

hauteur sur 1 et demi de large. Puis, il ne reste plus qu'à retirer à soi la sonde introduite dans le méat, le tampon est entraîné, tandis qu'avec le doigt recourbé en crochet on va faciliter son passage au-dessus du voile du palais dans l'orifice postérieur des fosses nasales; enfin le fil qui a servi à l'entraîner est ramené hors de la narine, fixé à la joue; on tamponne l'orifice antérieur avec du coton ou une mèche de gaze et l'opération est terminée. On pourrait encore faire usage d'une vessie de baudruche que l'on introduirait vide dans les fosses nasales et que l'on gonflerait ensuite soit avec de l'air, soit avec de l'eau.

Généralement ce tamponnement arrête l'hémorrhagie au bout de peu de temps. Les tampons ne doivent pas être laissés en place plus de vingt-quatre ou trente-six heures: leur présence détermine bien vite de la gêne, de la douleur; elle peut même être le point de départ d'un coryza fétide. La meilleure méthode pour retirer le tampon consiste à pousser doucement par la narine une injection tiède: le tampon se détache, tombe dans le pharynx d'où il est rejeté au dehors par le malade; chez les enfants, chez les aliénés, il faut veiller à ce qu'il ne soit pas alors entraîné dans un mouvement de déglutition.

La notion de cause ne devra pas être méconnue dans le traitement du saignement de nez. C'est ainsi que des épistaxis supplémentaires des règles ont disparu par le rétablissement du flux menstruel, que des épistaxis périodiques, même quand elles ne semblaient pas liées à l'impaludisme, ont cédé à l'emploi méthodique du sulfate de quinine. L'usage des toniques et des reconstituants est indiqué contre les saignements de nez à répétition des jeunes sujets entachés de lymphatisme. Enfin on a récemment recommandé<sup>1</sup> à nouveau l'application de révulsifs (vésicatoires, ventouses scarifiées) sur la région hépatique pour combattre certaines épistaxis tenaces qui paraissent être sous la dépendance d'une affection du foie.

PIERRE BOULLOCHE.

1. VERNEUIL (*Bull. de l'Acad. de médéc.*, 2 avril 1887).

## MALADIES DU LARYNX

### LARYNGITES

Les inflammations du larynx ou *laryngites* sont de natures fort diverses. On les distingue en *aiguës* et *chroniques*. Parmi les laryngites aiguës, il en est une que son importance et sa gravité mettent tout à fait hors de pair et qui ne saurait être décrite avec les autres: c'est le *croup* ou laryngite diphtéritique. De plus, certains accidents nerveux, qui viennent compliquer une laryngite aiguë le plus souvent légère et lui imprimant un cachet spécial, méritent aussi une description distincte, sous le nom de *laryngite striduleuse*.

Enfin, parmi les laryngites chroniques, celles qui sont liées à la syphilis et à la tuberculose ont des lésions et des symptômes tellement particuliers qu'elles méritent d'être étudiées dans des chapitres spéciaux, sous les noms de *phtisie laryngée* et de *syphilis laryngée*.

### LARYNGITES AIGÜES

**Étiologie.** — Parmi les causes les plus variées qui provoquent l'inflammation aiguë de la muqueuse du larynx, on doit placer au premier rang le refroidissement. La muqueuse laryngée est presque aussi sensible que la pituitaire aux moindres variations de température; sous l'action du froid, par la respiration d'un air humide, on voit se développer, chez les personnes prédisposées, un catarrhe laryngien. Ce catarrhe peut être uniquement localisé au larynx, ou



bien il s'accompagne de coryza et d'un certain degré d'inflammation du pharynx et donne lieu alors à l'ensemble des symptômes que l'on désigne habituellement sous le nom de rhume. Cette prédisposition particulière aux laryngites s'acquiert sous l'influence de l'éducation efféminée, de la vie sédentaire, du tempérament scrofuleux.

