

partement, s'accrochant de temps en temps aux meubles, au chambranle de la cheminée, à l'espagnolette des croisées, cherchant partout un point d'appui pour respirer plus aisément, tantôt la tête basse et le visage tourné vers la terre, tantôt, et le plus souvent, le cou tendu et la tête renversée en arrière; puis, accablé de fatigue, il s'assied pour se relever bientôt. Vous le voyez dans un état d'agitation excessive, rejetant les vêtements qui couvrent sa tête, qui entourent son cou et sa poitrine, ouvrir ses fenêtres avec une sorte de rage pour humer l'air frais du dehors, se prendre le cou avec les mains, comme pour en arracher un corps étranger qui l'étrangle.

Bien qu'on ait vu des individus mourir dans un premier accès d'angine œdémateuse, ordinairement cependant, après un temps variable, le paroxysme se calme, la suffocation cesse; la respiration reste néanmoins gênée, surtout pendant l'inspiration; la voix est éteinte; à l'agitation a succédé l'anéantissement.

Lorsqu'on cherche à se rendre compte de l'état des parties affectées, nos moyens d'investigation sont malheureusement très-insuffisants. Si, dans quelque cas, l'inspection de l'arrière-gorge nous est de quelque utilité, si l'existence d'une angine catarrhale ou phlegmoneuse peut nous faire conjecturer que l'œdème de la glotte est sous la dépendance de la phlegmasie pharyngée, cet élément de diagnostic nous fait trop souvent défaut, soit que l'angine qui a précédé l'affection laryngée ait complètement disparu, soit que l'affection des replis aryténo-épiglottiques dépende d'une maladie du larynx. Dans ce dernier cas, et c'est celui qui s'offrira le plus souvent à votre observation, l'auscultation ne nous fournit sur l'état des parties que des renseignements bien inférieurs à ceux que nous procurent la manière dont se fait la respiration et l'étude attentive des modifications de la voix. Le toucher peut seul donner alors quelques indications; mais encore, à quelque degré de perfection que soit porté ce mode d'exploration, il se borne à nous faire reconnaître le gonflement œdémateux des ligaments aryténo-épiglottiques et de l'épiglotte. Le toucher, toutefois, doit être pratiqué avec une grande circonspection; vous vous rappelez qu'en me livrant à ce mode d'exploration, et cela avec un grand ménagement, j'ai donné à une malade un accès de suffocation qui a failli la faire périr sous vos yeux. L'existence de ces lésions a sans doute une grande valeur au point de vue du diagnostic de l'angine laryngée œdémateuse, mais elle ne nous éclaire en rien sur la nature de l'affection dont elle relève. On conçoit de quelle utilité ce serait, pour arriver à cette notion, de pouvoir inspecter le larynx par des moyens analogues aux différents spéculums. Cette idée a depuis longtemps préoccupé les praticiens, et déjà à l'époque où nous publions, M. Belloc et moi, notre *Traité de la phthisie laryngée*, en 1837, nous nous occupions de la confection d'un *speculum laryngis*. A cette époque aussi, un ingé-

nieux mécanicien, M. Selligie, atteint lui-même de phthisie laryngée, avait exécuté pour son médecin un appareil composé de deux tubes, dont l'un servait à porter la lumière sur la glotte, et l'autre servait à rapporter à l'œil l'image de la glotte réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité gutturale de l'instrument. Cet appareil présentait toutefois de graves imperfections, et son application étant très-difficile, depuis longtemps j'avais renoncé à m'en servir. En Angleterre et en Allemagne, la question a été mise sérieusement à l'étude, et vous pourrez lire¹ le compte rendu que mon ami M. Lasègue a fait des résultats obtenus par nos confrères d'outre-Manche et d'outre-Rhin. La *laryngoscopie* est, sans aucun doute, appelée à rendre quelques services, non-seulement pour le diagnostic des affections laryngées, mais encore pour leur traitement, et en particulier pour le traitement de l'œdème de la glotte, dont nous nous occupons spécialement, car il est hors de doute que la vue doit aider la main dans les applications topiques qui jouent ici un rôle si capital². Ne nous exagérons pourtant pas l'utilité pratique du laryngoscope dans le cas spécial qui nous occupe. L'application du miroir n'est pas facilement supportée, surtout quand il y a des accès de suffocation; et vous avez vu que M. Czermak, malgré la grande habitude qu'il avait de l'emploi du laryngoscope, n'arrivait à bien voir le larynx que chez des malades dont la gorge était fort patiente et qui n'avaient pas de gêne notable de la respiration. Quand il y a suffocation, l'introduction de l'instrument augmente l'anxiété, et ce n'est qu'à la dérochée, pour ainsi dire, qu'on peut apercevoir les cordes vocales et même la partie supérieure du larynx.

