

## XXVI. — ANGINE LARYNGÉE ŒDÉMATEUSE.

Ce n'est point une maladie à part, c'est une affection, un accident dans les maladies du larynx. — Improprement nommée œdème de la glotte. — Cet œdème se développe quelquefois indépendamment d'un état inflammatoire, mais le plus souvent il est sous la dépendance d'une inflammation. — Causes prédisposantes. — Causes occasionnelles. — Se produit fréquemment dans la laryngite chronique. — C'est un mode de terminaison assez commun de ce qu'on a appelé la phthisie laryngée. — Traitement. — La médication topique occupe une place importante. — On est souvent forcé d'avoir recours à la trachéotomie.

MESSIEURS,

Quelques-uns d'entre vous se souviendront sans doute d'une jeune femme de vingt et un ans qui avait été amenée le 24 juin à l'Hôtel-Dieu, où elle fut couchée au n° 20 de notre salle Saint-Bernard, et qui sortit de l'hôpital le 2 juillet, après nous avoir présenté tous les symptômes de l'angine laryngée œdémateuse dont elle guérit heureusement. Une première fois, elle était restée un mois dans nos salles, où nous l'avions traitée pour une péritonite puerpérale. Elle nous avait quittés depuis six semaines, quand elle fut prise d'un violent mal de gorge avec gêne de la déglutition et gonflement notable des amygdales. Cette angine, qui durait depuis dix jours lorsque nous vîmes la malade, avait fait de rapides progrès. Bientôt elle occasionna une gêne de la respiration graduellement portée jusqu'au point de provoquer des accès de suffocation. La dyspnée était accompagnée de sifflement laryngo-trachéal pendant l'inspiration, tandis que l'expiration restait normale et que la voix conservait son timbre naturel. Nous trouvions la malade dans un état d'oppression considérable, le visage pâle et présentant cette expression qu'on observe chez les individus menacés d'asphyxie. Le pouls était petit, misérable; la région sous-maxillaire était tuméfiée, douloureuse. En examinant la gorge, nous voyions la membrane muqueuse pharyngée d'un rouge vif; en portant le doigt vers l'orifice du larynx, nous trouvions un gonflement œdémateux de l'épiglotte et des ligaments aryténo-épiglottiques.

Il n'y avait aucune hésitation possible dans le diagnostic : nous avions affaire à ce qu'on a appelé l'œdème de la glotte.

Nous ordonnâmes aussitôt de faire dans le fond de la gorge des injections d'eau pulvérisée, fortement chargée de tannin. Ces injections furent exactement faites toutes les heures au moyen de l'appareil pulvérisateur que vous connaissez, et qui a été modifié par M. Mathieu.

Sous l'influence de cette médication, les accidents se calmèrent, un mieux notable s'était manifesté. Il n'y avait eu dans la journée qu'un seul accès de suffocation beaucoup moins violent encore que ceux de la veille. La respiration avait repris sa liberté et n'était accompagnée d'aucun bruit anomal. D'un autre côté, la tuméfaction de l'épiglotte et des ligaments aryténo-épiglottiques avait beaucoup diminué.

Nous insistâmes néanmoins sur la médication. Pendant trois jours, il y eut encore un accès de suffocation par vingt-quatre heures; mais, dans l'intervalle, la respiration était naturelle. Bien que la guérison pût être considérée comme complète et que l'état général fût très-satisfaisant, la malade ne quitta l'hôpital que quatre jours après, la convalescence s'étant franchement soutenue.

Un nouvel exemple d'angine laryngée œdémateuse se présente aujourd'hui à votre observation : c'est chez une femme de cinquante-deux ans, couchée au n° 25 de la même salle. Ici l'œdème de la glotte a été consécutif à une laryngite chronique. La répétition, la gravité des accidents, l'imminence du danger, ont nécessité une intervention chirurgicale, et la trachéotomie, seul moyen d'empêcher la mort, a été suivie d'un plein succès.

