

*pneumonie*¹. C'est à elle qu'est dû le plus grand nombre des décès après la trachéotomie. Elle est d'autant plus à craindre que l'enfant est plus jeune, surtout s'il est convalescent de rougeole. On l'observe généralement du deuxième au cinquième jour. Du moins c'est à cette date que l'on fait le diagnostic, mais on doit penser que la broncho-pneumonie existait déjà auparavant; Sanné, en pratiquant l'autopsie d'enfants ayant succombé le lendemain de la trachéotomie, a très souvent constaté des lésions de broncho-pneumonie qui ne s'étaient manifestées par aucun symptôme. Cela revient à dire que la broncho-pneumonie est moins due à l'opération qu'au croup lui-même : la preuve en est son extrême rareté après les trachéotomies qui ne sont pas dirigées contre une diphtérie laryngée.

Il en est de la broncho-pneumonie post-opératoire comme de celle qu'on observe au cours du croup : la percussion et l'auscultation n'apprennent presque rien sur elle ; ce sont l'accélération des mouvements respiratoires, la rougeur des pommettes, les modifications de l'expectoration qui la feront reconnaître. La respiration à travers la canule devient serratique, sèche, ou bien au contraire il se produit un gargouillement constant dû à l'écoulement d'une sanie purulente parfois très abondante; en même temps, les lèvres de la plaie s'affaissent, la température s'élève, les ailes du nez battent avec force, le teint se plombe, l'anxiété est extrême. La broncho-pneumonie qui survient quarante-huit heures après l'opération est toujours mortelle; celle qui se montre un peu plus tard, du sixième au huitième jour, guérit quelquefois.

Citons encore d'autres complications de la trachéotomie qui ont une moins grande importance : telles sont la *diphtérie* et l'*inflammation phlegmoneuse* de la plaie, la *gangrène* locale qui amène la production d'un anneau noir autour du pavillon de la canule, les *ulcérations de la trachée* qui se traduisent souvent par une expectoration striée de sang et enfin les *retards dans l'ablation de la canule*. Ils peuvent tenir à plusieurs causes; tantôt ce sont des bourgeons charnus exubérants, des polypes de la trachée, véritables papillomes justiciables de la cautérisation ou de l'ablation; tantôt on a affaire à une *diphtérie prolongée*; tantôt enfin c'est l'état nerveux de l'enfant qui s'oppose à l'ablation de la canule : à la moindre tentative, il survient

1. La broncho-pneumonie diphtérique, bien étudiée par M. DARIER (thèse de Paris, 1885), est due à une infection secondaire, d'origine bucco-pharyngée (Netter) par les streptocoques. On a retrouvé ces microbes dans toutes les autopsies de broncho-pneumonie où l'examen bactériologique a pu être pratiqué. La diphtérie paraît augmenter leur virulence et créer un milieu favorable à leur développement; la trachéotomie, par les modifications qu'elle entraîne dans la température de l'air inspiré, agit peut-être dans le même sens.

des accès de suffocation parfois assez violents pour mettre la vie en danger. En pareil cas, il est recommandé d'agir patiemment, de ne retirer la canule que quelques heures par jour, en laissant auprès de l'enfant une personne capable de la remettre dès qu'il survient de la dyspnée, ou de substituer chaque jour une canule de plus en plus petite; grâce à ces artifices, le malade reprend presque à son insu l'habitude de respirer par le larynx.

Malgré ces complications, la trachéotomie donne des résultats très encourageants : le nombre des sujets guéris est de 22 à 30 pour 100 des opérés. Or, comme on n'opère guère qu'à un moment où le croup a presque toujours dépassé la période pendant laquelle on peut espérer la guérison spontanée, on voit quelle proportion relativement considérable d'enfants atteints de croup l'intervention chirurgicale arrache à la mort.

PIERRE BOULLOCHE.

