

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

de suffocation. Il se réveille en sursaut, dans une agitation fébrile considérable. Sa toux est rauque, très fréquente, mais forte et bruyante. Sa respiration est haletante, entrecoupée, accompagnée pendant l'inspiration d'un bruit aigu, d'un sifflement laryngien strident. Sa voix, modifiée dans son timbre, éteinte, dans le moment des accès, est rauque, enrrouée dans l'intervalle ; mais, c'est là un fait capital sur lequel je reviendrai, elle n'est presque jamais éteinte comme dans le vrai croup.

« Ces accidents sont portés à un bien autre degré qu'ils ne le sont au début de la diphtérie laryngée : l'oppression, l'anxiété sont quelquefois aussi prononcées que dans la dernière période de l'angine laryngée pseudo-membraneuse.

« Le visage est congestionné, les yeux expriment une profonde terreur ; les caractères de la toux et de la voix, le sifflement laryngien sont tels qu'il y a là, en vérité, de quoi jeter la terreur dans l'esprit d'une famille et effrayer même le médecin. Cependant, après une demi-heure, une heure, deux ou trois heures de cette épouvantable crise, l'accès a cessé ; l'enfant se calme, le sommeil revient, le pouls est moins fréquent, la peau se couvre d'une certaine moiteur, puis le malade se réveille ; la toux est toujours croupale, mais elle est plus humide. Au jour elle est encore plus catarrhale, la respiration est moins siffante et la voix a presque repris son timbre habituel. Assez ordinairement les accidents se répètent plusieurs nuits de suite, et toujours en perdant de leur violence, tandis que les journées sont bonnes, le malade ayant à peine un peu de fièvre ou de malaise et gardant une toux grasse et beaucoup moins rauque.

« En interrogeant les parents, vous apprenez que l'enfant s'est couché bien portant et qu'il s'est endormi d'un sommeil parfaitement tranquille. Quelquefois on vous dira qu'il souffrait un peu depuis quelques jours, qu'il avait pris froid, mais qu'il allait, venait, mangeait, jouait comme auparavant, qu'il avait gardé sa gaité et son entrain accoutumé, qu'en somme il n'y avait rien de changé dans ses habitudes. Enfin, si vous examinez la gorge, quelque soin que vous apportiez à cet examen, vous ne constaterez pas de fausses membranes. La muqueuse est parfois fort rouge, les amygdales peuvent être tuméfiées, et en explorant les régions cervicales et sous-maxillaires, vous ne rencontrez pas de gonflement ganglionnaire. »

Les principaux signes dont la réunion constitue le tableau que l'on vient de lire méritent une étude plus détaillée.

1° *Accès de suffocation.* — Ils débutent le plus souvent, ainsi que nous l'avons déjà dit, au milieu de la nuit, de onze heures du soir à deux heures du matin. La brusquerie du début, la façon tout à fait inattendue dont le faux croup survient n'est pas un des caractères les

moins distinctifs de cette affection. Cependant, il y a souvent eu la veille un léger malaise, un peu de coryza, ou du larmoiement, mais sans qu'aucun signe grave ait pu alarmer les parents.

L'accès est quelquefois unique, souvent il se répète plusieurs fois dans la même nuit. Quand les accès sont multiples, ils diminuent d'intensité ; le premier est toujours le plus grave. On observe alors les phénomènes du tirage : tension des muscles sterno-mastoïdiens, dépression sus-sternale et sus-claviculaire plus ou moins forte, dépression sous-sternale, affaissement de la base de la poitrine avec saillie du ventre. Le tirage survit quelquefois aux spasmes. Mais le plus souvent la respiration augmente d'ampleur dès la fin de la crise. On en compte jusqu'à quatre dans la même nuit. Souvent, après un premier accès qui a lieu vers minuit, on en observe un second au matin et il en peut reparaitre pendant la journée. Les jours suivants, les attaques de faux croup peuvent encore revenir, mais il est rare qu'elles se répètent plus de deux ou trois nuits. Leur violence va d'ailleurs toujours en diminuant.