Dernièrement encore, vous avez pu interroger un malade qui était couché au n° 23 de la salle Sainte-Agnès. Cet homme, âgé de cinquante-huit ans, qui était entré dans mon service pour y être soigné d'un phlegmon profond de la région latérale du cou, portait sur la partie antérieure de cette région, 2 centimètres au-dessus de la fourchette sternale, une cicatrice linéaire dont voici l'origine. En 1858, il était dans les salles de mon regrettable confrère Legroux, pour une laryngite chronique de nature syphilitique. Depuis quinze jours déjà on avait institué un traitement spécifique, lorsque tout à coup, dans la nuit, après s'être refroidi, le malade éprouva une grande gêne de la respiration; le lendemain matin, on constatait l'existence d'une laryngite œdémateuse; l'asphyxie était imminente, la trachéotomie fut pratiquée séance tenante. Le péril fut conjuré, et trois jours après l'opération on pouvait enlever la canule. Bientôt cet homme put reprendre avec succès le traitement spécifique qui amena, après quelques semaines, la guérison de la laryngite spécifique.

Je ne dois point, messieurs, laisser échapper l'occasion de vous entretenir d'une redoutable affection qu'il vous a été donné d'observer, dans notre service, un certain nombre de fois depuis plusieurs années. Déjà, dans nos conférences sur la dothiéntérie, j'ai appelé votre attention sur l'œdème de la glotte, à propos de deux malades qui en avaient été atteints, et chez l'un desquels vous aviez pu assister au développement graduel des accidents. En deux autres circonstances, je vous ai montré sur la table d'autopsie les larynx d'individus qui avaient succombé à la phthisie tuberculeuse, et dont l'un encore avait été pris d'une angine laryngée

œdémateuse qui força de recourir à la trachéotomie, comme chez notre femme du n° 25 de la salle Saint-Bernard. Enfin, en vous parlant des complications de la scarlatine, je vous ai signalé cet œdème de la glotte parmi les accidents qui pouvaient survenir dans la période de décroissance de cette pyrexie.

Par œdème de la glotte on entend une affection caractérisée par une infiltration séreuse, purulente ou séro-purulente, du tissu cellulaire sous-muqueux de l'épiglotte, des replis aryéno-épiglottiques et gagnant ordinairement l'intérieur du larynx. C'est si bien là ce qu'on appelle œdème de la glotte, que tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet donnent, comme un moyen d'arriver au diagnostic, l'exploration par le toucher, qui permet, suivant eux, de constater l'état des parties. Or, quelque profondément qu'il soit porté dans l'arrière-gorge, le doigt ne peut atteindre que l'épiglotte et les ligaments aryéno-épiglottiques; il ne saurait aller plus loin. La dénomination d'œdème de la glotte est donc vicieuse, puisque, à proprement parler, ce n'est point la glotte, mais bien l'orifice supérieur du larynx qui, dans la généralité des cas, est le siège du mal. De plus, la tuméfaction des replis aryéno-épiglottiques est à elle seule cause d'accidents bien autrement sérieux que ceux auxquels elle donne lieu lorsque, n'étant point portée très-loin, elle occupe exclusivement les cordes vocales. Si vous considérez la disposition anatomique des replis aryéno-épiglottiques, vous comprendrez que, quand ils se gonflent d'une manière notable jusqu'à former de gros bourrelets tremblotants sous la pression de l'air que chaque inspiration entraîne dans le larynx, ces replis vont s'accoler l'un à l'autre, et fermer, à la façon d'une soupape, la partie supérieure du conduit aërifère, tandis que les cordes vocales, constituées par un tissu plus serré ne se prêtant pas aussi facilement à l'infiltration, ne se tuméfient jamais dans la même proportion. D'ailleurs ceux de nous qui ont été témoins des expériences de M. Czermak avec le laryngoscope<sup>1</sup>, ont pu se convaincre que dans l'inspiration forcée, les cordes vocales s'écartent de manière à constituer une ouverture très-large.

Bien que la dénomination d'œdème de la glotte ait prévalu et prévaille encore dans la pratique, celle d'angine laryngée œdémateuse lui serait préférable. Indépendamment de l'avantage qu'elle présente de ne pas préciser faussement le siège du mal, cette dernière dénomination en exprime le caractère particulier, sans préjuger en rien de sa nature, comme le fait le nom de laryngite sous-muqueuse qui lui a encore été donné, et qui comporte l'idée d'une maladie inflammatoire. Or, si l'œdème aryéno-épiglottique est presque toujours, il est vrai, sous la dépendance d'une inflammation, on ne peut nier que, dans quelques circonstances rares,

1. Voy. Czermak, *Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine*. Paris, 1860, in-8°.

l'inflammation ne joue aucun rôle, ou ne joue qu'un rôle secondaire dans la production de l'œdème.

