, dépourvues de liséré périphérique, blanchâtres, sont souvent exulcérées et douloureuses; elles ne progressent pas. Les *plaques lisses*, « fauchées en prairies », sont parfois d'un diagnostic très difficile; leur plus grande fixité, les antécédents du malade, l'efficacité du traitement spécifique, jugeront la question.

La *langue montagneuse* ou *scrotale*, d'origine congénitale, est parcourue par des sillons sinueux, très profonds, entrecroisés.

Traitement. — La glossite exfoliatrice marginée guérissant spontanément chez l'enfant, n'étant douloureuse que par exception chez l'adulte et toujours étant une extrême bénignité, ne nécessite pas une énergique intervention thérapeutique.

Traitement général. — Il ne faudra pas négliger les indications causales. Aux enfants débilités, rachitiques, syphilitiques, dyspeptiques, on prescrira une médication interne appropriée. On soignera le tube digestif des adultes. L'emploi de l'arsenic, recommandé par Vanlair et L. Brocq, semble justifié par la nature exclusivement épithéliale et desquamative de l'affection.

Traitement local. — On recommandera au malade de soigner ses dents et de se laver régulièrement la bouche, surtout après le repas. S'il s'agit d'un adulte faisant des excès ou que ses lésions linguales font souffrir, on lui conseillera de s'abstenir de tabac, d'alcool, de mets trop épicés.

Pendant les poussées aiguës douloureuses, la médication locale consistera en bains de bouche tièdes avec une décoction de guimauve et pavot alcalinisée avec le borate ou le biborate de soude.

Lorsque l'affection présente un caractère torpide, on peut essayer la médication sulfureuse. Unna conseille aux malades de se rincer la bouche, trois fois par jour, après un nettoyage minutieux, avec le collutoire suivant:

Eau sulfureuse	}	āā	100 grammes.
Eau de menthe			
Fleur de soufre	}	āā	20 —
Sirop simple			
Gomme			2 —

Agiter avant de s'en servir.

puis de décanter le dépôt de soufre qui se sera formé pendant cette opération et de s'en frotter la langue avec une brosse à dents très douce.

Ce traitement peut ne pas être sans inconvénient. On peut lui substituer les eaux minérales sulfureuses en bains de bouche et en pulvérisations.

L'eau oxygénée a été employée par Colleville en badigeonnages associés à la faradisation.

FERNAND TRÉMOIÈRES.

GLOTTE (ŒDÈME). — Infiltration séreuse et, dans certains cas, séro-purulente de la région glottique. La muqueuse laryngée est relativement peu adhérente aux tissus sous-jacents, dont elle est par endroits séparée par une couche

cellulaire qui se laisse facilement infiltrer. Cette laxité de la muqueuse au niveau des replis aryéno-épiglottiques, des aryénoïdes et des cordes vocales fait que ces parties sont déformées et distendues au moindre prétexte, local ou général, d'infiltration séreuse.

Cette infiltration peut être *sus-glottique*, *glottique* ou *sous-glottique* ou trachéale. L'œdème dit de la glotte n'est donc qu'une variété d'œdème laryngé. C'est le plus souvent au-dessus de la glotte que se forment les infiltrations, soit parce que cette région est la plus mobile, la plus active, celle où les stases se produisent le plus aisément, soit aussi parce qu'elle est le plus souvent atteinte par les congestions actives.

A l'examen laryngoscopique, la muqueuse est boursoufflée, pâle ou rouge selon les cas. La région épiglottique peut seule être affectée, et l'épiglotte, tendue et épaisse, apparaît comme une masse informe qui obture le vestibule de la glotte et s'oppose à tout examen. Sous l'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques, normalement assez minces et tendus, sont comme distendus, irréguliers, épais et formant de grosses nodosités. Les bandes ventriculaires sont, dans certains cas, gonflées ou chevauchent l'une sur l'autre même dans l'attitude d'inspiration. Les cordes vocales sont déformées, boudinées, et certains de leurs segments peuvent se gonfler au point de former de véritables productions polypiformes. La muqueuse trachéale se montre aussi dans le cas d'œdème sous-glottique ou d'œdème généralisé, boursoufflée au point de fermer l'orifice aérien au-dessous du plan glottique.

L'œdème laryngé peut être primitif ou secondaire; un refroidissement brusque, une brûlure, l'irritation d'un corrosif ingéré, détermineront l'apparition très rapide d'un œdème plus ou moins généralisé à toute la région glottique.

