

(Progr. méd., 1882). — MANTLE. Laryngite infect. rhumatismale (Brit. med. Journ., 1885). — GRANCHER. Des laryngites (Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1885). — CORNIL. Observat. de gangrène du larynx et du poumon, surtout dans le cours de la fièvre typhoïde (Journ. des conn. méd., 1885). — MASSEI. Sulla erysipela de'le laryng. (Riforma medica, 1885). — LUBLINSKY. Laryngite sèche (59^e réunion des natur. allemands, 1886). — BARTH. Laryngite infectieuse (France méd., 1886). — TISSIER. Laryngite typhoïde (Ann. mal. or. et larynx, 1887).

LARYNGITES CHRONIQUES

I. LARYNGITE CATARRHALE. — Elle succède à une laryngite aiguë de même nature, ou bien elle est la conséquence d'une pharyngite catarrhale chronique ou glanduleuse, propagée au larynx. On l'observe comme conséquence d'un certain nombre d'affections chroniques du larynx; enfin elle est fréquente chez les tuberculeux.

L'examen laryngoscopique montre une muqueuse notablement épaissie (jusqu'à 3 et 5 millimètres, Cornil et Ranvier), injectée dans certains points, grisâtre dans d'autres, et recouverte d'un liquide puriforme; on y rencontre parfois de petites ulcérations superficielles (Hering) ou des végétations qui sont le résultat de l'hypertrophie du tissu connectif sous-muqueux; en même temps l'épithélium de revêtement perd son caractère cylindrique pour devenir pavimenteux. Forster a décrit ces lésions sous le nom de dégénérescence dermoïde; c'est la laryngite hypertrophique de Peter et Krishaber (1). C'est au niveau de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et des cordes vocales supérieures que les lésions atteignent leur maximum d'intensité. Toutefois, dans ces derniers temps, Gouguenheim a pu reconnaître que les cordes vocales inférieures étaient très souvent envahies.

En diminuant la prise d'air, en modifiant les qualités de l'air inspiré, il serait possible que la laryngite catarrhale chronique prédisposât à la tuberculose pulmonaire. Certains faits cliniques peuvent assurément être interprétés dans ce sens.

II. LARYNGITE GLANDULEUSE. — Elle se distingue de la variété précédente en ce qu'elle est chronique d'emblée. Ce qui caractérise cette forme, c'est l'hypertrophie des glandules. Celles-ci font des saillies parfois volumineuses sur la surface de la muqueuse et laissent à leur place, quand elles se sont vidées, de petits cryptes que certains auteurs différencient avec soin des exulcé-

(1) Pour M. Doléris (*Arch. de physiologie*, 1878), ces différents états de la muqueuse se rattachent à la tuberculose.

rations catarrhales. Il n'est pas toujours facile de distinguer la laryngite glanduleuse de la laryngite catarrhale chronique. Plusieurs anatomo-pathologistes font même de ces deux formes une seule variété (Cornil et Ranvier).

D'après Krishaber et Peter, les troubles de la voix sont moins marqués dans la laryngite catarrhale chronique simple (lésion épithéliale et du tissu sous-muqueux) que dans la laryngite glanduleuse, où dominent les lésions glandulaires et les troubles de vascularité.

III. LARYNGITE SYPHILITIQUE. — Les altérations spécifiques du larynx ont été décrites par les plus anciens syphilographes; mais elles étaient considérées généralement comme des lésions propagées; à Bazin revient le mérite d'avoir montré que la syphilis tertiaire porte souvent d'emblée son action sur le larynx. Cusco, Gérardt et Roth, Krishaber, Sommerbrodt, Gouguenheim, ont élucidé les points essentiels de cette histoire.

La laryngite syphilitique tertiaire peut se présenter sous deux aspects principaux: 1^o la forme *hypertrophique diffuse* de Gouguenheim et Krishaber; 2^o la forme *circonscrite* ou *gommeuse*.

Dans la forme *hypertrophique*, l'épiglotte est le siège d'un gonflement diffus qui peut s'étendre jusqu'aux replis ary-épiglottiques et envahir l'intérieur de l'organe; les bords de l'opercule sont crénelés par des ulcérations peu profondes à fond grisâtre, à bord taillé à pic; celles-ci peuvent gagner la région interaryténoïdienne, mais elles n'entraînent pas de larges pertes de substance.

Cette forme assez précoce survient souvent au bout de quelques mois seulement, à dater du jour de l'infection; elle peut tuer le malade rapidement, si l'on n'intervient énergiquement, car elle peut être méconnue. Au point de vue laryngoscopique elle ressemble beaucoup à la phthisie laryngée rapide à forme hypertrophique (Gouguenheim, *Journ. de méd. de Paris*, 1882).