Ceux d'entre vous qui se rappelleront ce que nous avons dit des accidents de la scarlatine se rappelleront aussi que l'anasarque scarlatineuse peut quelquefois envahir les parties profondes, déterminant des épanchements dans les cavités séreuses, des pleurésies, des péricardites, amenant l'infiltration œdémateuse du voile du palais, de la luette et des replis aryéno-épiglottiques. Je vous ai raconté, à cette occasion, l'histoire d'un enfant que je voyais en consultation avec mon confrère M. Henri, et qui, ayant été pris subitement, dans le décours d'une scarlatine, d'une anasarque considérable, faillit succomber à un œdème des replis aryéno-épiglottiques, lequel céda heureusement à des cautérisations avec le nitrate d'argent, à des insufflations d'alun pratiquées dans l'arrière-gorge. Je vous ai également rapporté à ce propos une autre observation qui venait de m'être communiquée par le professeur Richet : il s'agissait d'un petit malade qui, en des circonstances analogues, avait dû subir l'opération de la trachéotomie pour échapper à une mort imminente. A ces faits on pourrait ajouter ceux que Baudelocque<sup>1</sup> et Barrier<sup>2</sup> ont publiés.

Ces exemples démontrent surabondamment l'existence de l'œdème non inflammatoire de la glotte; et ici l'infiltration se produit dans le tissu cellulaire des ligaments aryéno-épiglottiques au même titre qu'elle se produit dans les autres parties du corps, sans inflammation préalable.

On pourrait objecter, je le sais, que, chez un scarlatineux, il a toujours existé une phlegmasie pharyngienne, que cette phlegmasie étant la cause de la fluxion œdémateuse qui s'est faite dans les ligaments aryéno-épiglottiques, l'œdème est encore de nature inflammatoire; mais ce serait exagérer la portée des faits, car pourquoi ne pas dire aussi que l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané est sous l'influence de l'inflammation dont la peau a été le siège pendant la période d'éruption? Or, l'anasarque scarlatineuse arrive non pas dans cette période d'éruption, mais bien dans le décours de la fièvre scarlatine; de plus, ce ne sont pas toujours les individus chez lesquels l'éruption a été le plus violente qui en sont le plus souvent affectés; bien plus encore, cette anasarque survient chez des malades qui n'ont pas eu d'éruption exanthémateuse. Pour l'œdème de la glotte, il est impossible que l'angine qui a précédé favorise sa production, mais l'inflammation pharyngienne n'est que la cause occasionnelle, la cause prédisposante jouant ici le rôle principal.

Il est permis de supposer, quoique je n'en connaisse pas d'exemple, que cet œdème non inflammatoire peut encore se produire dans toute maladie où nous voyons survenir l'anasarque, comme dans l'albuminurie;

1. Baudelocque, *Gazette des hôpitaux*, 1834.

2. Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance*, t. 1<sup>er</sup>, p. 546.

mais, en dehors de ces cas, l'œdème essentiel de la glotte est loin d'être aussi fréquent que quelques auteurs l'ont prétendu, et, je vous le répète, presque constamment vous verrez l'angine laryngée œdémateuse sous la dépendance d'une phlegmasie, ainsi que l'avait établi Bayle, qui le premier l'a bien décrite.

Elle peut être primitive ou consécutive : primitive, lorsqu'elle est le résultat d'un mouvement inflammatoire qui s'est fait vers le larynx ou vers le pharynx, et simultanément sur les ligaments aryéno-épiglottiques; consécutive, quand elle se rattache à une altération organique du larynx. Elle peut être alors inflammatoire ou active, ou bien non inflammatoire ou passive. Dans le premier cas, l'inflammation s'est propagée du point lésé jusqu'aux ligaments aryéno-épiglottiques; dans le second cas, l'angine laryngée œdémateuse ayant pour point de départ un tissu ulcéré, et par conséquent enflammé, ne saurait être regardée comme indépendante de l'inflammation.

Quelles sont donc les différentes circonstances dans lesquelles cet œdème survient? Mais disons d'abord un mot des conditions qui favorisent sa production.