Dans d'autres cas, l'œdème vient compliquer une inflammation aiguë, variole, érysipèle, scarlatine, fièvre typhoïde, tuberculose, d'où des ulcérations, des abcès, ou encore des tumeurs cancéreuses ou autres. Dans la scarlatine ou dans la fièvre typhoïde, c'est surtout au décours de la maladie qu'apparaissent ces œdèmes.

Mais c'est surtout dans la maladie de Bright que cet œdème est fréquent, et d'autant plus dangereux qu'à l'œdème glottique s'ajoute souvent l'œdème pulmonaire et que la dyspnée a des causes multiples, toutes graves. Le diagnostic de cet œdème se fait par la recherche des signes d'insuffisance rénale, de néphrite aiguë ou chronique, scarlatineuse ou syphilitique, etc. Il y a souvent d'autres œdèmes, mais l'œdème des cordes vocales est un des plus précoces et nous savons que toute la région se prête au gonflement sous-muqueux. L'œdème glottique, surtout au cours de néphrites chroniques, peut être très lent à se manifester cliniquement. En thèse générale, il y a presque toujours un peu d'œdème chez les brightiques et l'examen laryngoscopique permet souvent d'attirer l'attention sur un état brightique latent par ses autres symptômes. L'œdème des malléoles, l'œdème des paupières, sont généralement moins précoces que l'œdème laryngé. Il n'est pas le premier symptôme de l'état brightique, mais quand il prend une forme vive, intense, il est le premier symptôme qui, par lui-même, attire l'attention du malade et du médecin, bien que l'investigation clinique ait pu trouver, dès lors, d'autres petits signes, entre autres l'œdème léger et inoffensif de la région glottique.

En même temps que cet œdème léger du larynx, mais beaucoup plus apparent, existe presque toujours l'œdème de la luette et du voile du palais, et parfois des poussées brusques d'œdème, avec gêne de la déglutition, etc. Chez les goutteux, la poussée d'œdème aigu du voile peut être énorme, douloureuse, avec dysphagie, suffocation. Quand s'y adjoint l'œdème laryngé, la situation du malade devient immédiatement des plus précaires. Dans certains cas, l'œdème palatin et glottique ne sont qu'une poussée d'origine nerveuse, atteignant le nez et les parties supérieures de l'appareil respiratoire, pouvant se résoudre en hydropnée comme dans l'asthme des foins, ou rester à l'état d'œdème sous-muqueux.

Certaines angines aiguës, d'ailleurs souvent compliquées de néphrite, scarlatineuses ou autres, s'associent de vives poussées d'œdème pharyngé et souvent glottique.

Ces œdèmes brightiques peuvent durer des semaines; dans ces cas, ils s'associent à des œdèmes pulmonaires assez fréquemment, ou encore à des épanchements pleuraux.

Chez les syphilitiques, l'œdème laryngé appartient surtout à la période tertiaire, mais certaines ulcérations secondaires du larynx peuvent néanmoins devenir le point de départ de brusques poussées d'œdème. Toutes les lésions tertiaires du larynx peuvent rapidement se compliquer d'œdème, surtout quand il y a néphrite chronique. Certains œdèmes des cordes vocales gonflent subitement de productions granuleuses au point d'en faire de grosses masses polypiformes qui obturent la lumière glottique.

La voix est généralement éteinte dans l'œdème glottique; le principal symptôme est la dyspnée, tantôt lente, tantôt rapide.

Sauf dans le cas où l'œdème est très apparent au niveau du pharynx et du voile du palais, le diagnostic d'œdème de la glotte ne peut se faire que par l'examen laryngoscopique. Certains de ses symptômes lui sont communs avec les polypes du larynx, l'abcès rétropharyngien, l'asthme et la laryngite striduleuse, l'anévrisme de la crosse de l'aorte, le croup, et même le spasme de glotte (v. c. m.).

Traitement. — Dans les cas très graves, il faut, sans tarder, pratiquer le tubage et même la trachéotomie, faire des émissions sanguines au niveau du cou, appliquer des sangsues, des compresses très chaudes, prescrire des gargarismes chauds, scarifier les parties trop saillantes, maintenir la langue en avant, de façon à redresser l'épiglotte et à tendre les replis aryéno-épiglottiques.