PHTISIE LARYNGÉE

Historique. — Longtemps on a confondu sous le nom de phtisie laryngée toutes les maladies chroniques du larynx pouvant entraîner sa destruction. Cette confusion subsiste encore dans un important mémoire publié en 1837 par Trousseau et Belloc, qui reconnaissent trois variétés de phtisie laryngée, selon qu'elle est d'origine tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse. Aujourd'hui ce mot est devenu synonyme de tuberculose du larynx.

Les lésions ulcéreuses du larynx chez les phtisiques avaient été décrites par Louis (1825). Mais elles ne furent pas d'abord considérées comme de nature tuberculeuse et on les regarda généralement comme les effets d'une inflammation simple due à la cachexie de l'organisme. Barth (1839) soutint le premier leur nature tuberculeuse, opinion qui fut confirmée par les recherches histologiques de Rokitansky. Néanmoins certains auteurs persistent à admettre, à côté de la laryngite véritablement tuberculeuse, l'existence d'une laryngite simple des tuberculeux, comprise également sous la dénomination de phtisie laryngée. A ce dualisme clinique et pathogénique vint bientôt s'ajouter un dualisme anatomique, créé par les auteurs qui séparaient dans les lésions tuberculeuses deux processus de nature distincte : la granulation et la lésion caséuse. Pour le larynx

comme pour le poumon, ce dualisme anatomique fut détruit par les recherches histologiques de Thaon; puis la découverte du bacille de Koch et sa constatation dans les lésions diverses du larynx chez les tuberculeux ont définitivement établi l'unité du processus de la phtisie laryngée.

Anatomie pathologique. — Tous les éléments constitutifs du larynx peuvent être successivement envahis par le processus tuberculeux, qui se présente ici avec ses caractères ordinaires (granulations miliaires, follicules à centre caséux, bacilles). Ce sont surtout les tubercules caséux que l'on observe dans le larynx.

L'infiltration tuberculeuse, stade de début de la phtisie laryngée et point de départ de toutes les autres altérations, apparaît, sur le cadavre, comme un gonflement uni, tendu, résistant au toucher, gris-perle ou jaune, à surface raboteuse, parfois parsemée de granulations d'aspect caséux. Cette infiltration tuberculeuse correspond à ce que longtemps on a faussement désigné sous le nom d'œdème de la glotte (Gouguenheim¹).

A ce stade d'infiltration succède la phase destructive d'ulcération, par suite de la fonte des tubercules caséux. La description de ces lésions ultérieures sera faite à propos des signes laryngoscopiques.

Étiologie. Pathogénie. — La phtisie laryngée est une des maladies les plus fréquentes de l'organe vocal. Elle peut être aiguë ou chronique et débiter soit en même temps que les lésions pulmonaires, soit avant, soit après.

Née par un certain nombre d'auteurs (Louis, Krishaber, Mackenzie), l'existence de la tuberculose laryngée primitive a été nettement établie par les travaux de Progebinski, Fränkel, Salis-Cohen, etc. Nos nouvelles idées sur la nature parasitaire de la tuberculose ont d'ailleurs fait universellement admettre les tuberculoses locales.

Mais dans le cours de l'évolution de la lésion laryngée, le poumon se trouve toujours envahi et ce fait indique toute l'importance d'un diagnostic laryngoscopique précoce.

Le rapport entre la tuberculose laryngée et la tuberculose pulmonaire varie notablement selon les auteurs. Si l'on s'en rapporte à la statistique de Schæffer qui examinait au laryngoscope tous les malades qui venaient consulter pour leurs poumons, la proportion serait de 97,4 pour 100.

Rare pendant l'enfance et la vieillesse, la maladie frappe surtout l'âge adulte entre vingt et quarante ans; les hommes sont plus souvent atteints que les femmes (2/1), ce qui tient évidemment aux surmenages de toutes sortes auxquels l'homme est plus exposé que la femme.