Je viens à l'étude des symptômes et de la marche des accidents dans l'angine laryngée œdémateuse.

Je vous ai dit, messieurs, que l'on avait vu des malades emportés dans un premier accès, que le plus souvent, toutefois, après un temps variable, le paroxysme se calmait, la suffocation cessant, mais l'individu éprouvant toujours de la gêne de la respiration.

Je vous ai dit aussi que le début des accidents variait suivant que l'œdème du larynx dépendait d'une inflammation aiguë ou d'une phlegmasie chronique. Dans le premier cas, les accès de suffocation se produisent d'emblée, violents, irréguliers, se répétant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; dans le second, les accès surviennent à des époques assez éloignées, huit, dix, quinze jours et même davantage; puis ils se rapprochent au point qu'alors on en compte plusieurs dans le courant de la journée et de la nuit, plus violents la nuit que le jour.

1. Lasègue, *Archives générales de médecine* pour le mois de février 1860. — *Traité des angines*, Paris, 1868.

2. Voy. Czermak, *Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine*, Paris, 1860.

Si, lorsque l'angine laryngée œdémateuse est primitive ou se lie à une phlegmasie aiguë du pharynx ou du larynx, sa marche est plus rapide, les chances d'une heureuse terminaison sont aussi plus grandes, et cela se conçoit, puisque, dans ce cas, c'est une affection passagère comme l'état pathologique duquel elle relève. Alors, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, la résolution de cet état inflammatoire peut avoir lieu et la guérison est assurée et définitive. Je ne vous parle pas, messieurs, des cas dans lesquels cette guérison s'opère par un autre mécanisme que vous trouverez indiqué dans quelques ouvrages, à savoir, par l'ouverture d'un abcès qui se serait formé dans l'épaisseur des ligaments aryténo-épiglottiques; ces faits sont trop exceptionnels.

Lorsque l'angine laryngée œdémateuse se lie à une phlegmasie chronique du larynx, lorsqu'elle résulte d'une altération des cartilages, la marche des accidents est bien différente, et, d'après ce que je vous ai dit, vous comprendrez comment les accidents sont nécessairement sujets à répétition. Il faut, en effet, que les parties nécrosées soient fatalement éliminées; or ce travail d'élimination donne lieu à la suppuration, à la formation d'abcès qui, soulevant la membrane muqueuse, rétrécissent le calibre de la glotte, déjà d'autant plus étroite que les cordes vocales sont épaissies par le fait même de l'engorgement phlegmasique dont elles sont le siège, et cet engorgement, s'étendant jusqu'aux ligaments aryténo-épiglottiques, amène leur infiltration.

Si le pus se fait jour, soit au dedans du larynx, soit au dehors du côté de la peau, comme j'ai eu l'occasion d'en observer des exemples dans ma pratique, si le travail phlegmasique, très-limité au début, se dissipe, les accidents de suffocation diminueront plus ou moins complètement, suivant que l'ouverture de l'abcès sera plus ou moins large, le malade gardant cependant de la raucité dans la voix, un certain degré d'aphonie et de gêne de la respiration qui dépendent de ce que les cordes vocales et la membrane muqueuse laryngée restent toujours plus épaissies qu'elles ne le sont à l'état normal. Mais cette amélioration n'est que momentanée, la persistance des causes devant, dans un espace de temps plus ou moins court, ramener les mêmes effets. La lésion organique faisant des progrès, l'infiltration œdémateuse devient permanente, les accidents se répètent avec une intensité de plus en plus considérable; puis, à moins que l'art n'intervienne à propos, le malade est emporté dans un accès de suffocation. Souvent aussi la mort arrive dans l'intervalle de ces accès. Les individus, s'affaiblissant de plus en plus, de plus en plus abattus après chaque accès, tombent dans l'assoupissement, et s'éteignent quelquefois en conservant toute leur connaissance. La trachéotomie, dans ce cas, est assez souvent impuissante à les ranimer; ils succombent comme succombent certains asphyxiés, alors même qu'ils sont soustraits aux causes de leur asphyxie.