Traiter la néphrite quand elle est cliniquement reconnue; déchlorurer, et, en cas de syphilis, appliquer le traitement intensif, sans retard. PIERRE BONNIER.

GLOTTE (SPASME). — Contraction tonique des adducteurs et constricteurs de la glotte, qui peut durer de quelques secondes à un temps suffisant pour amener la suffocation.

Elle peut être provoquée par une irritation d'un des récurrents (tumeur du médiastin, anévrisme de l'aorte, ganglions cancéreux ou tuberculeux). L'action sphinctérielle qui ferme la glotte se produit par l'irritation d'un seul récurrent, et l'anneau musculaire se contracte en masse dans l'effort et dans le spasme.

Une irritation plus superficielle détermine aussi, mais par voie réflexe, le spasme glottique. C'est ce qui se passe dans le croup, dans le faux croup, dans l'œdème de la glotte, dans certaines ulcérations douloureuses du vestibule glottique, intervention thérapeutique, fausse déglutition, aspiration de gaz irritants. De même pour des irritations centrales, comme dans le tabes, la tétanie et dans le cas de troubles nucléaires des centres bulbaires de l'occlusion glottique, et il s'agit le plus souvent dans ce dernier cas de spasme idiopathique de l'enfance, d'accidents syphilitiques héréditaires (Dieulafoy).

Ce spasme glottique des enfants apparaît brusquement comme le faux croup, comme l'asthme infantile dans certains cas, comme une crise comitiale. C'est une convulsion tonique de la glotte, le plus souvent sans prodromes. C'est un degré de plus que la constriction glottique du faux croup, c'est la fermeture complète de la glotte, avec angoisse extrême, asphyxie, cyanose, sueurs profuses, affolement du cœur; la respiration est suspendue, puis la scène change rapidement, et, après quelques secondes de suspension absolue de la respiration, la constriction cesse, le calme reprend subitement, l'enfant respire normalement, terminant sa crise par une sorte de cri qui rappelle celui par lequel commence quelquefois la crise comitiale. La crise est d'ailleurs une épilepsie glottique, symptomatique d'une lésion probable des centres.

Les crises, dans certains cas, se répètent d'assez près, et la crise peut durer plus d'une heure. Les crises vont se rapprochant et deviennent très fréquentes, sans que l'enfant semble souffrir dans sa santé générale. Mais il semble aussi que, plus tard, la lésion centrale gagne des noyaux voisins de ceux du spinal, car le malade tombe bientôt dans le marasme et la consomption. La maladie peut durer plusieurs mois, mais elle peut aussi évoluer rapidement. Le pronostic est mauvais, car tout paraît indiquer que les phénomènes laryngés ne sont que le symptôme glottique d'une affection des centres bulbaires inférieurs, affection probablement spécifique.

Cette forme de spasme frappe en général les très jeunes sujets de quelques mois; la laryngite striduleuse survient plus tard et l'enfant résiste mieux. Le spasme de la glotte, symptomatique et essentiel, paraît donc d'autant plus grave que le sujet est plus jeune, soit par l'intensité du phénomène, soit par la moindre résistance de l'organisme à l'asphyxie.

Traitement. — En présence du spasme glottique, quel qu'il soit, la première chose à faire est d'essayer d'obtenir que le malade, qui, dans son effarement, cherche à prendre l'air par la bouche, ferme au contraire la bouche, et s'efforce de respirer par le nez. Il suffit parfois d'imposer une seconde le type normal de la respiration, le type nasal, pour faire subitement cesser le désarroi fonctionnel et avec lui le spasme. Dans les manœuvres locales de la pratique laryngologique, le spasme survient assez facilement chez certains sujets, et ce procédé réussit presque invariablement pour couper le trouble laryngé dans sa racine. Les aspersion d'eau froide, les frictions sur le corps agissent aussi par réaction. Le titillement de la luette peut aussi, dans certains cas, faire subitement tomber le spasme. De même la douche d'air dans les trompes par la poire à insufflation.

Le traitement général de l'irritabilité nucléaire, le traitement local du nez

et du larynx dans certains cas de végétations adénoïdes qui peuvent par réflexe produire ce spasme, ainsi que l'irritation profonde des conduits auriculaires, le traitement spécifique dans le cas de syphilis héréditaire, seront entrepris sans tarder. Tubage ou trachéotomie.
PIERRE BONNIER.

GLYCOSURIE. — V. DIABÈTE et GROSSESSE (TOXÉMIES).