En pareil cas la voix est notablement modifiée par la tuméfaction des régions sus-glottiques, mais ce qui domine c'est la gêne et la douleur de la déglutition, avec retentissement parfois pénible dans les oreilles.

La forme *circonscrite* ou *gommeuse* est caractérisée au début par la présence de nodules de volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un noyau de cerise ou d'une amande; ces nodules, qui se développent par ordre de fréquence (80 cas analysés par Sommerbrodt) sur l'épiglotte, puis sur les cordes vocales supérieures d'abord, inférieures ensuite, tendent fatalement à l'ulcération et à la suppuration de l'organe.

Les désorganisations ainsi produites sont souvent très profondes. L'un de nous a publié l'observation d'un malade atteint de syphilis laryngo-trachéale, chez lequel les désordres anatomiques furent tels, qu'un cartilage aryténoïde presque détaché du larynx, et basculé dans la trachée, avait déterminé la mort par asphyxie; on recourut en vain à la trachéotomie. Gibb a vu l'élimination complète du cartilage cricoïde. Les troubles fonctionnels inhérents à cette forme varient avec les localisations anatomiques; c'est ainsi que la gêne de la déglutition, les troubles vocaux ou la dyspnée prédomineront suivant que les gommes siègeront au niveau de l'épiglotte, des cordes vocales supérieures ou de l'orifice glottique.

Ce qui distingue, à un point de vue général, les ulcérations syphilitiques, c'est leur siège dans les portions antérieure et supérieure du larynx; elles sont, du reste, accompagnées d'autres manifestations de la diathèse, et l'on observe concurremment des ulcérations ou des cicatrices blanchâtres sur le voile du palais, les piliers et le fond du pharynx. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur le diagnostic à propos de la phthisie laryngée.

Qu'il s'agisse de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire, les lésions anatomiques ont un aspect identique; la marche de la maladie est la même, ses conséquences analogues (Eross et Bokai).

La syphilis laryngo-trachéale est susceptible de guérison, mais elle laisse souvent après elle des sténoses prononcées qui nécessitent parfois la laryngotomie ou la trachéotomie (cas de Delore). On a même observé la symphyse complète des cordes vocales.

Le traitement des laryngites chroniques varie avec la cause qui les a produites. Dans le catarrhe simple, les balsamiques, les préparations sulfureuses ou arsenicales, l'eau du Mont-Dore, l'eau de Bonnes ou de Cauterets, le badigeonnage à l'huile de croton sur la région antérieure du cou, doivent être recommandés; dans la laryngite glanduleuse, les inhalations prises dans des stations thermales sulfureuses seront conseillées; dans la syphilis, le traitement anti-diathésique est commandé. Dans tous les cas, il est bon de prescrire au malade de modifier son hygiène: éviter les refroidissements, ne pas abuser de sa voix, peu fumer, renoncer aux boissons alcooliques et irritantes; enfin les applications locales (teinture d'iode, tanin, nitrate d'argent même) pourront être utilisées.

IV. LARYNGITE DES ÉTATS INFECTIEUX. — Dans la morve, la variole,

le typhus, les inflammations du larynx peuvent affecter aussi la forme chronique; nous n'avons rien de bien important à ajouter à ce que nous avons dit précédemment.

V. LARYNGITE CHRONIQUE TUBERCULEUSE (*phthisie laryngée*). — La phthisie laryngée a été décrite depuis longtemps. On la trouve nettement indiquée dans Morgagni, Borsieri (1), dans les thèses de Laignelet, de Cayol et de Pravaz (1824); mais on était loin d'en soupçonner la nature diathésique. Il semble même que les auteurs se soient attachés, dès le début, à la différencier de la phthisie proprement dite; c'est ainsi que Morgagni a écrit dans sa vingt-deuxième lettre: « Bien des malades que l'on considère comme phthisiques sont atteints de phthisie trachéale. » Trousseau et Belloc eux-mêmes, dans le mémoire devenu classique qu'ils publièrent en 1837, accentuèrent cette confusion en comprenant dans leur description « les lésions organiques diverses qui, une fois développées, deviennent les causes véritables de la phthisie laryngée (2) ». A ce titre, des faits de corps étrangers du larynx, de végétations syphilitiques, de cancer ou de kyste hydatique, etc., figurent au milieu de leurs observations.

Dès 1825 cependant, Louis avait indiqué le rapport qui existe entre les ulcérations du larynx et la phthisie pulmonaire: « Il faut considérer les ulcérations du larynx, et surtout celles de la trachée-artère, comme propres à la phthisie. » Andral avait soupçonné que ces ulcérations pouvaient être d'origine tuberculeuse, mais Barth seulement osa l'affirmer en 1839; cette affirmation, du reste, fut bientôt confirmée par les recherches de Rokitansky, qui non seulement démontra le *tubercule laryngien*, mais avança que l'altération tuberculeuse était le *modus faciendi* le plus habituel de la phthisie laryngée.