Parfois le catarrhe laryngien résulte d'une cause toute locale, se développant à la suite d'efforts violents ou prolongés de la voix (instituteurs, prédicateurs, orateurs, chanteurs, etc.). Citons encore, comme circonstances occasionnelles, l'abus du tabac et de l'alcool, l'ingestion de mets trop épicés ou de boissons chaudes, la respiration de vapeurs irritantes, l'introduction de corps étrangers dans le larynx.

Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes, les adultes que les enfants.

L'inflammation frappe isolément le larynx ou bien, en même temps, la muqueuse du nez et du pharynx; plus rare est la marche inverse des bronches vers le larynx.

Le catarrhe laryngien peut n'être qu'une localisation secondaire au cours d'une affection exanthématique (rougeole, variole, scarlatine) ou d'une maladie générale infectieuse (fièvre typhoïde, grippe, etc.).

**Description clinique et anatomique.** — Les *laryngites aiguës secondaires*, survenant dans le cours de diverses infections (fièvres éruptives, érysipèle, morve), ne donnent guère lieu qu'à quelques troubles de la voix qui perdent toute importance au milieu des symptômes généraux de la maladie. Quant à leurs lésions, elles sont identiques à celles des bronchites de même nature, à l'histoire desquelles nous renvoyons pour cette étude. Les accidents laryngés de la fièvre typhoïde, qui ont des caractères particuliers, seront décrits avec les complications de cette maladie.

La description anatomique des lésions de la *laryngite aiguë primitive* se confond avec l'étude des signes laryngoscopiques. En effet, les autopsies de malades atteints de catarrhe essentiel du larynx sont très rares; en outre, les altérations de la muqueuse sont superficielles et déjà en grande partie effacées quand, après la mort, on peut en pratiquer l'examen.

Les symptômes généraux (courbature, insomnie, fièvre, délire) manquent le plus ordinairement et n'existent guère que si le catarrhe laryngien se complique d'inflammation du côté de la trachée et des bronches. Les symptômes fonctionnels, par contre, ne font jamais défaut; ils varient seulement selon la localisation et l'intensité des lésions anatomiques.

Au *début*, les malades se plaignent d'une sensation de gêne, de sécheresse, de constriction au niveau de la gorge, qui les excite à

tousser et rend légèrement douloureuses la parole et la déglutition. La laryngite peut se limiter à ces seuls symptômes très atténués; d'autres fois, ils s'aggravent.

La *toux* devient alors fréquente, quinteuse, convulsive. Son timbre, variant avec les altérations de la muqueuse et les modifications de la sécrétion, est tantôt rauque, déchirant, tantôt humide et sifflant (laryngite striduleuse), dans quelques cas tout à fait éteint.

L'*expectoration* est peu abondante, si la sécrétion reste purement laryngée. Elle est au début claire, légèrement visqueuse; après quelques jours, elle devient jaunâtre, opaque, muco-purulente. La respiration nasale est-elle gênée par un coryza développé simultanément, on trouve dans les crachats des particules noirâtres, provenant des poussières atmosphériques; l'expectoration peut être striée de sang, après de violents efforts de toux.

Chez les adultes, il ne se produit ordinairement aucun *trouble respiratoire*. Chez les enfants au contraire, la dyspnée peut devenir menaçante et l'on peut voir survenir des accès de suffocation qui font prendre à la maladie une forme particulière: c'est la *laryngite striduleuse* qui, en raison de son importance, sera décrite dans un chapitre spécial.

La *douleur*, spontanée ou à la pression, est le plus habituellement très légère; ce n'est qu'une sensation de chatouillement, qui ne devient gênante que par sa persistance et la toux qu'elle provoque. La déglutition cependant est souvent assez pénible, non seulement si l'inflammation siège à l'épiglotte ou à la région aryténoïdienne, mais encore si l'infundibulum lui-même est atteint (compression de l'organe dans les mouvements de déglutition).

Des diverses fonctions du larynx, la *voix* est la plus atteinte: voilée dès le début, elle devient enrouée, rauque, et prend un timbre tantôt plus rauque, tantôt plus aigu (*voix de fausset*). Le catarrhe s'aggrave-t-il, elle s'éteint complètement. Ces modifications de la voix tiennent aux altérations des cordes qui, tuméfiées et couvertes de mucosités plus ou moins abondantes, se tendent inégalement et produisent de l'asynergie vocale.