2° *Toux.* — La toux est caractéristique ; elle est rauque, sèche, retentissante, extrêmement bruyante ; elle a été comparée à divers cris d'animaux, au chant d'un jeune coq, aux jappements d'un chien : c'est une toux sonore et aboyante.

3° *Voix.* — On a vu que Trousseau attachait une très grande importance à ce fait que la voix dans le faux croup n'était presque jamais éteinte comme dans le vrai croup. Il y a des exceptions à cette règle (Archambault) et il serait imprudent de se fonder sur ce caractère pour faire le diagnostic différentiel entre ces deux affections. Dans l'intervalle des accès la voix sort claire *généralement* (Rilliet et Barthez). Pendant l'accès même, elle participe des caractères de la toux : elle est rauque et enrrouée, quelquefois coassante.

4° *Signes généraux.* — Ils peuvent être plus ou moins marqués. Outre l'anxiété, outre l'agitation dans lesquelles l'angoisse respiratoire jette les petits malades, on n'observe point de symptômes nerveux bien marqués, point de délire. L'intelligence n'est pas troublée. Il peut y avoir dans certains cas un peu de fièvre, 132 à 140 pulsations pendant l'accès. Le visage est coloré, la peau chaude, et parfois on observe des sueurs ; mais le plus souvent il n'y a point d'élévation de la température.

La marche de la maladie a été suffisamment décrite pour qu'il n'y ait pas lieu d'y insister ; elle est caractérisée par le retour à la santé, dans l'immense majorité des cas, au bout d'un ou de plusieurs accès de suffocation, survenus soit en une nuit, soit en deux ou trois jours. Cependant, dans certains cas, on peut observer des complications. L'inflammation laryngée peut se propager à la trachée, aux bronches

et même aux alvéoles pulmonaires. On peut observer de la trachéite, de la trachéo-bronchite et même de la broncho-pneumonie. On a vu aussi l'emphysème aigu du poumon.

**Pronostic.** — Généralement bénin, le pronostic de la laryngite striduleuse peut être grave. On en a cité un certain nombre de cas se terminant par la mort au milieu d'un accès de suffocation. De plus, la complication de broncho-pneumonie est ordinairement mortelle.

Si, l'accès une fois terminé, l'enfant s'endort d'un sommeil paisible, tout danger immédiat est conjuré et le médecin pourra se retirer en rassurant la famille; mais il devra la prévenir que des récidives pourront se produire, soit dans la nuit même, soit les jours suivants.

**Diagnostic.** — Un accès de suffocation, de la dyspnée, un tirage plus ou moins prononcé, survenant au milieu de la nuit, permettent le plus souvent un diagnostic facile. Les commémoratifs suffisent, en effet, à éliminer la possibilité de corps étrangers du larynx. L'œdème de la glotte survient, soit au cours d'une affection du larynx, soit au cours d'une hydropisie aiguë ou chronique; les accès de suffocation auxquels il donne naissance laissent après eux la respiration plus ou moins troublée et non intacte comme dans le faux croup. Le spasme glottique survient chez les enfants plus jeunes; il ne produit ni toux, ni raucité de la voix et s'accompagne souvent de convulsions. Il est rare que l'asthme vrai de l'enfance expose le médecin à une confusion avec la laryngite striduleuse.

De toutes les affections qui peuvent simuler la laryngite striduleuse, une seule est vraiment importante au point de vue pratique, tant pour la difficulté du diagnostic différentiel que pour la fréquence des cas embarrassants: c'est le croup. Les commémoratifs tiennent un rôle de premier ordre dans ce diagnostic. Le fait que l'enfant, qui s'est endormi bien portant, avait néanmoins, depuis un ou deux jours, un léger rhume, un coryza, une laryngite, sera un témoignage de grande valeur en faveur de la laryngite striduleuse. L'examen de la gorge, l'absence de fausses membranes pharyngées, d'engorgement ganglionnaire, de jetage nasal et d'expectoration pseudo-membraneuse seront autant d'arguments contre le diagnostic de croup. Mais il faut savoir que, dans certains cas, le diagnostic est des plus délicats. Dans la laryngite striduleuse on peut trouver de la rougeur et du gonflement des amygdales, de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, et alors l'embarras peut être grand. Les caractères de la voix et de la toux n'ont pas en eux-mêmes les éléments suffisants d'une distinction. C'est surtout le croup d'emblée qui peut être confondu avec la laryngite striduleuse, notamment le

croup morbilleux, d'autant plus que la rougeole est une des maladies qui s'accompagnent le plus volontiers de faux croup. Enfin il faut se souvenir que la laryngite striduleuse pourrait se développer à l'occasion d'une angine diphthérique (Trousseau).