Quelques médecins partagent encore la manière de voir de Trousseau et de Belloc, et comprennent sous le titre de phthisie laryngée toutes les affections entraînant une désorganisation profonde du larynx. Nous ne saurions adopter cette opinion; les mots phthisie laryngée doivent s'appliquer uniquement aux *manifestations laryngées de la diathèse tuberculeuse*.

Ces manifestations sont d'ailleurs extrêmement fréquentes; on les observe 14 fois sur 100 cas de tuberculose, d'après Willigh, et même jusqu'à 30 fois sur 100, d'après Heinze.

(1) « Il y a des ulcérations du larynx et de la trachée qui peuvent produire la fièvre hectique. » (Borsieri.)

(2) Trousseau et Belloc, *Phthisie laryngée*. Paris, 1837, p. 70.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions tuberculeuses du larynx se présentent avec les caractères généraux propres à l'évolution du tubercule proprement dit, c'est-à-dire : 1° sous forme de granulations tuberculeuses ; 2° sous forme de produits caséux. Cette seconde modalité occupe une place beaucoup plus importante que la première dans les altérations de la phthisie laryngée (Thaon), bien que Virchow ait prétendu que le tubercule caséux était rare au niveau du larynx.

Ce qui caractérise au premier chef ces différents modes d'altération, c'est leur tendance marquée à déterminer des ulcérations, et des ulcérations qui n'ont aucune disposition à se cicatrifier. De là, dans l'évolution anatomique du mal, deux périodes bien tranchées : l'une qui précède la phase d'ulcération, c'est la *période d'infiltration* ; l'autre qui débute avec la production des ulcérations, ou *période de désorganisation*.

A. *Période d'infiltration*. — Elle est constituée essentiellement par la production de granulations tuberculeuses au-dessous de l'épithélium de la muqueuse laryngée, et principalement au niveau des cordes vocales inférieures. Ces granulations ne sont autre chose que des tubercules miliaires isolés ou agminés dont la structure intime nous est connue (voy. p. 208). Les granulations sont diffuses ou confluentes ; dans ce dernier cas, elles tendent à se confondre pour former des nodules caséux dont le centre se ramollira plus tard et qui, après s'être vidés, donneront naissance à l'ulcération proprement dite.

Il existe en général, même à cette période, une rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, rougeur qui s'étend jusque dans la trachée.

B. *Période d'ulcération et de désorganisation*. — Les ulcérations sont de deux espèces (Cornil et Ranvier) : ce sont des ulcérations tuberculeuses proprement dites, formées par la fonte des produits caséux précédemment signalés ; ce sont ensuite des ulcérations folliculaires ; les glandules du larynx, détruites par suppuration, forment de petites dépressions circulaires, en godet, qui se réunissent à celles de la première espèce pour former des ulcérations plus larges, à bords festonnés et décollés, à fond gris rosé et présentant souvent des granulations miliaires sur leurs confins. Le siège de prédilection de ces ulcérations est sur les cordes vocales inférieures et la région interaryténoïdienne, l'épiglotte enfin.

Souvent, autour de ces ulcérations, on observe encore une série de végétations grisâtres à tendances extensives, qui peuvent

par leur développement exubérant constituer un obstacle assez sérieux pour nécessiter la trachéotomie (Gouguenheim).

La muqueuse du larynx n'est pas seule à prendre part à ce processus destructeur ; tous les éléments du larynx y participent : ligaments, articulations, muscles et cartilages. Les ulcérations gagnent en profondeur en même temps qu'en surface ; la matière sanieuse, muco-purulente qui les recouvre, s'infiltré jusque dans les tissus profonds qu'elle dissocie, de sorte qu'il peut arriver un moment où le larynx tout entier semble en suppuration. Les fibres musculaires sont dilacérées ou en dégénérescence graisseuse ; les cartilages sont érodés ou même détruits (ceci est fréquent sur l'épiglotte) ; ils sont décollés de leur péri-chondre ; alors peuvent se former de véritables abcès qui vont s'ouvrir soit dans l'œsophage, soit sur les parties antéro-latérales du cou, et donner lieu à des fistules (Andral, Barth).

Longtemps on a pensé que l'infiltration œdémateuse devait être une complication fréquente de ces altérations complexes. Le fait est loin d'être démontré, ainsi que le prouvent les travaux de Doléris et Gouguenheim (voy. *Œdème de la glotte*).