A l'*examen laryngoscopique*, on ne trouve, dans les cas légers, qu'une teinte un peu plus foncée de la muqueuse. Mais le plus souvent la coloration, due à l'hypérémie des vaisseaux, est rouge vif, tantôt généralisée, tantôt limitée à certains points où le tissu cellulaire lâche est en plus grande abondance (replis ary-épiglottiques, espace inter-aryténoïdien, cordes supérieures, face postérieure de l'épiglotte). Les cordes vocales inférieures sont injectées dans leur ensemble ou simplement striées de petites plaques rosées ou rouges. Dans certains cas, très rares il est vrai, la congestion peut être assez intense



pour donner lieu, après des quintes de toux ou des efforts de vomissement, à des hémorragies limitées aux couches superficielles de la muqueuse (*laryngite hémorragique*).

L'infiltration du derme et du tissu cellulaire sous-jacent amène la tuméfaction de la muqueuse, marquée surtout dans les cas graves. Si les cordes supérieures sont atteintes, elles masquent les cordes vocales qui n'apparaissent plus dans le miroir, au-dessous des bandes ventriculaires, que comme un mince filet; elles en entravent aussi les vibrations. A l'espace inter-aryténoïdien, la muqueuse peut former un bourrelet qui empêche l'occlusion de la glotte. Si le gonflement porte surtout sur l'épiglotte (*laryngite épiglottique*), le fibrocartilage forme une petite tumeur, fortement injectée, arrondie, recouvrant l'entrée du larynx et que l'on peut apercevoir en déprimant fortement la langue. La douleur à la déglutition est vive; les malades se plaignent d'une sensation de corps étranger dans la gorge, ils avalent de travers, ce qui provoque des quintes de toux assez pénibles. La voix est peu altérée, la salivation très abondante. Quand les replis ary-épiglottiques ne sont pas envahis en même temps, la respiration est normale.

Dans les cas très graves, la laryngite aiguë peut s'accompagner d'un œdème assez considérable pour produire des phénomènes menaçants d'asphyxie (*laryngite hypoglottique*).

On constate aussi de petites érosions folliculaires, dues à la suppuration des glandes de la muqueuse, assez nettement circonscrites, d'un diamètre à peine plus considérable que celui d'une tête d'épingle, mais d'une certaine profondeur. Le plus souvent on en trouve plusieurs les unes à côté des autres et, comme elles sont séparées par de petites surfaces intactes, il en résulte une sorte de piqueté (Krishaber). Ces ulcérations guérissent sans laisser aucune trace; d'autres fois, ce qu'il ne faut pas confondre avec les ulcérations, l'épithélium desquamé par petites places blanchâtres.

Le catarrhe laryngien s'accompagne très souvent d'une parésie des muscles thyro-aryténoïdiens. Les cordes vocales, au lieu de venir au contact dans la phonation, s'incurvent, et la glotte s'entr'ouvre en forme d'amande. Il peut aussi se former plusieurs nœuds de vibration; la glotte prend alors l'aspect d'une crevasse. Enfin, dans d'autres cas, c'est à la partie cartilagineuse que se produit le défaut d'occlusion (paralysie de l'ary-aryténoïdien).

**Diagnostic.** — Le diagnostic du catarrhe laryngien, quand on a soin de pratiquer l'examen laryngoscopique, est des plus faciles. On ne peut le confondre avec aucune autre affection. Ce qu'il importe de rechercher, c'est le diagnostic de la cause, pour établir le traitement et éviter autant que possible les récidives.

Il ne faut pas oublier que les congestions du début de la phthisie laryngée, l'érythème syphilitique se rapprochent en tous points du catarrhe essentiel. On devra donc tenir grand compte des antécédents et de l'état général du malade, ainsi que des conditions étiologiques dans lesquelles s'est produite l'affection.