Quoique le plus souvent, dans la laryngite œdémateuse, le principal obstacle à la respiration ait pour siège les replis aryténo-épiglottiques, on comprend néanmoins que cet œdème inflammatoire peut aussi se développer dans le tissu cellulaire de la membrane muqueuse laryngée elle-même: ainsi dans les cas où l'on n'observe pas l'inspiration sifflante aiguë qui appartient surtout à l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, il est probable que le principal obstacle existe au niveau des cordes vocales. Alors le malade qui, le plus souvent, offre une lésion grave des cartilages du larynx et surtout du cartilage cricoïde, n'a point d'inspiration sifflante, il y a boursofflure de la membrane muqueuse et œdème du tissu cellulaire sous-muqueux qui recouvre le cartilage affecté, et l'on ne constate qu'une gêne très-grande de la respiration, l'air inspiré traverse le larynx en produisant un bruit plus ou moins dur, mais non aigu, et le bruit expirateur est encore perçu: il y a là une variété de cornage sans sifflement aigu. C'est ce que vous avez pu observer chez un malade couché au n° 3 de la salle Sainte-Agnès. Depuis longtemps ce malade, âgé de soixante-trois ans, était affecté d'une laryngite chronique, l'examen au laryngoscope permettait d'établir qu'il n'y avait point d'œdème des replis aryténo-épiglottiques, mais on voyait une rougeur diffuse des parties supérieures du larynx et des cordes vocales, et très-certainement il existait au-dessous des cordes vocales une grave altération de l'organe. La cause de cette laryngite chronique nous était inconnue, aucune médication n'avait produit d'amélioration, et la gêne de la respiration faisait de rapides progrès. Pendant la nuit, le malade était souvent pris d'accès de suffocation, les extrémités se refroidissaient: aussi, craignant que le malade ne succombât dans un semblable accès, je fis pratiquer la trachéotomie par M. Dumontpallier. Chez les vieillards, vous le savez, l'opération est difficile, la trachée est presque toujours très-profondément située. Il faut éviter avec soin de couper de grosses veines dont l'hémorragie viendrait compliquer l'opération; puis, lorsque la trachée est convenablement isolée, le temps le plus difficile de l'opération est assurément d'ouvrir ce conduit, le plus souvent ossifié; il faut alors entamer les premiers anneaux avec des ciseaux et avoir soin de ne pas inciser la membrane muqueuse. Il convient encore, avant de pénétrer dans la trachée, d'enlever une partie des anneaux, précaution sans laquelle on ne pourrait réussir à introduire la canule. Il y a donc chez le vieillard un temps spécial, le dernier de l'opération, celui où l'on doit ouvrir la membrane muqueuse trachéale. La trachéotomie fut faite chez notre malade d'après ces règles, et l'introduction de la canule fut facile. Aussitôt le malade respira assez librement; il ne survint aucun accident consécutif à l'opération. Je vous disais alors que probablement cette canule devrait être laissée à demeure, soit que l'affection du larynx ne guérisse pas, soit que, celle-ci guérie, le larynx reste tellement rétréci que l'air ne

puisse plus pénétrer en quantité suffisante pour les besoins de l'hématose. Et c'est ce qui est arrivé : après être demeuré près de six mois dans nos salles, cet homme a été admis comme incurable à Bicêtre. Il ne pouvait se passer plus d'une minute de sa canule, et, quand on la lui nettoyait, il fallait tenir sa plaie trachéale béante à l'aide du dilateur, sous peine de le voir suffoquer. De temps à autre il y avait élimination de petits séquestres provenant du cartilage cricoïde.