DESCRIPTION. — Deux périodes cliniques distinctes correspondent aux deux phases anatomiques que nous avons décrites plus haut.

Première période. — Tant que la muqueuse laryngée n'est pas ulcérée, la symptomatologie n'a rien de bien caractéristique ; les signes physiques eux-mêmes peuvent ne pas avoir une grande netteté.

Le début, en général, est lent, torpide, et ce n'est que progressivement et souvent d'une façon insensible que la toux et les modifications de la voix (phénomènes communs à toutes les laryngites) s'accroissent. D'autres fois c'est à la suite d'une inflammation aiguë du larynx que ces symptômes apparaissent.

L'enrouement est presque constant, mais non continu ; plus accentué le matin, à la suite d'un exercice violent ou d'une émotion vive, il diminue généralement après le repas. Le passage d'un air froid à une température plus chaude, ou inversement, augmente la raucité de la voix ; celle-ci est à son maximum d'intensité, chez la femme, la surveillance de l'apparition des règles (Trousseau et Belloc). Parfois on observe de l'aphonie.

Il existe en même temps une petite toux, sèche au début, mais qui peut s'accompagner du rejet de crachats filants, striés en jaune, ou formés de matières opaques, dans lesquelles on peut reconnaître souvent d'une façon très précoce l'existence du

bacille pathognomonique. Il n'y a pas de douleur à la pression, peu ou point de gêne respiratoire. Dès ce moment pourtant il existe souvent de la difficulté dans la déglutition, et des douleurs sympathiques dans les oreilles du côté correspondant à la corde vocale plus spécialement intéressée (Ch. Fauvel).

L'examen laryngoscopique permet de constater *de visu* les altérations de la muqueuse. Ce que l'on observe le plus souvent, c'est une rougeur sombre, diffuse et accompagnée de gonflement des parties. Tantôt la tuméfaction est limitée aux cordes vocales, aux replis ary-épiglottiques, ou à la région interaryténoïdienne; dans ce dernier cas, il est difficile de reconnaître la saillie des cartilages de Santorini; tantôt le gonflement est unilatéral, tantôt enfin il est généralisé, d'autres fois c'est un gonflement pâle que l'on constate.

Les cordons ventriculaires, habituellement d'un rouge éclatant, se distinguent à peine des cordes vocales inférieures dont la pâleur est encore accentuée. Sur ce fond pâle, d'un aspect souvent caractéristique, se détachent de petites plaques rouges circonscrites ou diffuses, mais qui siègent constamment au niveau de la région aryténoïdienne. Concomitamment il peut exister un *état velvétique* de la muqueuse interaryténoïdienne auquel les pathologistes ajoutent aujourd'hui une certaine importance (1).

L'épiglotte est aussi presque constamment modifiée; on y remarque soit du catarrhe simple, soit de la rougeur vive, soit, ce qui est assez commun, une décoloration marquée.

Quant aux symptômes généraux, ils sont nuls, peu accentués ou très prononcés, suivant l'existence ou la non-existence de lésions tuberculeuses du poumon, suivant le degré ou l'âge de ces lésions.

2° L'appareil symptomatique se dessine à mesure que la maladie progresse. Pour peu que les ulcérations soient étendues et profondes, la voix tend à s'altérer davantage: elle est rauque ou stridente (2); l'expectoration devient opaque, puriforme, striée de sang, voire même sanglante; dans d'autres cas on y remarque des débris de cartilages ou de ligaments (Hunter aurait vu un

(1) L'*état velvétique* (aspect velouté de la muqueuse laryngée) serait constitué par de petites saillies irrégulières tenant, d'après Cadier, à trois causes différentes: 1° une simple prolifération épithéliale; 2° l'hypertrophie des papilles du derme; 3° la présence de granulations tuberculeuses.

(2) Trousseau et Belloc avaient déjà remarqué que l'enrouement strident correspond presque toujours à une ulcération.

malade rejeter ainsi son cartilage cricoïde presque tout entier). Il ne faudrait pas croire cependant que l'altération de la voix soit toujours en rapport direct avec l'étendue des ulcérations (1); le degré d'altération des nerfs du larynx, l'état des muscles tenseurs de la glotte, la présence d'exsudats sous-muqueux, etc., enfin l'état des poumons, ont aussi une grande influence.

La toux prend parfois des caractères particuliers. Trousseau l'a dénommée *toux éructante* (sorte d'éruclation étouffée) dont la cause est l'occlusion de l'orifice glottique qui n'entre plus en vibration sous l'impulsion de la colonne d'air bruyamment expulsée par le mouvement expiratoire. L'inspiration peut être bruyante, accompagnée d'un sifflement prolongé et d'un certain degré de dyspnée qui va s'accroissant de plus en plus, à mesure que la maladie progresse.