1. GOUGUENHEIM et TISSIER, *Phtisie laryngée*, Paris, 1889.

L'infection de l'organe se fait soit par la voie vasculaire, artérielle ou lymphatique, soit par la voie épithéliale. La vieille théorie de Louis, soutenant que les ulcérations étaient dues à l'action corrosive des crachats, modifiée dans le sens des idées nouvelles, a trouvé un appui considérable dans les découvertes établissant la spécificité et l'inoculabilité de la tuberculose. Les bacilles dont les crachats pulmonaires sont chargés se greffent sur la muqueuse laryngée et y produisent les lésions spécifiques.

Symptomatologie. — La description clinique de la phtisie laryngée comprend deux formes : 1° la phtisie chronique vulgaire, avec ses modalités symptomatiques si complexes; 2° la phtisie miliaire aiguë pharyngo-laryngée. Cette seconde forme est très rare.

PHTISIE LARYNGÉE CHRONIQUE. — Elle se divise en trois périodes : 1° une période de début, dite catarrhale ou épithéliale, qui correspond à l'invasion de l'organe par le bacille; 2° une période d'état, pendant laquelle évolue le tubercule (infiltrations, ulcérations, végétations); 3° une période de terminaison avec phénomènes d'aggravation (carie, nécrose, cachexie généralisée et mort), ou au contraire avec phénomènes de régression et guérison possible.

Les symptômes observés pendant ces diverses périodes sont de deux ordres : fonctionnels et objectifs.

Symptômes fonctionnels. — Dès le début de l'affection, la *voix* est atteinte dans sa hauteur et son intensité. A ces troubles assez légers, appréciables surtout chez les chanteurs, succède bientôt un enrrouement d'abord intermittent, cédant facilement à une médication appropriée, variant et récidivant sous l'influence des moindres causes. S'accroissant peu à peu, l'enrouement prend les timbres les plus divers : muqueux, strident, éraillé, rauque, tremblotant, bitonal et de crécelle.

Puis, le malade ne peut plus émettre que des sons soufflés plutôt qu'articulés (voix éructante). Les cordes vocales sont déchiquetées, détruites; la glotte est béante. L'enrouement survient-il chez un individu offrant peu ou pas de signes pulmonaires, la marche en sera lente. Des phtisiques pulmonaires avancés, au contraire, en quelques jours deviennent complètement aphones.

La voix se conserve dans certains cas, bien que le larynx soit profondément atteint, à condition toutefois que les lésions aient respecté les cordes vocales inférieures.

Dès le début de la tuberculose laryngée il peut exister des dysphonies et aphonies fonctionnelles. Le laryngoscope décèle un rapprochement insuffisant, une tension imparfaite des cordes, une paralysie unilatérale du récurrent. La muqueuse n'offre, comme lésion, qu'une anémie notable.

La *dysphagie* est un des symptômes fréquents de la tuberculose vocale; près d'un tiers des malades en sont atteints. La difficulté qu'elle apporte à la nutrition et par là même son retentissement sur l'état général lui donnent une importance toute particulière. Son intensité peut être très variable. Tantôt ce n'est qu'une simple gêne; parfois au contraire, la douleur est si vive que les malades s'abstiennent de manger.

La *douleur* peut irradier du côté des oreilles; elle est plus intense ordinairement d'un des côtés, ce qui est en rapport avec les lésions de la muqueuse laryngée (propagation de la douleur par les filets sensitifs du pneumogastrique à la branche sensitive auriculaire qui naît du ganglion du nerf vague).

A cette dysphagie douloureuse vient se joindre une dysphagie mécanique quand l'épiglotte, profondément altérée, ne peut plus remplir ses fonctions et laisse pénétrer les aliments dans le larynx.

Cette dysphagie est due le plus souvent à des ulcérations de l'épiglotte et de la région aryténoïdienne. Mais parfois la dysphagie existe sans ulcérations; il faut tenir compte alors de l'état d'irritation de la région, des poussées congestives, des mouvements physiologiques du larynx exerçant sur l'organe une certaine compression.

Dans d'autres cas enfin, la dysphagie est en rapport avec des lésions tuberculeuses de l'œsophage, du pharynx, de la base de la langue.