L'aphonie nerveuse due à la paralysie *a frigore* du nerf laryngé externe (Krishaber) se distinguera de la paralysie musculaire du catarrhe laryngien en ce que les cordes vocales sont absolument normales.

**Marche. Pronostic.** — Le catarrhe laryngien est une affection extrêmement bénigne qui n'entraîne jamais par elle-même d'issue fatale.

Il récidive avec facilité. Négligé ou mal soigné, il peut passer à l'état chronique.

Dans les cas légers, il guérit pour ainsi dire sans traitement; dans les cas plus graves, quand la toux et l'expectoration viennent se joindre à l'enrouement, il cède, après dix ou quinze jours, à une médication appropriée. Mais alors même que toute altération anatomique a disparu, il persiste parfois des troubles de la voix qui, sans être perceptibles dans la conversation, entravent néanmoins la déclamation ou le chant.

**Traitement.** — Le traitement général est le même que dans les cas de grippe ou de bronchite aiguë. Au point de vue local, on devra d'abord mettre rigoureusement l'organe au repos: on interdira absolument la parole, surtout dans les cas de catarrhe professionnel (orateurs, chanteurs); on défendra l'usage du tabac et tout ce qui dans l'alimentation peut irriter le larynx (alcool, mets épicés).

On ordonnera le repos à la chambre, que l'on maintiendra à une température de 14 à 15 degrés; on prescrira des boissons diaphorétiques (thé chaud, infusions de jaborandi à 5 pour 100); des inhalations calmantes (benjoin, ciguë, houblon, décoction de guimauve et de pavot). A l'intérieur, on fera prendre des alcalins, qui paraissent avoir pour propriété de dissoudre les mucosités (carbonate et benzoate de soude, chlorhydrate d'ammoniaque). Si la toux est très pénible, des opiacés (sirop de codéine, morphine).

Il sera utile de faire de la révulsion soit du côté de la peau (teinture d'iode, vésicatoire), soit du côté du tube digestif (purgatifs salins, surtout s'il y avait un flux hémorrhoidaire supprimé).

Le traitement local ne devra être employé que vers la fin de la maladie (chlorure de zinc, 1/30; menthol, 1/4 d'huile d'amandes douces).

Le catarrhe laryngien récidive avec facilité. Il faudra donc prendre des précautions pour en empêcher autant que possible le retour.



Chez les enfants, on ordonnera l'exercice au grand air, en évitant de trop les couvrir; on fera tous les matins sur tout le corps des frictions à l'eau salée tiède; le séjour au bord de la mer sera très favorable. On combattra l'anémie, la scrofule; on traitera les catarrhes du nez et de la gorge. Aux adultes, on recommandera de même l'exercice; on interdira le séjour dans les endroits surchauffés. Une saison aux eaux (Royat, Mont-Dore) pourra rendre de grands services.

H. CUVILLIER.

### LARYNGITE CATARRHALE CHRONIQUE

**Étiologie.** — La laryngite catarrhale chronique se développe sous l'action des mêmes causes que la laryngite catarrhale aiguë. Nous nous contenterons donc de rappeler d'une part l'influence professionnelle (professeurs, orateurs, chanteurs, etc.); d'autre part l'influence de l'air inspiré (humidité, poussières, vapeurs irritantes, tabac) et de l'alimentation (alcool, alimentation trop épicée).

Fréquemment, la laryngite chronique est secondaire à des lésions du pharynx (pharyngite granuleuse) et du nez (rhinites hypertrophique et atrophique).

Elle peut se développer à l'époque de la mue chez les garçons.

**Description anatomique et clinique.** — La muqueuse est hypertrophiée dans tous ses éléments; elle s'épaissit, devient rugueuse et l'on voit à sa surface de petites saillies ou granulations dues aux glandes hypertrophiées. Les vaisseaux sont engorgés, sinueux, dilatés. La sécrétion, plus ou moins augmentée, est transparente et filante ou bien visqueuse, adhérente; la muqueuse est parfois recouverte de croûtes. Enfin on observe aussi de petites érosions, ne dépassant pas la couche épithéliale et siégeant de préférence à la région aryténoïdienne ou à l'attache des cordes vocales.