Trousseau et Belloc ont insisté sur ce fait que la pression exercée sur le larynx au-devant du cou ne provoque pas de douleur, alors même que le larynx est désorganisé au point de donner au doigt une sensation de crépitation. Par contre, il existe un *degré de dysphagie très marqué*, dysphagie extrêmement douloureuse, qui fait redouter aux malades même l'ingestion des liquides, et qui va jusqu'à les empêcher d'avaler leur salive. La dysphagie est accompagnée parfois de régurgitations et de vomissements. Dans quelques cas très rares, il est vrai, on aurait observé de véritables *laryngorrhagies* (Joal).

Durant le cours de cette seconde période l'examen au miroir laryngien révèle les particularités suivantes: c'est d'abord, en plus des phénomènes de gonflement, de rougeur et de décoloration signalés pour la précédente période, de petites ulcérations isolées ou confluentes, siégeant au niveau de la commissure postérieure de la glotte, puis atteignant bientôt les cordes vocales dont elles ébrèchent les bords, leur donnant parfois un aspect

(1) On voit souvent des malades présentant de petites ulcérations tuberculeuses qui sont presque aphones; des syphilitiques, au contraire, peuvent avoir un larynx très altéré et offrir des modifications de la voix relativement peu marquées. C'est que l'appareil de la phonation comprend deux appareils secondaires, un appareil à anche (le larynx) et un instrument à vent (le poumon). Le bon état des deux appareils est nécessaire à l'intégrité de la voix. Chez les phthisiques, le fonctionnement du soufflet est souvent défectueux, ce qui explique pourquoi, avec de faibles altérations laryngées, ils peuvent avoir des troubles vocaux très accentués (Ch. Fauvel). Cette aphonie toute spéciale a été décrite aussi par A. Gouguenheim sous le nom d'aphonie cachectique des tuberculeux (*Union médic.*, 1882).

véritablement serratique. Les ulcérations souvent superficielles, *en coup d'ongle*, ne tardent pas à devenir plus profondes, le ruban vocal s'altère, il s'hypertrophie, devient cylindrique et grisâtre, de véritables pertes de substance apparaissent; enfin, à un degré plus avancé, c'est la désorganisation complète, la supuration possible de tous les éléments entrant dans la constitution du larynx.

Dans un certain nombre de cas, l'épiglotte, la région aryténoïdienne, les replis aryténo-épiglottiques prennent un développement vraiment extraordinaire. Cette forme qui est dysphagique au premier chef, mais non dyspnéique (Gouguenheim) comme aurait pu le faire supposer l'envahissement des replis aryténo-épiglottiques, s'accompagne d'un état cachectique extrêmement prononcé.

L'épiglotte participe de son côté à ce travail ulcératif; mais les ulcérations siègent surtout dans sa partie inférieure. Isambert a signalé l'état *chassieux* de ses bords comme un élément de diagnostic sérieux.

La marche de la phthisie laryngée est irrégulière et subordonnée en partie à la gravité des accidents dont le poumon devient tôt ou tard le siège. C'est dire que la mort en est la conséquence presque inévitable. Le malade succombe surtout parce qu'il est tuberculeux. La mort est rarement le fait des lésions locales; cependant elle peut résulter, dans quelques circonstances, d'un accès brusque et violent de dyspnée ou d'une infiltration œdémateuse ou tuberculeuse qui a entraîné l'asphyxie.

DIAGNOSTIC. — Deux éléments essentiels en sont la base; la constatation de manifestations tuberculeuses dans le poumon, signes stéthoscopiques pathognomoniques, et présence dans l'expectoration du bacille spécifique; la découverte à l'examen laryngoscopique d'ulcérations de forme et de siège déterminés. Il est bon pourtant de bien insister sur ce fait que, dès qu'un malade sera affecté de tuberculose pulmonaire, il ne s'ensuivra pas fatalement que toute laryngite qu'il contractera doive être considérée comme étant d'origine tuberculeuse. Un tuberculeux peut avoir une laryngite catarrhale simple, voire même syphilitique: on doit donc différencier avec soin la laryngite des tuberculeux de la phthisie laryngée. Jaccoud admet non seulement que les tuberculeux peuvent être affectés de laryngite catarrhale chronique, mais que cette laryngite peut devenir ulcéreuse sans rien avoir de spécifique. S'appuyant sur les recherches de Ch. Fauvel, Jaccoud établit ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel des ulcérations laryngées tuberculeuses: « Dans la *phthisie*, les

lésions profondes siègent dans la *région aryténoïdienne* et sur les cordes vocales inférieures; les bords des ulcérations ne sont pas taillés à pic, ils sont au contraire bourgeonnants et tuméfiés, en bourrelets; dans la *syphilis*, les lésions correspondantes occupent les *parties sus-glottiques* et l'*épiglotte*; avec les ulcérations existent des excroissances, des condylomes, ou une éruption papulo-tuberculeuse. » La coloration de la muqueuse est moins vineuse que dans la syphilis; les altérations sont aussi moins localisées. Enfin, tandis que la syphilis s'accompagne presque constamment d'adénopathie cervico-maxillaire et de douleur à la pression du larynx, ces deux signes font habituellement défaut dans la phthisie laryngée (Moure).