La douleur spontanée est rare ordinairement (12 pour 100 des cas). Ce n'est en général qu'une sensation de gêne, de picotement au niveau de l'espace thyro-hyoidien. Elle devient cependant très vive s'il y a altération d'un récurrent ou périchondrite.

La douleur à la pression est de même l'exception, sauf le cas de périchondrite.

La parole, la toux causent aux malades de la fatigue plutôt qu'une véritable douleur.

La *toux* est surtout en rapport avec les altérations pulmonaires. Elle existe cependant par suite même de la laryngite (régions tussigènes de Vulpian et de Herff, notamment la région inter-aryténoïdienne). Elle est saccadée, quinteuse, coqueluchoïde; son timbre a les mêmes caractères que la voix.

La *dyspnée*, d'origine laryngienne, se produira toutes les fois que les lésions de l'organe amèneront un rétrécissement de la lumière du conduit et opposeront un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons (périchondrites, poussées congestives, végétations, paralysie des dilatateurs, arthrites crico-aryténoïdiennes).

L'auscultation du larynx ne donne aucun résultat sérieux; mais, s'il y a sténose laryngée, l'auscultation pulmonaire se trouve rendue

très difficile et la propagation du souffle laryngo-trachéal peut masquer des lésions thoraciques souvent très profondes.

L'*expectoration* est due surtout aux lésions pulmonaires. Parfois cependant on pourra retrouver des fragments de cartilage nécrosé (aryténoïde, cricoïde), ou de petites végétations (forme pseudopolypeuse). On a rapporté des cas d'hémorragies laryngées. Au laryngoscope, on voit une ulcération profonde, rouge ou noirâtre. L'hémorragie ne s'accompagne pas de toux; il n'y a pas de râles sous-crépitants dans la poitrine. Quand l'hémorragie est terminée, le malade ne rejette plus que des mucosités sanguinolentes; la parole est voilée.

Très abondante dès le début, la salive peut à la période ultime s'écouler sans cesse de la bouche du malade, soit par suite de la gêne de la déglutition, soit qu'il y ait une véritable hypersécrétion des glandes salivaires. Cette *salivation* exagérée n'atteint jamais le même degré que dans le cancer du larynx.

Consécutivement à des lésions épiglottiques et à la douleur, on a pu observer des vomiturations et de véritables *vomissements*.

Tant qu'il n'y a pas dysphagie, l'état général peut rester assez satisfaisant, malgré des lésions laryngées avancées. Il est surtout en rapport avec les lésions pulmonaires. Mais, dès que la dysphagie s'accroît, la cachexie fait des progrès rapides.

Les symptômes fonctionnels, on le voit, sont essentiellement variables selon les périodes de la maladie. A la première n'apparaissent guère que les troubles de la phonation; à la deuxième et à la troisième, la dyspnée, la dysphagie se manifestent.

Symptômes objectifs. — Pour établir le diagnostic d'une façon précise, il est absolument nécessaire qu'à l'étude des troubles fonctionnels vienne se joindre l'*examen laryngoscopique*.

Au *début*, les lésions sont les suivantes: décoloration du voile du palais, anémie de la muqueuse laryngienne ou teinte hémorragique, disséminée par plaques, parfois uni-latérale, des cordes vocales inférieures; état velvétique de la région inter-aryténoïdienne (très importante pour le diagnostic précoce); rougeur et infiltration légère des aryténoïdes et des replis ary-épiglottiques, érosions en coups d'ongle des cordes inférieures.

La *période d'état* est caractérisée par l'infiltration et l'ulcération.

L'*infiltration* peut atteindre toutes les parties du larynx qui est alors totalement déformé. Cependant sa localisation est de préférence *postérieure* et elle donne lieu à un gonflement des aryténoïdes (en pains de sucre) uni ou bilatéral, et de l'espace inter-aryténoïdien, des cordes vocales à leur attache aryténoïdienne. L'épiglotte envahie prend les aspects les plus divers (en turban, en fer à cheval, en

phimosis). La face inférieure des cordes peut être atteinte; il y a laryngite sous-glottique totale ou partielle avec symptômes menaçants de sténose et d'asphyxie.