Il semblerait qu'on ne pût se méprendre sur l'existence d'une maladie à caractères aussi hautement significatifs que ceux de l'œdème du larynx, et cependant on a confondu avec lui certains cas d'anévrysme de l'aorte et de polypes du larynx. — L'anévrysme de l'aorte, disent MM. Krishaber et Peter, peut causer des accès de suffocation paroxystique par tiraillement et irritation probable du nerf récurrent gauche; dans ce cas l'attaque est produite par la contracture du muscle aryénoïdien gauche, qui entraîne vers la ligne médiane la corde vocale droite et diminue ainsi de plus de moitié le calibre de la glotte. Ici l'application du laryngoscope non-seulement fera reconnaître qu'il n'y a pas d'affection œdémateuse du larynx, mais encore mettra sur la voie de l'existence d'un anévrysme. Quant aux polypes pédiculés du larynx qui entraînent de la dyspnée et de la suffocation, on les reconnaîtra avec la plus grande facilité, à l'aide du laryngoscope : et là encore l'application de cet instrument est véritablement triomphante¹.

J'arrive maintenant, messieurs, au traitement de l'angine laryngée œdémateuse.

Lorsque l'affection se présente avec les caractères d'une inflammation bien franche; lorsque, comme chez notre homme de l'hôpital Necker, elle se lie à une phlegmasie aiguë et violente du pharynx ou du larynx; lorsque la réaction fébrile est intense, la médication antiphlogistique trouve tout d'abord ici son indication. Une ou deux larges saignées générales, des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées à la région cervicale, apporteront un soulagement notable, en calmant l'intensité des phénomènes; puis on aura recours aux cautérisations avec le nitrate d'argent, aux insufflations d'alun, de tannin dans le fond de la gorge et jusque sur les ligaments aryéno-épiglottiques; quand cela est possible, aux scarifications pratiquées sur ces ligaments, opération qui a été conseillée, mais que je n'ai jamais osé pratiquer. Toutefois, M. Gordon Buck, chirurgien à l'hôpital de New-York, a publié² des faits nombreux de guérison de l'œdème de la glotte par des scarifications pratiquées à plusieurs reprises sur l'épiglotte et sur les ligaments aryéno-épiglottiques. Il se sert, à cet effet, d'une espèce de bistouri à pointe mousse et à lame

1. Krishaber et Peter. *op cit.*

2. Gordon Buck, *The Transactions of the American medical Association*, vol. I, 1848.

courte, qu'il porte jusqu'au fond de la gorge, en se servant du doigt indicateur comme d'un conducteur. — M. Gordon Buck me semble néanmoins avoir un peu exagéré l'utilité et la facilité de cette opération. — En relisant les observations rapportées par cet honorable praticien, on se demande si la plupart des malades n'auraient pas guéri par l'usage d'une médication plus simple. Il s'agit, messieurs, en effet, de l'œdème aigu de la glotte non symptomatique, et vous savez que cette affection, qui est, chez l'adulte, ce que le faux croup ou l'angine striduleuse est dans l'enfance, guérit spontanément, bien que s'annonçant par les plus formidables symptômes.

La médication topique rend de grands services. Vous me l'avez vu employer seule chez la malade du n° 20 de notre salle Saint-Bernard, et vous avez pu vous assurer de son efficacité dans ce cas où l'angine laryngée œdémateuse dépendait d'une phlegmasie catarrhale sans grands accidents généraux fébriles. J'appelle votre attention sur le mode de traitement que j'ai mis en usage; il a consisté, je vous le rappelle, en des injections de poussière d'eau fortement chargée de tannin, faites à l'aide d'un appareil pulvérisateur. Ce moyen, d'une application facile chez les adultes, me paraît appelé à rendre de véritables services non-seulement dans l'œdème de la glotte, mais aussi et plus encore dans les affections chroniques du larynx.

Quelle que soit la nature de la maladie, quelle que soit la lésion laryngée qui a provoqué l'œdème de la glotte, la médication topique doit être la première appliquée. Sous son influence, l'affection locale des replis aryéno-épiglottiques peut se modifier assez pour que les accidents cessent, et l'on aura gagné un temps suffisant pour permettre à la phlegmasie qui avait occasionné l'infiltration œdémateuse de parcourir ses périodes et de s'éteindre.