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic est souvent fort délicat, et Rossbach déclarait au dernier congrès de Londres qu'il ne pouvait être affirmé qu'après l'emploi du traitement spécifique. Gouguenheim partage nettement cette opinion: il a même cité des cas où il était impossible de différencier à l'examen laryngoscopique l'infiltration aryténo-épiglottique des tuberculeux, de la laryngite hypertrophique diffuse des syphilitiques. En pareille circonstance, le diagnostic ne peut avoir d'autres bases que l'état de la santé générale et les résultats de la médication.

On doit tenir grand compte des antécédents et de l'état général des malades. La constatation de signes de tuberculose dans les sommets du poumon acquiert, dans l'espèce, une valeur de premier ordre. Il est bon de remarquer à cet égard que des altérations pulmonaires peu avancées passent facilement inaperçues, la propagation des bruits laryngiens à travers les bronches rendant souvent fort difficile l'interprétation des bruits pulmonaires.

Quand la laryngite chronique existe chez un tuberculeux, la distinction nous paraît fort délicate, puisque, suivant Jaccoud lui-même, les lésions terminales peuvent en ce cas être identiques à celles de la phthisie laryngée; au début, toutefois, la laryngite simple se reconnaît à la prédominance des phénomènes de catarrhe, aux exulcérations épithéliales et aux saillies glandulaires; plus tard, quand il y aura des ulcérations, il deviendra nécessaire d'examiner les produits sécrétés à la surface des ulcères: dans ce cas, la découverte du bacille de Koch seule pourra lever les doutes.

La *laryngite glanduleuse*, décrite par Green et Noël Gueneau de Mussy, se reconnaît plus aisément, si l'on tient compte des conditions au milieu desquelles elle se développe, et surtout de la

coexistence presque constante d'une pharyngite de même espèce. Les ulcérations de la laryngite glanduleuse sont déprimées en infundibulum.

La paralysie hystérique des cordes vocales a été confondue quelquefois avec la phthisie laryngée; en dehors de l'existence possible d'autres manifestations de la névrose, l'examen laryngoscopique lève les doutes (voy. plus loin, page 244). Il sera bon de se rappeler néanmoins qu'au début d'une laryngite tuberculeuse, alors que le larynx ne présente encore aucune trace d'ulcération spécifique, certaines paralysies peuvent se développer.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Il n'existe qu'une seule cause de la phthisie laryngée, c'est la *diathèse tuberculeuse*. La laryngite tuberculeuse peut être la première manifestation du vice constitutionnel (le fait est rare, 10 obs. de Krishaber); le plus souvent elle apparaît alors que les poumons ont déjà été envahis; quelquefois elle ne se développe que dans les périodes ultimes de la maladie. C'est de trente à quarante ans qu'elle se déclare le plus souvent (J. Frank). Trousseau et Belloc l'ont observée avant la puberté. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Serre, Louis, Franck).

Louis, Trousseau et Belloc ont pensé que la laryngite des phthisiques avait son origine dans l'action irritante des crachats à leur passage dans le larynx. Cette explication, non admissible pour la *laryngite tuberculeuse*, qui peut être la manifestation initiale de la diathèse, est plausible quand il s'agit de la *laryngite catarrhale chronique des tuberculeux*.

TRAITEMENT. — La thérapeutique est impuissante à faire rétrograder les productions tuberculeuses, aussi n'avons-nous que des moyens palliatifs à opposer à cette affection. Par l'application de révulsifs sur le cou, par des inhalations ou des pulvérisations, enfin par des attouchements soit avec un mélange de glycérine et de teinture d'iode, soit avec une solution étendue de tanin ou de chlorure de zinc, soit enfin avec une solution de cocaïne, des pansements à l'iodoforme ou à l'acide lactique (Krause et Hering), on peut modifier l'irritation des parties, rendre à la voix un peu de sa clarté, calmer la toux, etc. Les préparations opiacées seront toujours employées avec profit contre la toux et la douleur.