De l'infiltration tuberculeuse proviennent tous les phénomènes destructifs de la phtisie laryngée. Les *ulcérations* sont très fréquentes (193 fois sur 300 cas, d'après H. Mackenzie). Elles portent sur la région aryénoïdienne, les replis, les bandes ventriculaires.

Aux cordes vocales inférieures, elles sont intéressantes à étudier: linéaires, en coups d'ongle, en croissant, en dents de scie, occupant toute la longueur ou séparant la corde en plusieurs fragments, ordinairement en deux, rétractés vers les commissures. Enfin la destruction de la corde peut être complète; elle n'apparaît plus dans le miroir que comme une petite ligne d'aspect jaunâtre.

Les ulcérations peuvent être bourgeonnantes et le bourgeonnement simule dans certains cas de véritables polypes papillaires.

A côté de cette forme commune dans l'évolution de la phtisie laryngée, signalons la tuberculose *polypeuse* ou *végétante*. Les néoplasmes tuberculeux du larynx se divisent en trois formes: 1° les hyperplasies granuleuses; 2° les excroissances papillomateuses; 3° les véritables tumeurs tuberculeuses. Au début de cette forme, il n'y a ni ulcérations, ni base d'infiltration sous les végétations. La muqueuse voisine est saine. Elle frappe de préférence les sujets jeunes sans altérations pulmonaires bien nettes. La localisation en est variable; comme dans toutes les autres manifestations de la tuberculose laryngée, la région postérieure est de préférence atteinte.

Les symptômes se manifestent du côté de la voix ou de la respiration. Après leur ablation, les masses tuberculeuses récidivent avec la plus grande facilité et, au bout d'un certain temps, tandis que les poumons se prennent, la tuberculose laryngée végétante se transforme en phtisie laryngée commune.

Au cours de la phtisie laryngée se développent des sténoses glottiques, une des complications les plus redoutables. Elles sont dues tantôt à l'infiltration de la muqueuse et du tissu conjonctif, aux végétations tuberculeuses, aux lésions des cartilages et des articulations crico-aryénoïdiennes, tantôt à des lésions musculaires et nerveuses. Les amyotrophies portant sur les abducteurs des cordes (muscles crico-aryénoïdiens postérieurs) sont primitives ou secondaires aux altérations des aryénoïdes et de leurs articulations; parfois elles seraient d'origine centrale.

Les sténoses névropathiques relèvent de lésions des récurrents. Il peut y avoir névrite par compression (plèvre, adénopathie de la chaîne récurrentielle) ou par autre cause. Le symptôme dominant, l'adduction des cordes, est dans certains cas une des premières ma-

nifestations laryngées de la phtisie. La voix est à peine enrouée, la respiration facile à l'état de calme; mais, sous la moindre cause, éclatent des accès de dyspnée menaçante. La nuit, la respiration est bruyante (cornage). Les sténoses névropathiques sont parfois transitoires (spasmes) et se rattachent alors à des irritations de la muqueuse.

La troisième période est la *période nécrosique* d'Isambert. Les ulcérations gagnent en profondeur. Les articulations, les cartilages sont envahis (cartilages de Wrisberg, aryénoïdes, épiglotte, thyroïde, cricoïde). La périchondrite évolue lentement; des abcès se forment avec fistules cutanées; des portions de cartilage sont expulsées par la toux. D'autres fois, un pseudo-œdème considérable se développe rapidement, obstruant le larynx. L'asphyxie est imminente; la trachéotomie s'impose d'urgence.

Enfin, le larynx subit une véritable fonte purulente; au laryngoscope, on n'a plus que l'image de fougosités recouvertes d'une suppuration abondante. Le malade, complètement aphone, en proie à une dyspnée et à une dysphagie intenses qui l'épuisent, meurt au milieu des plus vives souffrances.