Ces conditions se trouvent dans la texture même des parties affectées. Vous savez, en effet, messieurs, qu'une phlegmasie de la peau, un furoncle par exemple, donne lieu à un gonflement des parties environnantes qui, dans une certaine étendue, garde l'impression du doigt lorsqu'on exerce une pression sur elles. Ce gonflement œdémateux, résultat d'un afflux de liquides épanchés dans le tissu cellulaire, aura d'autant plus de tendance à se produire, que le tissu cellulaire sera moins serré. Aussi le voyons-nous très-prononcé aux paupières, au prépuce, lorsqu'il se fait en ces régions un appel fluxionnaire, la présence des pustules varioleuses, par exemple, sur les paupières déterminant la tuméfaction considérable de ces voiles membraneux, de même que la présence d'une de ces pustules sur le prépuce peut amener son gonflement jusqu'au point de gêner l'émission des urines. Eh bien! la luette, l'épiglotte, les ligaments aryéno-épiglottiques, présentent les mêmes conditions de structure, et, comme ces organes sont constitués par un tissu cellulaire plus lâche encore, vous comprendrez combien ils auront de tendance à s'œdématiser, non-seulement sous l'influence d'une inflammation qui les aura directement frappés, mais encore sous l'influence d'une inflammation qui, s'étant développée sur des parties voisines, aura amené la stase des liquides et leur épanchement.

Passons maintenant en revue les différentes circonstances dans lesquelles peut survenir l'angine laryngée œdémateuse.

Il y a une trentaine d'années, un matin, au moment où les médecins de l'hôpital Necker arrivaient faire le service, nous nous trouvions, Bricheateau et moi, dans la chambre du vestiaire, lorsqu'on vint nous pré-

venir en toute hâte qu'on apportait à l'hospice un homme qui se mourait dans d'épouvantables accès de suffocation. C'était un vigoureux individu de trente-cinq à quarante ans, qu'on avait ramassé sur le boulevard des Invalides. Son visage exprimait une horrible anxiété; sa respiration, gênée au plus haut point, faisait entendre dans les mouvements d'inspiration un sifflement laryngé, l'expiration était un peu moins difficile.

Nous introduisîmes tout de suite notre doigt profondément dans la gorge, et nous constatâmes une notable tuméfaction de l'épiglotte et des ligaments aryéno-épiglottiques. Interrogeant le malade qui, tout en parlant avec une extrême difficulté, rendait bien compte de son état, nous apprîmes que, la veille au soir, il avait fait de trop copieuses libations chez le marchand de vin, que celui-ci l'avait jeté à la porte; que là, il s'était endormi. La nuit était froide, et, vers le matin, il se réveilla avec un mal de gorge violent presque aussitôt accompagné d'une oppression considérable qui, en une heure ou deux, était arrivée au point où nous la voyions. Le pharynx, que nous examinâmes, était d'un rouge vif, le voile du palais était notablement tuméfié; la luette, augmentée de volume, d'une longueur de plus de 3 centimètres, traînant sur la base de la langue, était infiltrée de sérosité et ressemblait à un gros grain de raisin jaune. Cet œdème de la luette nous faisait comprendre que quelque chose d'analogue existait du côté de l'épiglotte, des ligaments aryéno-épiglottiques, et nous rendait compte des accidents. Nous étions donc en présence d'une angine laryngée œdémateuse. Sous l'influence d'un refroidissement, cet homme avait pris une angine catarrhale, une violente inflammation qui, envahissant toute la gorge, s'étendant jusqu'à l'entrée du larynx, avait frappé l'épiglotte et les ligaments aryéno-épiglottiques, comme elle avait frappé le voile du palais et la luette. On fit la trachéotomie; quelques jours plus tard, le malade était guéri.

Chez la jeune femme du n° 20 de la salle Saint-Bernard, dont je vous ai parlé au commencement de cette leçon, l'affection laryngée, qui présentait des caractères presque aussi alarmants que chez notre malade de l'hôpital Necker, était également sous la dépendance d'une inflammation catarrhale du pharynx.

Ainsi, messieurs, la *pharyngite catarrhale* peut être une des causes de l'angine laryngée œdémateuse. A côté d'elle se range l'*érysipèle du pharynx*, que cet érysipèle se soit primitivement développé dans cette région, ou qu'ayant débuté par la face, il se soit propagé dans le pharynx : vous en trouverez deux exemples dans la thèse de M. Lailler<sup>1</sup>, et empruntés à M. Gubler.