**Étiologie. Pathogénie.** — C'est de deux à sept ans que s'observe le plus souvent la laryngite striduleuse, tandis que le spasme glottique affecte les enfants à la mamelle. Exceptionnellement, on observe le faux croup chez les enfants d'un à deux ans, et, moins rarement, après sept ans. Trousseau en a cité un cas mortel chez un collégien de treize ans. Le sexe ne semble pas avoir une grande influence. Il n'en est pas de même de l'hérédité. Il est assez fréquent que dans une même famille le faux croup s'observe dans plusieurs générations et souvent aussi dans la même génération chez plusieurs enfants. Un même enfant peut avoir plusieurs fois le faux croup. Jurine a relaté l'histoire d'une épidémie de faux croup, qui sévit à Genève en 1808, et qui, d'après Rilliet et Barthez, paraît avoir été véritablement la laryngite striduleuse. Les végétations adénoïdes du pharynx semblent y prédisposer<sup>1</sup>.

**Causes déterminantes.** — Ce sont les causes occasionnelles de toute laryngite catarrhale. Le froid y joue un rôle prépondérant. On l'observe parfois au début de certaines maladies infectieuses à détermination laryngée, telles que la rougeole, la coqueluche, la grippe. La dentition aurait une certaine influence (Dechambre).

La nature et la pathogénie des accidents ont été diversement interprétées. On a pensé tout d'abord à une laryngite spéciale donnant lieu à un gonflement passager de la muqueuse laryngée, à une sécrétion visqueuse qui agglutinerait les lèvres de la glotte (Niemeyer). On s'accorde généralement aujourd'hui à en faire une laryngite banale, développée sous des influences variées, mais accompagnée seulement d'un spasme spécial, analogue à celui qui survient lorsqu'une inflammation atteint d'autres conduits muqueux à parois contractiles (œsophage, urèthre). C'est pourquoi cette affection se rencontre surtout chez les sujets nerveux. Peut-être encore l'engorgement des ganglions trachéo-bronchiques favoriserait-il, par son action sur les nerfs récurrents, la production du spasme<sup>2</sup>.

La fréquence de la maladie dans l'enfance est expliquée par l'étroitesse de la glotte inter-cartilagineuse à cet âge. L'apparition nocturne des accès paraît due à ce que, pendant le sommeil, le larynx se congestionne ou que la respiration se ralentit et s'affaiblit au point de devenir insuffisante, ce qui provoquerait le spasme.

1. COUPARD (*Rev. génér. de clinique et de thérapeutique*, 1887).

2. BARÉTY (*Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 1881).

Lorsque l'accès éclate pendant le jour, c'est en général au milieu des jeux de l'enfant, alors que l'agitation du petit malade nécessiterait l'introduction d'une quantité d'air plus grande que ne le comporte le larynx enflammé (Krishaber et Peter<sup>1</sup>).

**Traitement.** — Le traitement classique de l'accès de laryngite striduleuse est celui qui a été préconisé par Graves et par Trousseau. Il consiste à appliquer, pendant dix à quinze minutes de suite, sous le menton et au-devant du cou de l'enfant, une éponge trempée dans de l'eau, aussi chaude que le dos de la main du médecin peut le supporter. On pourra aussi placer au même endroit, pendant deux à trois minutes, un sinapisme.