On se rappellera que la dysphagie est un des accidents qui causent le plus de souffrance au malade. On arrivera à la calmer en badigeonnant le larynx, quelques instants avant les repas, avec un mélange d'eau de laurier-cerise (30 gr.) et d'extrait d'o-

pium (1 gr.) (Fauvel, Dieulafoy). On évitera avec soin les boissons irritantes; contre l'état général on administrera les arsenicaux, les sulfureux, l'huile de foie de morue, etc.

La trachéotomie est indiquée en cas d'asphyxie imminente, et lorsque l'état général n'est pas trop mauvais. Dans ces dernières années, Robinson Beverley, parlant de cette idée que la laryngite des tuberculeux est le plus souvent une laryngite catarrhale non spécifique, a conseillé la *trachéotomie* comme traitement préventif, afin de soustraire le larynx au contact des mucosités irritantes.

Le savant américain ne saurait assurément être suivi dans cette voie qui a pour point de départ une idée erronée. Nous devons faire aussi de sérieuses réserves au sujet du traitement tout nouvellement préconisé par Hering, de Varsovie, et qui consiste dans le raclage des ulcérations tuberculeuses. Sans doute les observations de Hering méritent une sérieuse attention, car ses préparations microscopiques ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse des lésions présentées par ses malades; néanmoins nous pensons que pour être vulgarisé, ce traitement doit avoir reçu la consécration du temps.

- MORGAGNI. Lettre XV. — LOUIS. Recherches sur la phthisie. Paris, 1825; 2^e édit., 1843. — TROUSSEAU et BELLOC. Traité pratique de la phthisie laryngée. Paris, 1837. — BARTH. Ulcér. des voies aériennes (Arch. gén., 1839). — ANDRAL. Clin. méd., 1846. — GREEN, N. GUENEAU DE MUSSY. Loc. cit. — TOULMOUCHE (de Rennes). Études clin. sur les ulcérations du larynx et de la trachée-artère (Arch. de méd., Paris, 1857, juillet et août). — TOBOLD. Die chronischen Kehlkopfskrank. Berlin, 1866. — KRISHABER et PETER. Article *Larynx* du Dictionnaire encyclopédique, 1866. — THAON. Recherches sur l'anat. path. de la tuberculose. Paris, 1873. — DIEULAFOY. Cours de l'École pratique, 1876 (leçons inédites). — CH. FAUVEL. Traité des maladies du larynx, 1876. — TROUSSEAU. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 3^e édit. 1877. — ZIEMSEN. Handbuch der speciellen Pathol. und Ther. Leipzig, 1886, Band IV, Erste Hälfte. — DOLERIS. Rech. sur la tuberculose du larynx (Arch. de phys., 1877). — GOUGUENHEIM. Œdème de la glotte chez les tuberculeux (Soc. méd. des hôp., 1878, et Association française pour l'avancement des sc. Paris, 1878. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — LABOULBÈNE. Nouv. éléments d'anatomie pathologique. Paris, p. 442, 1879. — KRISHABER. Troubles respir. dans les laryngopathies syphilitiques (Ann. mal. oreilles et larynx, 1879). — J. MOURE. Diagnostic de la syphilis et de la phthisie laryngée, th., Paris, 1879. — ROBINSON BEVERLEY. Laryngite ulcéreuse des tuberculeux (The American Journ., 1879. Phthisie laryngée). — GOUGUENHEIM. Laryngite syphilitique tertiaire, in France méd., 1881. — Lire au Compte rendu du Congrès de laryngologie de Milan, l'intéressante discussion qui a eu lieu au sujet de la phthisie laryngée (Schmidt, Schnitzler, Massei, Gouguenheim et Krishaber). — GOUGUENHEIM. Laryngite tub. (Union médicale, 1881). — VOLTOLINI. Tuberculose du voile du palais et du larynx (Breslauer arsth Zeitsch., 1884). — P. TISSIER. Sténoses glottiques chez les tuberculeux (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, 1885). — SCHENITZLER. Coexistence de la tuberculose et de la syphilis du larynx. (Berlin. klin. Woch., 1885). — LEROY. Tuberculose laryngée (Arch. de physiol., 1885). — LUBLINSKI. Tuberculose du larynx (Deuts. und Zeitung, 1885). — FOURNIER. Traitement de la

laryngite tuberculeuse, th., Paris, 186. — DE RENZI. Tuberculose et syphilis laryngo-pharyngiennes (Rivista clin. et terapia, 1886). — HERING. Curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx (Un. méd., 1886).

ŒDÈME DE LA GLOTTE (1)

Synonymie : *Laryngite sous-muqueuse* (BOULLAUD, CRUVEILHIER). *Angine laryngée œdémateuse* (SESTIER, TROUSSEAU). *Infiltration laryngée* (JACCOUD).