PHTISIE MILIAIRE AIGÜE PHARYNGO-LARYNGÉE¹. — Dans cette forme, beaucoup plus rare que la forme chronique, les lésions laryngées se caractérisent par de petites granulations grises et semi-transparentes ou jaunâtres et opaques, s'énucléant et laissant de petites ulcérations arrondies, cupuliformes, isolées ou confluentes. Le siège le plus fréquent est l'épiglotte; l'éruption ne s'étend guère dans le larynx au delà des bandes ventriculaires.

Marche. Pronostic. — La marche de la lésion locale dépend du siège de l'affection dans le larynx et surtout de l'état des poumons. La phtisie laryngée primitive peut évoluer sans grand retentissement sur l'état général. Quand, par contre, la dysphagie apparaît, quand les poumons se prennent, la consommation est alors rapide.

La phtisie laryngée aggrave toujours d'une façon notable le pronostic de la tuberculose pulmonaire.

Diagnostic. — Le diagnostic positif, facile quand des lésions laryngées coexistent avec la tuberculose pulmonaire, devient très délicat si les résultats de l'auscultation sont incertains ou négatifs. Nous insisterons de nouveau sur l'importance, au début de la phtisie laryngée, de l'anémie de la muqueuse, avec paresthésie de l'organe et parésie des cordes; sur l'opiniâtreté et les récidives de catarrhe à marche traînante; sur l'infiltration de la région inter-aryénoïdienne, avec lésions des cordes vocales inférieures.

1. ISAMBERT, *Confér. cliniques sur les mal. du larynx*, Paris, 1877.

Le *catarrhe simple* se distinguera par une rougeur généralisée, par l'aspect de la muqueuse lisse, unie, sans gonflement ni ulcération. Notons que, sous l'influence du froid, un tuberculeux pulmonaire peut être atteint de laryngite catarrhale simple (laryngite des tuberculeux). La *laryngite chronique hypertrophique* se distinguera par les lésions voisines (pharynx, nez), par l'état des poumons.

Dans les *paralysies vocales*, par lésion des récurrents, l'examen du thorax et de l'état général fera éliminer les causes possibles de compression nerveuse avant d'admettre celle due à la dégénérescence tuberculeuse des ganglions.

Le diagnostic avec la *syphilis* est aisé à la période secondaire (aspect grisâtre en saillie des plaques muqueuses; liséré carminé, inflammatoire; érythème de la commissure antérieure ou du bord libre des cordes; injection totale de la muqueuse). La voix seule est prise. Les gommes non ulcérées se reconnaîtront à leur aspect rouge d'abord, puis jaunâtre, à leur surface lisse, à leurs contours arrondis, à leur siège glottique et surtout épiglottique. S'il existe des ulcérations, on se rappellera que, contrairement à la tuberculose, la syphilis marche de haut en bas; l'épiglotte est de préférence atteinte. Les ulcérations taillées à pic, arrondies, indurées, à fond grisâtre et sanieux, entourées d'un gonflement dur et rouge, sont rarement plus de deux ou trois; fréquemment on n'en trouve qu'une. Elles gagnent rapidement en surface et en profondeur, aboutissent à des pertes de substance considérables et guérissent sous l'action du traitement général. La syphilis et la tuberculose peuvent être associées.

Dans le *cancer*, la douleur est beaucoup plus vive; la voix a un timbre rauque spécial (voix de bois); la salivation, rosée ou sanglante, est excessive, fétide; il y a des adénopathies secondaires; la dysphagie est très marquée. La tumeur est arrondie, bien circonscrite, largement implantée, rouge violacé; ou l'infiltration est diffuse, lisse ou mamelonnée. Les fongosités en choux-fleurs ulcérées, bourgeonnantes, sanieuses, avec hémorragies fréquentes et douleurs atroces, se reconnaîtront aisément.

Les *polypes* ont un siège différent des végétations de la phtisie polypeuse (cordes vocales inférieures); la muqueuse environnante est saine. Parfois le diagnostic peut être très délicat: on fera l'examen histologique des fragments enlevés.