D'une manière plus générale, toute inflammation du pharynx ou de l'arrière-bouche, quels que soient sa nature et son siège, peut occasion-

1. Lailler, thèse *Sur l'œdème de la glotte*, Paris, 1848.

ner l'affection dont nous nous occupons. Une *angine phlegmoneuse franche*, le *phlegmon de la base de la langue*, une inflammation déterminée par la présence d'une *tumeur cancéreuse* de cet organe, amèneront, dans quelques cas, l'œdème de la glotte, lorsque la fluxion inflammatoire s'étend jusqu'à l'épiglotte et jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques.

Disons-le toutefois, les circonstances dans lesquelles l'angine laryngée œdémateuse est la conséquence d'une inflammation venue des parties supérieures, ou ayant directement frappé les ligaments aryténo-épiglottiques, sont beaucoup plus rares que celles dans lesquelles l'angine laryngée œdémateuse est sous la dépendance d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique, du larynx lui-même.

On comprend avec quelle facilité le mouvement fluxionnaire qui accompagne l'inflammation aiguë du larynx peut s'étendre jusqu'aux ligaments épiglottiques et jusqu'à l'épiglotte, et déterminer dans le tissu cellulaire qui entre dans leur composition une accumulation plus ou moins considérable de sérosité. Cet accident s'observe principalement dans la *laryngite striduleuse*, dans cette forme de la laryngite dont il a été question dans une précédente leçon, et qui, rare chez l'adulte, est si fréquente chez l'enfant. Il est assez commun, en effet, de voir dans cette maladie un œdème des membranes muqueuses, non-seulement se produire dans le larynx lui-même, mais encore s'étendre aux ligaments aryténo-épiglottiques; aussi les accès de faux croup nous présentent-ils le symptôme caractéristique de l'angine laryngée œdémateuse, l'inspiration sifflante, plus difficile, plus pénible que l'expiration.

En vous faisant l'histoire de la variole, je vous ai signalé les accidents laryngés que nous rencontrons dans la période d'éruption; je vous ai parlé de trois malades enlevés par d'épouvantables accès de suffocation, je vous ai dit que chez un de ces malades on trouva, à l'autopsie, des traces d'inflammation dans le larynx et des pustules varioliques au-dessous de la glotte. Je ne sais si l'on a cité des exemples d'angine laryngée œdémateuse dus à la variole; mais en présence de ces cas, on peut s'imaginer que cette affection est susceptible de survenir dans le cours de la petite vérole par le fait du développement de pustules sur les ligaments aryténo-épiglottiques ou dans leur voisinage.

Mais ce qui donne le plus souvent lieu à l'angine laryngée œdémateuse, ce sont les affections plus profondes du larynx: c'est la *laryngite ulcéreuse*, soit aiguë, soit chronique, comprenant plusieurs espèces que l'on a longtemps désignées sous le nom générique de *phthisie laryngée*; c'est la *laryngite ulcéreuse* non spécifique, la *laryngite ulcéreuse syphilitique*, la *laryngite ulcéreuse cancéreuse*, la *laryngite ulcéreuse tuberculeuse*.

En dehors des cas où elle survient à la suite des fièvres graves, ainsi que vous en avez vu des exemples chez les deux malades dont je vous ai

parlé dans nos conférences sur la dothiéntérie, en dehors de ces cas, la laryngite ulcéreuse non spécifique, qu'on pourrait appeler *essentielle*, est rare. Généralement cette laryngite ulcéreuse rentre dans l'une des autres espèces que je viens de vous énumérer, et dont la plus commune est la laryngite tuberculeuse, à laquelle devrait être réservée la dénomination de *phthisie laryngée*, bien qu'ici encore cette expression soit mauvaise.

En effet, messieurs, dans l'acception rigoureuse et littérale du mot, on doit entendre par *phthisie laryngée* une maladie chronique du larynx pouvant par elle-même donner lieu à la consommation. Or, en raison de la disposition anatomique des parties, le plus souvent les malades succombent à l'angine œdémateuse, avant d'arriver au dernier degré du marasme.