L'œdème de la glotte, observé pour la première fois par Bayle en 1808, et décrit par lui comme une complication des laryngites, n'est point une entité morbide ; c'est un accident, un épiphénomène de plusieurs affections, soit locales, soit générales, qui provoquent tantôt l'inflammation du larynx, tantôt simplement son infiltration séreuse. Cette considération clinique explique la diversité des dénominations qui ont servi tour à tour à désigner la maladie. L'expression d'*angine laryngée œdémateuse*, acceptée par Sestier et Trousseau, nous semble préférable, en ce sens qu'elle fait la part égale à l'inflammation et à l'œdème dans la pathogénie des phénomènes, ce qui est conforme à l'observation.

ÉTILOGIE. PATHOGÉNIE. — On peut diviser en trois catégories les altérations morbides qui prédisposent à l'œdème de la glotte :

1° Lésions franchement inflammatoires, ainsi que cela peut s'observer dans quelques cas de laryngite intense, que celle-ci ait été déterminée par une brûlure, ainsi que cela se voit souvent en Angleterre, en Russie ou dans l'Amérique du Nord, chez les jeunes enfants qui ont aspiré imprudemment le liquide bouillant de la théière laissée devant le foyer, ou qu'elle provienne d'un

(1) En publiant la seconde édition de ce traité, nous avons pensé devoir insérer la note suivante en tête du chapitre consacré à l'œdème de la glotte.

« L'histoire de l'œdème de la glotte traverse actuellement une période de transition ; l'ancienne conception de Sestier tend, grâce à une analyse plus délicate des faits et aux progrès de la laryngologie, à céder le pas à des descriptions moins vagues et surtout moins théoriques. Nous ne pouvons cependant rompre complètement encore avec la tradition ; nous aurons donc en vue surtout, dans ce chapitre, les faits considérés jusqu'ici comme classiques, quitte à faire une large place aux idées nouvelles que nous exposerons chemin faisant. »

Cette note doit être maintenue aujourd'hui intégralement ; nous devons ajouter toutefois que les idées nouvelles que nous avons été des premiers à vulgariser, reçoivent chaque jour la consécration de l'expérience : le syndrome classique décrit par Sestier a vécu.

refroidissement brusque, comme chez cet ivrogne dont Trousseau a raconté l'histoire, et qui contracta une angine laryngée œdémateuse pour s'être endormi la nuit sur un pont. L'amygdalite simple peut se compliquer d'œdème glottique ; nous avons observé un fait de ce genre dans le service de Rigal, et l'un de nous en a rapporté une observation.

L'infiltration laryngée consécutive à l'érysipèle du pharynx, à la laryngite de la variole, à un phlegmon de la base de la langue (Demarquay), aux abcès rétro-pharyngiens, rentre dans cette première catégorie.

2° L'œdème glottique apparaît dans le cours d'une laryngite chronique ulcéreuse (cancer, syphilis ou phthisie laryngée), ou d'une altération profonde de l'organe (la périchondrite principalement).

Pour expliquer l'œdème dans ce cas, on a recours en général à la théorie de l'*œdème collatéral*, imaginée par Virchow, qui attribue l'infiltration séreuse à la gêne circulatoire qu'entraînent, autour des parties ulcérées ou altérées, les oblitérations vasculaires partielles résultant du travail inflammatoire qui s'accomplit sur leurs confins.

3° Enfin l'œdème peut tenir à l'existence préalable d'une maladie hydropigène (mal de Bright, scarlatine). Il existe même quelques observations où l'infiltration laryngée a été la première manifestation de la dyscrasie (Jaccoud, Fauvel) ; elle est au contraire exceptionnelle dans l'anasarque d'origine cardio-pulmonaire (1).

L'œdème de la glotte est relativement rare chez les enfants (dix-sept cas seulement sur les deux-cent quinze observations de Sestier).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La configuration anatomique du larynx nous rend compte de la distribution de l'œdème ; la grande laxité des replis glosso et ary-épiglottiques les prédispose à l'infiltration ; Sestier a montré par des injections pratiquées sur le cadavre que les replis infiltrés peuvent augmenter jusqu'à quinze fois de volume. Au contraire, la grande adhérence de la muqueuse des cordes vocales avec les parties profondes s'oppose à la propagation de l'œdème, d'où sa rareté à ce niveau ;

(1) Gouguenheim a rapporté, du reste, un cas d'œdème de la glotte chez un cardiaque : ce qui dominait, c'était une dyspnée continue, sans sifflement et sans bruits laryngiens spéciaux ; au bout de quelques jours de repos les accidents s'amendèrent.