GOÏTRE. — V. THYROÏDE (TUMEURS BÉNIGNES).

GOÏTRE ET GROSSESSE. — La femme enceinte peut présenter soit un goitre simple, soit un goitre avec syndrome de Basedow.

L'influence des organes génitaux sur le corps thyroïde et réciproquement est connue depuis longtemps; le corps thyroïde augmente de volume d'abord au moment de la puberté, puis lors des premiers rapprochements sexuels.

La grossesse et l'accouchement agissent fréquemment dans le même sens, mais surtout chez les femmes ayant un corps thyroïde déjà malade, prédisposées au goitre par hérédité ou par leur naissance dans un pays à endémie goitreuse.

Chez quelques-unes il existait déjà avant la grossesse un goitre léger, chez d'autres les lésions thyroïdiennes étaient latentes. Dans quelques cas très rares, on a observé des thyroïdites suppurées.

Le plus souvent l'hypertrophie thyroïdienne disparaît ou diminue sitôt après l'accouchement, et à aucun moment elle ne met en danger l'existence des malades; mais il n'en est pas toujours ainsi: le goitre par son développement énorme et surtout par sa situation anatomique (goitre plongeant) peut quelquefois comprimer la trachée et donner lieu à des accidents d'asphyxie parfois mortels.

Conduite à tenir. — En présence d'un goitre simple existant chez une femme enceinte et n'ayant pas de tendance à se développer, il n'y a rien à faire.

Mais si le goitre menace l'existence, que faut-il faire? Certains auteurs ont, dans des cas semblables, provoqué l'accouchement. Nous ne conseillons pas de les imiter, car on s'expose à faire une besogne inutile de par sa lenteur, indiquée seulement dans les cas de suffocation menaçante où il faudrait aller vite, inutile aussi puisque les accidents n'ont pas toujours été enrayés par l'évacuation de l'utérus.

Il faut se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie d'urgence, ou même, dans le cas où celle-ci échouerait en raison de la profondeur du siège de la compression trachéale, une intervention plus radicale, telle que l'exothyropexie, par laquelle, en attirant le corps thyroïde au-dessus du sternum et en l'y fixant, on mettrait fin aux accidents asphyxiques.
G. LEPAGE.

GOÏTRE EXOPHTALMIQUE. — Les noms de Flajani, de Graves, et surtout de Basedow, sont attachés à cette affection. Elle est caractérisée par une triade symptomatique: *goitre*, *exophtalmie*, *tachycardie*, à laquelle s'ajoute un *tremblement* spécial. Les autres symptômes sont inconstants.

Étiologie. — Le goitre exophtalmique est environ 5 fois plus fréquent

chez la femme que chez l'homme; il apparaît entre 20 à 40 ans, surtout chez des névropathes, et dans des familles de nerveux et d'arthritiques.

Les émotions violentes, les chagrins répétés, les traumatismes, et aussi les infections et les intoxications, sont les causes occasionnelles les plus fréquemment signalées; aucune d'elles cependant n'est franchement déterminante.

Symptomatologie. — Le goitre exophtalmique débute insidieusement, et se développe peu à peu.

Tachycardie. — Presque toujours, la *tachycardie* est le premier signe, tantôt à peine soupçonnée par les malades, tantôt s'accompagnant de palpitations pénibles, si violentes qu'on peut les percevoir à distance.

Cette tachycardie est permanente, mais sujette à des paroxysmes de durée et d'intensité variables. Au repos, on compte à l'ordinaire 100 à 120 pulsations par minute. Sous l'influence d'une excitation, le pouls atteint 160, 180, plus même; il devient incomptable.

Chez certains malades, le pouls n'est pas seulement rapide, il est irrégulier. Les crises paroxystiques simulent tantôt celles de l'asystolie, tantôt celles de l'angine de poitrine.

Et cependant l'examen du cœur ne donne guère la clef de ces troubles cardiaques; il est gros, parfois très gros, avec une voussure apparente.

Mais on ne perçoit aucun signe stéthoscopique anormal. Dans les cas de date ancienne, on entend parfois un souffle systolique à la pointe, sans lésion orificielle bien nette. A la base, un souffle diastolique indique plus souvent l'existence d'une insuffisance aortique concomitante. En somme, les lésions cardiaques bien caractérisées n'apparaissent qu'à une période avancée de la maladie, avec la cachexie. Lorsqu'on constate ces lésions, dès le début, elles doivent être considérées comme une coïncidence et non comme une complication.