Pourtant, quoique ces cas soient très-exceptionnels, la mort peut être la conséquence de la *consommation*. A vrai dire, il semble difficile, au premier abord, de comprendre comment une phlegmasie du larynx peut, par elle seule, amener la consommation. Si l'on conçoit que l'inflammation chronique, l'ulcération, la suppuration des reins, de l'intestin, de la vessie, d'une grande masse de tissu cellulaire, puissent spolier chaque jour la masse du sang, susciter des réactions fébriles et jeter le malade dans le marasme, on ne conçoit plus qu'il en soit ainsi pour le larynx, dont les surfaces malades sont si peu étendues, la suppuration qu'elles fournissent si peu abondante, les relations sympathiques si peu importantes. Mais ici il faut considérer autre chose. Les ulcérations se sont creusées profondément et se sont étendues au larynx; l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques participent à l'inflammation; depuis longtemps ils sont boursoufflés, pas assez cependant pour obstruer complètement le passage de l'air; ils ont acquis une irritabilité exagérée; le larynx, dont les muscles ont subi une modification pathologique, ne peut plus agir comme à l'état normal. Le malade respire mal; une toux incessante, provoquée par le passage de l'air sur les parties affectées qu'il irrite, l'empêche de goûter un instant de sommeil; cette toux est encore excitée par le contact des matières alimentaires et des boissons qui, en raison même de la gêne de la déglutition, s'engageant à chaque instant dans les voies aërières, font craindre la suffocation. Dans ces conditions, le malheureux malade finit par ne plus vouloir prendre de nourriture, ou ne mange que quand il y est forcé par un impérieux besoin. Son alimentation est donc insuffisante, et il tombe dans un état d'émaciation qui le conduit au tombeau.

Cette *phthisie laryngée* est, je le répète, un mode de *terminaison exceptionnel* de la laryngite ulcéreuse. Le plus ordinairement la mort arrive par le fait de l'angine œdémateuse, dont la maladie du larynx a occasionné le développement.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de la laryngite ulcéreuse, qu'elle soit simple ou syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse, l'angine œdémateuse peut se produire quand il n'y a encore que des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins nombreuses.

Ainsi, messieurs, il vous arrivera fréquemment de voir des individus qui, ayant une extinction de voix à la suite d'accidents vénériens, parleront de plus en plus difficilement, en même temps que leur respiration deviendra de plus en plus pénible. Puis, cette gêne de la respiration, qui ne se manifestait d'abord que lorsque les malades faisaient des efforts, lorsqu'ils avaient marché plus vite que d'habitude, ou qu'ils avaient monté un escalier, cette gêne de la respiration finit par persister, même quand celui qui en est affecté reste dans le repos le plus absolu. L'inspiration, plus gênée encore que l'expiration, est accompagnée d'un sifflement laryngé caractéristique, et les accidents vont grandissant jusqu'à ce qu'un jour surviennent de véritables accès de suffocation. En portant le doigt en arrière de la langue, on peut s'assurer de l'état de l'épiglotte et des ligaments aryéno-épiglottiques, dont on constate le gonflement, le boursoufflement œdémateux. Cet œdème de la glotte est sous la dépendance de la phlegmasie du larynx, caractérisée elle-même par la présence d'*ulcérations syphilitiques* primitives ou consécutives, soit qu'elle ait attaqué le larynx de prime abord, soit qu'elle ait débuté par le pharynx.

Même chose s'observe chez les individus atteints de *laryngite tuberculeuse*, dont les lésions les plus communes sont constituées, soit par des *érosions* n'intéressant que le chorion muqueux, soit par des *ulcérations* qui se présentent avec de grandes variétés de nombre, de forme, d'étendue et de profondeur. En général, le nombre de ces ulcérations est en raison inverse de leur étendue, bien qu'il ne soit pas rare d'en trouver une seule très-petite, siégeant, par exemple, sur le bord d'une des cordes vocales ou dans le fond d'un des ventricules. Elles peuvent envahir tout le larynx, les cordes vocales, les ligaments aryéno-épiglottiques, la membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte, ainsi que M. Belloc et moi en avons rapporté et fait dessiner un remarquable exemple<sup>1</sup>. Quant à leurs formes, ces ulcérations sont tantôt arrondies, tantôt irrégulièrement circonscrites; leurs bords sont parfois taillés à pic, parfois aplatis; leur profondeur est également variable. Dans le plus grand nombre des cas, elles ont évidemment commencé par la membrane muqueuse; mais, d'autres fois, on trouve des abcès sous-muqueux, et ici on ne peut douter que les ulcérations ne se soient faites comme se font certaines plaies fistuleuses à la peau. Que, sous l'influence d'une cause qui nous échappe, ou que, sous l'influence d'une irritation produite par un refroidissement, il survienne

1. Trousseau et Belloc, *Traité de la phthisie laryngée*.

une inflammation plus aiguë de la membrane muqueuse autour de ces ulcérations, le mouvement fluxionnaire pourra se propager jusqu'aux ligaments aryéno-épiglottiques, déterminer une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire qui entre dans leur composition, et les accidents de l'angine laryngée œdémateuse se produiront.