En dehors de l'altération de la voix, les *symptômes fonctionnels* sont très peu accusés. La *douleur* est insignifiante; le malade n'éprouve ordinairement qu'une sensation de picotement et de sécheresse. Cependant, après une conversation prolongée, il peut exister une véritable fatigue de l'organe vocal qui rend la parole très pénible et force à garder le silence.

La *toux*, sans être jamais convulsive et quinteuse comme dans la laryngite aiguë, est assez fréquente, provoquée par le picotement de

la gorge et le besoin de se débarrasser des mucosités. Elle a un timbre caractéristique (*hem*, bruit de raclage; *hemming* des Anglais).

L'*expectoration* n'est abondante que s'il y a complication de catarrhe bronchique. Après le « hémage » le malade ne rejette qu'un petit crachat perlé, grisâtre, visqueux, en boule; parfois des croûtes, mais alors après des quintes de toux assez pénibles. La respiration est toujours normale, sauf dans les cas de laryngite sèche où la présence de croûtes dans le larynx apporte un véritable obstacle à l'inspiration.

Les troubles de la *phonation* existent toujours, mais sont très variables.

Dans certains cas, l'enrouement existe dès le réveil, parfois l'aphonie est complète et la voix ne s'éclaircit qu'après l'expulsion des mucosités et des croûtes. Souvent dans le courant de la journée, quand le malade veut parler après un silence assez prolongé, la voix est voilée au début et ne redevient normale qu'après un exercice de quelques minutes, probablement par accélération de la circulation capillaire et stimulus nerveux (vulgairement « réchauffer sa voix »).

D'autres fois, la voix est claire au réveil ou au début de la conversation et ne s'enroue qu'après un certain temps.

Enfin la voix peut paraître normale dans la conversation et les modifications ne peuvent en être saisies que dans les nuances du timbre<sup>1</sup>.

À l'*examen laryngoscopique*, la muqueuse est d'ordinaire assez vivement injectée, rouge foncé, d'un aspect velouté dû à son relâchement, humide par exagération de la sécrétion. Les vaisseaux sont parfois très dilatés (*phlébectasie laryngée*, Mackenzie). La sécrétion se montre en filaments qui semblent jetés d'une corde à l'autre, et qui s'étirent quand on fait respirer fortement le malade. D'autres fois elle est en petites boules visqueuses et adhérentes aux ventricules, à la région aryténoïdienne; ou bien encore on observe des croûtes épaisses. Dans cette dernière forme (laryngite sèche, ozène laryngien), nous avons toujours rencontré des lésions des fosses nasales. Nous croyons donc qu'on doit la considérer non comme essentielle, mais comme secondaire à la rhinite atrophique, et que les croûtes, vues au laryngoscope, proviennent presque uniquement du nez. On ne peut en effet guérir la laryngite sèche qu'en traitant d'abord et avant tout les lésions nasales.

Le gonflement peut être assez marqué dans les cas graves, où il s'étend à toute la muqueuse. En général il n'existe que par places

1. C'est ce que les chanteurs appellent familièrement : *voix colonneuse*, *chat dans la gorge*, *trous au passage de la voix*.



épiglotte, bandes ventriculaires, région inter-aryténoïdienne; cette dernière localisation est très fréquente quand la laryngite chronique coexiste avec de la rhinite atrophique. Ce gonflement de la région aryténoïdienne peut empêcher l'affrontement des cordes. En cette région on voit aussi fréquemment, à la surface de la muqueuse, de petites granulations (*laryngite glanduleuse*).

Les cordes vocales sont souvent épaissies et perdent leur caractère rubané pour devenir cylindriques. Par métamorphose dermoïde d'une partie de la muqueuse, elles prennent un aspect rugueux, présentant des petits nœuds à la surface (*trachome des cordes vocales*, Türck).

Enfin le gonflement peut porter sur la région sous-glottique (*laryngite chronique sous-glottique*).