Enfin, nous dirons quelques mots du *lupus*. Lupus du larynx et phtisie laryngée ne sont que deux manières d'être différentes de la même infection, relevant l'une et l'autre du bacille de Koch. Le lupus du larynx, le plus ordinairement secondaire à une lésion cutanée, peut aussi être primitif. Les lésions débutent en général à l'épi-

glotte: le fibro-cartilage devient rouge intense, s'infiltré, se couvre de granulations circonscrites, d'ulcérations à fond rouge, granuleux, saignant difficilement, à sécrétion peu abondante, sans œdème périphérique. A un stade plus avancé, on trouve des cicatrices plus ou moins irrégulières, blanchâtres, déprimées ou saillantes, pouvant elles-mêmes s'ulcérer. Peu de symptômes fonctionnels au début: pas de douleur, rarement de la dysphagie; voix intacte. Le lupus du larynx, à cette période, *demande à être cherché*. Cependant avec l'évolution, essentiellement chronique d'ailleurs, les symptômes fonctionnels peuvent s'accroître: il existe alors de l'enrouement, parfois de l'aphonie; la dyspnée, assez rare, nécessitera dans quelques cas la trachéotomie.

Traitement. — Le *traitement général* est le même que pour la tuberculose pulmonaire

Le *traitement local*, de première importance, doit varier selon les périodes de la maladie et les symptômes prédominants. Il est médical ou chirurgical.

Le *traitement médical* consiste en pulvérisations, pansements intra-laryngiens (ouate ou éponge), injections (sous-muqueuses ou intra-trachéales).

Contre la douleur et la dysphagie, on emploiera les badigeonnages à la cocaïne (5 à 20 pour 100 de glycérine), à la morphine, au menthol (20 pour 100 d'huile d'amandes douces). Le menthol soit en attouchements, soit en injections intra-trachéales nous a toujours donné les meilleurs résultats contre la dysphagie et contre les pseudo-œdèmes, dont il amène la diminution rapide. On utilisera aussi la morphine en solutions ou en poudre (0,01 à 0,03 à égale partie avec de l'amidon, une ou deux fois par jour), les pulvérisations émoullientes de guimauve et de pavot, de décoction de laitue additionnée d'acide borique (1/100), de solution de bromure de potassium, de chloral, d'eau de laurier-cerise, etc. Les pulvérisations ne dureront pas plus de cinq minutes¹. Contre la toux incessante, les vapeurs de glycérine ont été employées avec succès.

Contre l'état catarrhal du début, on fera des pansements au chlorure de zinc (1/30), au nitrate d'argent (1/50 à 1/20), à la glycérine iodée (1/50).

1. Une excellente formule de pulvérisations est la suivante:

Acide phénique.....	1 gramme.
Bromure de potassium.....	5 —
Eau de laurier-cerise.....	20 —
Glycérine.....	50 —
Eau.....	q. s. pour faire 300 grammes.

Si les douleurs sont très violentes, on ajoutera de la morphine ou de la cocaïne (40 à 60 centigrammes).

Contre les ulcérations, l'iodoforme, très vanté il y a quelques années, est actuellement délaissé; il produit de l'inappétence. On s'est servi aussi de l'iodol, de l'acide borique, de solutions phéniquées. Le naphтол camphré, le salol camphré, pur ou en solution dans le sulfocinate de soude (10 à 15 pour 100), donnent d'assez bons résultats. Mais c'est surtout à l'acide lactique que l'on devra avoir recours (10, 25, 50, 80, 100 pour 100 d'eau distillée). Les premiers pansements provoquant fréquemment du spasme, il sera bon de cocaïner au préalable le malade. De tous les caustiques chimiques, c'est le seul qui ait donné des guérisons durables.

Le traitement *chirurgical* consiste dans l'ablation des masses hypertrophiées ou végétantes, dans le curettage des ulcérations. On touche ensuite les points opérés avec les solutions d'acide lactique. Dans nombre de cas (Hering), les résultats ont été excellents et la guérison des ulcérations laryngées a pu se maintenir pendant plusieurs années, malgré l'envahissement des poumons.