Lorsque, quelle que soit encore la nature de la phlegmasie chronique du larynx, cette phlegmasie a entraîné la *nécrose* ou la *carie des cartilages*, l'œdème de la glotte survient fatalement; il devient, pour ainsi parler, un fait nécessaire.

Ces altérations des cartilages du larynx se rencontrent dans les laryngites ulcéreuses simples, dans celles, par exemple, qui se déclarent à la suite des fièvres, je pourrais dire des maladies graves. Je vous rappelle encore, à ce propos, les faits que nous avons observés ensemble, et sur lesquels je me suis trop longuement appesanti en passant en revue les accidents consécutifs à la dothiéntérie, pour qu'il soit besoin d'y revenir. Ces altérations des cartilages se rencontrent dans la laryngite ulcéreuse syphilitique, mais elles ne sont nulle part plus communes que dans la laryngite ulcéreuse tuberculeuse.

Les ulcérations, en se creusant profondément, arrivent jusque sur les cartilages, qu'elles dénudent; alors, suivant que l'inflammation ulcéralive a marché plus ou moins rapidement, on trouve, dans le premier cas, ou bien la nécrose sans ossification préalable, ou bien la carie de ces cartilages; dans le second cas, leur nécrose avec ossification. La nécrose sans ossification s'observe dans les laryngites ulcéreuses aiguës consécutives aux fièvres graves; la carie, que je n'ai jamais vue coïncider qu'avec la laryngite tuberculeuse, s'observe presque toujours chez de très-jeunes sujets, tandis que chez des individus plus avancés en âge, lorsque la laryngite a duré longtemps, c'est la nécrose que l'on rencontre, toujours alors accompagnée de l'ossification; celle-ci a même nécessairement précédé celle-là, la lésion ulcéreuse, qui est la cause de la nécrose, ayant commencé par déterminer une inflammation du péri-chondre, et, par suite, un épanchement osseux dans le cartilage sous-jacent; puis, l'ulcération arrivant jusqu'au cartilage ossifié, celui-ci se nécrose d'autant plus facilement que l'ossification l'a privé d'une plus grande partie de sa vitalité. C'est parce que, chez les vieillards, cette ossification des cartilages est un fait assez ordinaire, que chez eux la laryngite chronique simple, indépendante de tout état diathésique, amène les altérations du larynx dont nous parlons, et consécutivement l'œdème de la glotte, comme cela est arrivé pour la malade du n° 25 de la salle Saint-Bernard.

La nécrose du cartilage une fois produite, vous allez comprendre, messieurs, comment l'angine laryngée œdémateuse en sera la conséquence pour ainsi dire forcée. Il en est ici comme pour les os nécrosés, dont les séquestres doivent fatalement être expulsés, comme d'ailleurs pour tous

les tissus, quels qu'ils soient, pour le tissu cellulaire par exemple, dont les parties frappées de mort sont nécessairement séparées des parties vivantes; la rapidité avec laquelle se font cette séparation et cette élimination restant subordonnée à la vitalité des tissus.

Qu'arrive-t-il pour les os? L'irritation causée par le séquestre appelle une inflammation suppurative, et, si la nécrose est sous-cutanée, le pus finit tard ou tôt par se faire jour au dehors. Quelquefois l'ouverture de l'abcès se cicatrise, mais celui-ci se rouvre bientôt, à moins que d'autres n'apparaissent dans le voisinage pour donner issue au pus continuellement sécrété; en définitive, il s'établit une fistule qui persiste jusqu'au moment où les dernières parties mortifiées auront été éliminées. Cependant, l'inflammation se propageant aux parties molles, celles-ci se tuméfient et deviennent le siège d'un engorgement œdémateux.

Dans la nécrose des cartilages du larynx les choses ne se passent pas différemment. Du moment que la nécrose existe, que ce soit le cartilage cricoïde qui soit malade, ce qui est le fait le plus ordinaire, que ce soit le cartilage thyroïde, ce qui est plus rare, il faut de toute nécessité que la partie nécrosée soit éliminée. Or, tout le temps que dure le travail éliminatoire, il s'établit une suppuration; des abcès se forment sous la membrane muqueuse laryngée qu'ils décollent, et en même temps la fluxion inflammatoire s'étendant au tissu cellulaire circonvoisin, celui-ci devient le siège d'un empatement plus ou moins considérable.