L'accès terminé, on pourra continuer à appliquer sur le cou un cataplasme ou plus simplement une couche d'ouate recouverte de taffetas gommé. Un bain chaud, des inhalations de vapeur chaude calment la suffocation. Il est bon de rendre humide l'atmosphère de la chambre en y faisant vaporiser de l'eau et d'y maintenir une température tiède. On évitera que les enfants s'exposent à l'air dans l'intervalle des accès. Enfin on a conseillé de prescrire un vomitif<sup>2</sup>. Les antispasmodiques, les narcotiques, les sangsues seront le plus souvent inutiles.

Dans les cas graves, lorsque l'asphyxie est tout à fait menaçante, il ne faut pas hésiter à faire la trachéotomie.

R. WURTZ.

## CROUP

Le croup est connu depuis fort longtemps. On trouve dans Arétée de Cappadoce et dans Galien des descriptions qui se rapportent à cette affection appelée successivement *morbus strangulatorius*, *morbus suffocans*, *garrotillo*. C'est Home (1765) qui lui donna le nom de croup en précisant ses symptômes et ses lésions, mais en ayant le tort de la séparer de l'angine maligne. Cette erreur fut réparée par Sam. Bard (1771) et surtout par Bretonneau, qui montra d'une façon positive l'identité des fausses membranes de la gorge et de celles du larynx; ses idées furent défendues plus tard par Trousseau qui contribua puissamment à propager la trachéotomie.

1. *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, article *Larynx*.

2. 15 à 20 grammes de sirop d'ipéca par cuillerée à café, de cinq en cinq minutes.

**Étiologie.** — On décrit actuellement sous le nom de croup la laryngite diphtérique, la séparant ainsi des autres laryngites pseudo-membraneuses, d'ailleurs exceptionnelles. C'est une affection contagieuse au premier chef, tantôt épidémique, tantôt sporadique, s'observant sous tous les climats, mais de préférence dans les pays froids et humides. Elle est propre à l'enfance, apparaissant surtout chez les sujets de deux à trois ans; plus rare dans l'adolescence, elle est exceptionnelle à l'âge adulte.

Quelquefois le croup est la première manifestation de la diphtérie: c'est le *croup d'emblée* (1/8 des cas, Sanné; 1/20, Peter); d'autres fois il succède à de la bronchite diphtérique (*croup ascendant*); mais le plus souvent il est précédé par une angine pseudo-membraneuse (*croup descendant*); généralement il apparaît du deuxième au quatrième jour de son évolution, mais il peut aussi se montrer beaucoup plus tard quand les fausses membranes de la gorge ont déjà disparu. Un tiers environ des angines diphtériques est suivi de croup.

La diphtérie consécutive à la rougeole s'accompagne très fréquemment de croup; au contraire le larynx est beaucoup plus rarement touché dans la diphtérie consécutive à la scarlatine.

**Anatomie pathologique.** — Les fausses membranes constituent la lésion dominante du croup; elles occupent de préférence les deux faces de l'épiglotte, sa base, les replis aryéno-épiglottiques où elles forment quelquefois deux bourrelets qui rétrécissent l'ouverture supérieure du larynx. De là, elles gagnent les ventricules, qu'elles peuvent tapisser complètement, et la trachée. Dans certains cas, surtout quand l'autopsie a été tardive, ou quand le croup a eu une longue durée, principalement après la trachéotomie, on ne trouve plus de fausses membranes dans le larynx, il n'y en a plus que dans la trachée; elles sont toujours plus nombreuses dans la portion sus-glottique que dans la portion sous-glottique.

Tantôt elles forment un revêtement presque continu, d'une épaisseur variable, pouvant dépasser 2 ou 3 millimètres; tantôt elles se présentent sous l'aspect de petites taches isolées, d'une mince pellicule parfois difficile à apercevoir. Leur couleur varie du blanc au blanc jaunâtre; elles ne prennent que très rarement, comme les fausses membranes pharyngées, l'apparence grisâtre, sale, qui avait fait croire à l'existence de lésions gangréneuses. Les fausses membranes adhèrent plus ou moins suivant leur siège et suivant l'ancienneté du croup; c'est ainsi que, dans les croups anciens et au-dessous de la glotte, elles se détachent parfois avec la plus grande facilité; ce fait explique comment pendant la vie les malades peuvent expectorer des fausses membranes tubulées qui reproduisent le