La trachéotomie, considérée par certains auteurs comme une méthode générale de traitement mettant le larynx à l'abri des causes irritantes qui peuvent en augmenter les lésions, sera indiquée toutes les fois qu'il faudra parer à un danger imminent d'asphyxie.

On fera la trachéotomie proprement dite de préférence à la laryngotomie crico-thyroïdienne (carie possible du cricoïde). Dans les cas de sténose par paralysie des dilatateurs, la dilatation par les tubes de Schrötter n'a donné aucun résultat.

H. CUVILLIER.

SYPHILIS LARYNGÉE

Étiologie. — Au cours de la syphilis, après les lésions de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée, les lésions laryngées sont les plus fréquentes. La statistique de Lewin, faite sur tous les syphilitiques traités à l'hôpital de la Charité de Berlin pendant une période de dix-sept années, donne, sur 20 000 cas, 575 manifestations laryngées, dont 500 légères (87 pour 100) et 75 graves (13 pour 100).

La syphilis laryngée est ordinairement précoce; elle apparaît de deux à six mois après l'infection. Très rare chez les enfants, où elle ne se montre guère que comme syphilis héréditaire, elle se rencontre surtout chez les adultes, entre vingt et quarante ans. On peut aussi

l'observer à un âge plus avancé (accidents tertiaires, 16 cas au-dessus de soixante ans, Mackenzie).

Parmi les causes occasionnelles, nous citerons l'abus du tabac, de l'alcool, de la parole. L'influence de la température paraît bien manifeste: dans toutes les statistiques, la syphilis laryngée est plus fréquente en hiver qu'en été.

Description clinique et anatomique. — Les symptômes de l'infection syphilitique sont, dans le larynx, d'ordre secondaire ou tertiaire. L'accident primitif, en effet, n'a jamais été observé dans l'infundibulum; tout au plus en a-t-on signalé la présence sur la face linguale de l'épiglotte (Krishaber).

Période secondaire. — Le *catarrhe* ou *érythème* laryngé est la première manifestation. Son importance, par les troubles apportés à la phonation, est plus grande que sur les muqueuses voisines. Il se caractérise par de la rougeur, de l'œdème, de la sécrétion.

La muqueuse est simplement hypérémiée, ou sa coloration varie du rose rouge au vermillon et au rouge brun. La teinte vermillon, spéciale à l'érythème laryngé de cause syphilitique, est très importante au point de vue du diagnostic laryngoscopique. L'érythème se localise à l'attache antérieure des cordes ou, le plus souvent, il se généralise. Il est tantôt diffus, tantôt par plaques distinctes, nettement limitées.

En même temps, la sécrétion se modifie. Elle devient plus abondante, visqueuse, recouvrant les cordes d'un exsudat blanchâtre; parfois elle se dessèche et forme des croûtes épaisses et adhérentes.

L'œdème (cordes vocales supérieures, région sus-glottique) est ordinairement peu marqué. D'après Eppinger, on le rencontrerait assez souvent dans la syphilis héréditaire des nouveau-nés.

L'épithélium disparaît ou bien s'épaissit. Dès cette période on pourrait, selon certains auteurs, observer des érosions de la muqueuse de grandeur variable. Nous croyons, pour notre part, que l'érythème laryngé syphilitique ne s'accompagne pas d'ulcérations.

On a signalé, avec des érythèmes aigus, la parésie des cordes vocales inférieures.

Non traité, l'érythème laryngien est opiniâtre; il cède, au contraire, rapidement à la médication locale et générale.

En résumé, il n'offre, même au point de vue laryngoscopique, rien de bien caractéristique. Son seul caractère syphilitique est d'apparaître ou de disparaître avec les autres symptômes syphilitiques (Gottstein). Il faudra donc rechercher avec soin les antécédents du malade, les lésions concomitantes (peau, bouche, pharynx).

Les *plaques muqueuses* sont rares. Nous n'avons pu les observer que dans des cas relativement restreints chez les nombreux syphi-