Poursuivant notre étude comparative entre ces accidents du côté des os et du côté des cartilages du larynx, supposons maintenant qu'un individu affecté de nécrose du tibia prenne tout à coup un érysipèle de la jambe, sous l'influence d'une de ces épidémies si communes dans nos hôpitaux: cet érysipèle aura son point de départ dans la plaie fistuleuse déjà existante, et l'inflammation érysipélateuse se développant avec une grande intensité, occasionnera un engorgement qui s'étendra plus ou moins loin autour des parties primitivement malades.

Supposons de même qu'un individu atteint de laryngite ulcéreuse, avec nécrose des cartilages, prenne, sous l'influence d'un coup de froid, d'un effort de voix, ou de toute autre cause, une inflammation aiguë du larynx, cette inflammation, empruntant une énorme gravité à ce qui existait déjà, se propagera au loin, gagnera non-seulement les cordes vocales, mais encore les ligaments aryéno-épiglottiques, et le malade éprouvera tous les accidents de l'angine laryngée.

Je dois encore signaler une cause fréquente de l'œdème de la glotte chez les très-jeunes enfants, en Angleterre, dans l'Amérique du Nord et en Russie, où le thé est une boisson habituelle. Dans toutes les familles il y a presque constamment une bouilloire sur le feu; or, il arrive que les enfants venant boire au bec de la bouilloire ou de la théière au moment où l'eau bouillante vient d'y être versée, il en résulte des brûlures

terribles de la bouche et de la gorge. Sans doute l'enfant rejette immédiatement l'eau qu'il a introduite dans sa bouche; mais le liquide a eu le temps de rester en contact avec l'épiglotte, les ligaments aryéno-épiglottiques, le voile du palais et la bouche, etc.

En général, pendant les premières heures, il semble que les accidents n'aient aucune gravité; mais bientôt surviennent des troubles du côté de la respiration et tous les phénomènes qui appartiennent à l'œdème de la glotte.

M. le docteur Jameson, chirurgien de l'un des hôpitaux de Dublin, a publié<sup>1</sup> un travail fort intéressant sur ce sujet. Il établit la nécessité de pratiquer la trachéotomie dès que les accès de suffocation se manifestent, et il rapporte plusieurs cas de guérison obtenue par cette méthode. La canule peut être enlevée dès que les accidents locaux de la brûlure sont dissipés.

Vous connaissez, messieurs, les *symptômes* de l'angine laryngée œdémateuse. Elle peut, quoique le fait soit rare, se déclarer subitement, comme chez notre homme de l'hôpital Necker. Le plus souvent, suivant qu'elle est sous la dépendance d'une phlegmasie aiguë ou chronique, les phénomènes qui la caractérisent ont été précédés des symptômes propres à ces maladies, que ce soit une pharyngite, un tonsillitis, une laryngite aiguë, ou bien une laryngite chronique.

Dans ce dernier cas, et c'est, je le répète, le cas le plus fréquent, des *altérations de la voix* se seront produites depuis quelque temps; depuis quelque temps l'individu aura eu de l'enrouement, qui arrivera jusqu'à l'aphonie; sa *toux* rauque, sèche, puis de moins en moins sonore, aura fini par s'éteindre. Puis la maladie du larynx ayant fait des progrès, la *respiration* sera devenue plus *pénible*. La gêne est d'abord plus considérable pendant l'inspiration; celle-ci exige alors de grands efforts et est accompagnée d'un ronflement guttural souvent très-bruyant, ne se produisant primitivement que pendant le sommeil. L'expiration, qui était restée facile, devient difficile à son tour. Le mal augmentant encore, la dyspnée augmente progressivement aussi; plus forte, dans les premiers temps, la nuit que le jour, elle se prononce davantage dans la journée, et pendant la nuit elle prend une telle violence, que les malades finissent par ne plus pouvoir tenir d'autre position que la position assise. Cette *orthopnée* devient incessante, elle a de plus des exacerbations qui arrivent jusqu'à des accès de *suffocation* constituant les symptômes propres de l'angine œdémateuse.

Ces accès ont vraiment quelque chose d'effrayant. Le patient, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur, se lève précipitamment, marche dans l'ap-

1. Jameson, *Dublin quarterly Journal*, février 1848.  
TROUSSEAU, 5<sup>e</sup> édit.