L'érythysme vasculaire est général. Sous la main, et même à la simple inspection, le corps thyroïde se montre pulsatile, frémissant; les artères du cou battent vigoureusement et rapidement, les veines jugulaires sont saillantes; on observe des battements épigastriques, hépatiques. Et, par contraste, le pouls radial reste faible et petit; il n'y a pas d'élévation de la pression artérielle.

Goitre. — Certains malades s'aperçoivent que leur cou grossit progressivement: ils sont obligés de faire élargir leurs cols.

On a vu plus rarement le corps thyroïde atteindre un volume excessif en quelques jours. Ordinairement, le goitre se développe par poussées successives coïncidant avec une exacerbation des troubles cardio-vasculaires. Il est exceptionnel qu'il soit très gros; souvent, il faut le rechercher. Il est symétrique, ou quelquefois plus gros à droite qu'à gauche, de consistance variable, molle ou fibreuse; il frémit à chaque pulsation cardiaque.

Lorsque la tumeur s'accroît rapidement, on peut voir survenir des accidents congestifs et de graves phénomènes de compression.

Exophtalmie. — C'est peut-être le signe le moins constant de la triade basedowienne, c'est cependant le plus frappant. Les yeux saillants, largement ouverts, d'un éclat bizarre, donnent à la physionomie une étrange expression d'égarement et de dureté. L'exophtalmie n'est pas toujours symétrique; elle peut être unilatérale.

Les malades n'en sont incommodés que si elle est extrêmement accusée; ils

se plaignent alors de larmoiement; et l'on a vu survenir des ulcérations de la cornée (fig. 76 et 77).

L'exophtalmie n'est pas le seul trouble oculaire de la maladie de Basedow. Plusieurs de ces accidents sont connus aujourd'hui sous des noms spéciaux. Un des plus fréquents, appelé *signe de de Graefe*, consiste en un défaut de synergie entre les mouvements des paupières et ceux du globe oculaire: ce dernier se relève plus vite que la paupière dans le regard en haut.

On appelle *signe de Stellwag* l'allongement de la fente palpébrale et l'occlusion incomplète des yeux quand le malade croit les avoir fermés; ce n'est d'ail-

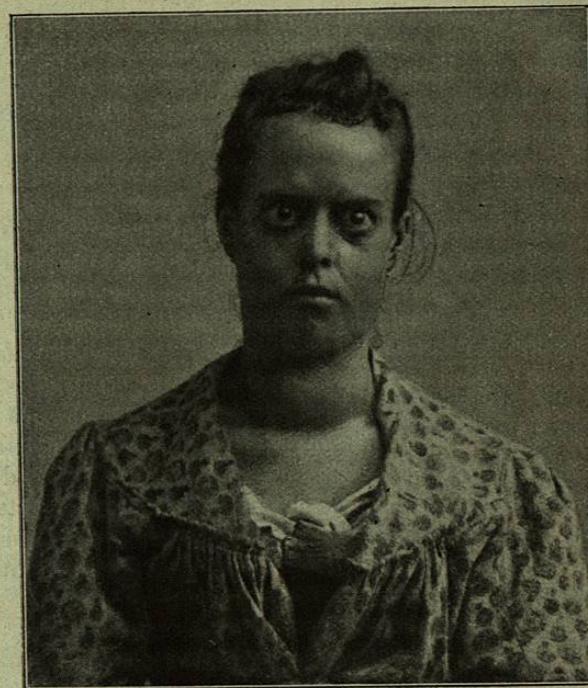


Fig. 76. — Goitre exophtalmique.

leurs qu'une conséquence de l'exophtalmie; pour la même raison, certains Basedowiens dorment les yeux ouverts, et chez la plupart d'entre eux les mouvements de nictitation sont diminués de fréquence et d'amplitude.

Enfin, le *signe de Mæbius* est la difficulté de la convergence des yeux.

Il existe encore d'autres troubles oculaires, d'ailleurs inconstants. On a signalé divers types d'ophtalmoplégie externe; mais la musculature interne de l'œil est presque toujours respectée.

L'hyperémie rétinienne est parfois une conséquence de l'érythysme vasculaire; les basedowiens voient des flammèches, des mouches volantes. Presque tous ont de la photophobie.

Quant à la fonction visuelle proprement dite, elle n'est compromise que lorsque l'exophtalmie est considérable.