Les érosions de la muqueuse, en forme de fissures, se voient surtout aux cordes vocales et à la région aryténoïdienne; elles provoquent du chatouillement, une douleur assez vive et le besoin de tousser. Dans la laryngite chronique, il n'existe pas d'ulcérations.

Les *troubles moteurs* sont produits non seulement par obstacle mécanique au fonctionnement des cordes, mais encore par parésie des thyro-aryténoïdiens; la glotte devient alors ovale.

D'autres fois, c'est l'ary-aryténoïdien qui est atteint, les processus vocaux ne se touchent plus et la glotte devient triangulaire.

La parésie est fréquemment unilatérale (ouverture oblique de la glotte, suppléance fonctionnelle de la corde vocale saine).

**Diagnostic.** — Le diagnostic est en général facile; mais il exige, pour être fait avec précision, l'examen laryngoscopique qui seul permet de reconnaître les parties frappées plus spécialement et le degré des lésions.

Dans les cas d'épaississement de la région aryténoïdienne, on pourra parfois hésiter avec les lésions du début de la phtisie laryngée. Il faudra rechercher avec soin les antécédents, faire un examen approfondi de l'état général et des poumons.

Dans les cas de paralysie essentielle des thyro-aryténoïdiens, la coloration de la muqueuse est normale.

Enfin, on devra toujours faire l'examen du nez et du pharynx.

**Marche. Pronostic.** — La laryngite chronique est une affection de longue durée; elle n'entraîne pas d'issue fatale, mais elle entrave la principale fonction du larynx et elle exige pour sa guérison une médication rigoureuse et prolongée.

**Traitement.** — Le traitement est d'ordre général et local.

Pour décongestionner le larynx, on fera de la révulsion externe (teinture d'iode, thapsia, huile de croton): on obtiendra d'ailleurs peu de résultats de ces moyens; ou bien on fera de la révulsion sur les

intestins (purgatifs drastiques, ramener les hémorrhoides en cas de suppression). Si le malade est herpétique, on prescrira l'arsenic et les sulfureux (eaux des Pyrénées, eau de Challes, eau d'Enghien); s'il est lymphatique, la médication arsenicale et ferrugineuse (la Bourboule, le Mont-Dore). L'hydrothérapie, le séjour au bord de la mer pourront dans certains cas être très utiles. On interdira absolument l'alcool et le tabac, on recommandera de ménager la voix. Le traitement local consistera en fumigations (goudron, eucalyptus), en pulvérisations (phéniquées, 1/300; au tannin, 5/100), en fumigations (benjoin).

Les attouchements du larynx (avec le porte-ouate ou le porte-éponge) sont ici de première utilité et doivent être préférés aux insufflations de poudre, toujours désagréables pour le malade. On emploiera le chlorure de zinc (1/30, 1/10 de glycérine), le nitrate d'argent (2 à 10 pour 100, ordinairement 1/30).

On traitera les lésions du pharynx (granulations, hypertrophie de la luette et des amygdales), ainsi que les lésions du nez.

H. CUVILLIER.

## LARYNGITE STRIDULEUSE

La laryngite striduleuse est une affection de la seconde enfance caractérisée par des accès de suffocation, débutant brusquement au milieu de la nuit, pouvant se répéter à intervalles plus ou moins rapprochés et se terminant, dans l'immense majorité des cas, par la guérison.

Décrite pour la première fois par Millar et désignée, comme la plupart des dyspnées, sous le nom d'asthme (asthme de Millar, asthme de Wichmann), elle fut confondue avec le croup jusqu'à Bretonneau, qui l'appela angine striduleuse. Les noms de laryngite striduleuse et de faux croup, sous lesquels on désigne indifféremment cette affection, lui ont été donnés par Guersant.

**Symptomatologie.** — Trousseau a tracé de la laryngite striduleuse un tableau demeuré classique et dont voici les principaux passages:

« Un enfant entre l'âge de deux et cinq ans est pris tout à coup au milieu de la nuit, vers onze heures, minuit, une heure, d'un accès