Vous comprenez, messieurs, que la guérison définitive ne pourra s'effectuer qu'autant que cette phlegmasie pharyngée ou laryngée, à laquelle l'angine œdémateuse se rattache, sera de nature à guérir elle-même; qu'autant que cette phlegmasie sera simple, ou du moins qu'autant qu'elle sera sous la dépendance d'un état diathésique dont nous pourrions faire taire les manifestations.

Je m'explique : l'œdème de la glotte survenant dans le cours d'une laryngite ulcéreuse simple ou de nature syphilitique, nous pouvons espérer une guérison radicale et définitive, parce que, dans ces cas, nous possédons les moyens de combattre efficacement l'état pathologique dont l'affection œdémateuse était l'effet; mais il n'en est plus ainsi, si cette affection œdémateuse survient dans le cours d'une laryngite ulcéreuse, tuberculeuse ou cancéreuse, parce qu'ici l'état diathésique sous l'influence duquel s'est développée la maladie du larynx est au-dessus des ressources de l'art : or, en supposant que nous soyons assez heureux pour nous

rendre maîtres des accidents de l'œdème de la glotte, nous devons en prévoir le retour.

Ces réflexions sont à plus forte raison applicables aux cas dans lesquels l'angine laryngée œdémateuse dépend de lésions graves des cartilages du larynx. Dans nos conférences sur la dothiéntérie, je vous ai rapporté l'observation d'une jeune femme qui, affectée d'œdème de la glotte à la suite d'une fièvre typhoïde, fut complètement délivrée de ses accidents après avoir rejeté par l'expectoration deux petits séquestres osseux. Assurément cette terminaison est la plus heureuse que l'on puisse rencontrer; mais elle se rencontre trop rarement pour qu'on puisse compter sur elle. Le travail éliminatoire des parties nécrosées s'opère avec trop de lenteur — dans l'observation à laquelle je fais allusion, l'affection laryngée datait de neuf mois — pour qu'on n'ait point à redouter, pendant le temps qu'il met à s'accomplir, des accidents terribles de suffocation susceptibles d'emporter les malades. Lorsque l'œdème de la glotte dépend de ces lésions graves des cartilages laryngés, il faut donc s'attendre à voir les accidents se répéter. Ici encore la médication topique est formellement indiquée, parce qu'elle fait gagner du temps, et laisse la porte ouverte à cette heureuse chance que je viens d'indiquer, quelque faible qu'elle soit; mais tard ou tôt il faudra de toute nécessité en arriver à la *trachéotomie*.

Je vous répéterai ici, en terminant, ce que je vous ai déjà dit sur ce même sujet dans une autre occasion. Lorsque nous avons affaire à des malades affectés d'angine laryngée œdémateuse, après avoir tenté les moyens que la thérapeutique médicale met à notre disposition, les insufflations de tannin, d'alun, les cautérisations avec le nitrate d'argent, et, quand c'est possible, les scarifications sur les replis aryéno-épiglottiques œdématisés, nous devons nous tenir prêts à pratiquer la trachéotomie; et cela plus tôt que plus tard, c'est-à-dire lorsque les accès de suffocation se rapprochent en augmentant d'intensité et de durée, lorsque la respiration est plus gênée dans l'intervalle de ces accès: l'opération enfin devra être pratiquée d'autant plus tôt que le malade sera plus affaibli.

XXVII. — DE L'APHONIE ET DE LA CAUTÉRISATION DU LARYNX.

Causes diverses de l'aphonie. — Par lésion du larynx ou sans lésion de cet organe. — Aphonie nerveuse. — Bons effets de la cautérisation et quelquefois de la simple introduction du laryngoscope. — Asynergie vocale.

MESSIEURS,

Il y a déjà longtemps, j'ai appelé l'attention des praticiens sur une méthode de traitement qui, dans un assez grand nombre de circonstances, m'avait merveilleusement réussi dans certains cas d'*aphonie chronique*. Vous m'avez vu l'appliquer cette année chez plusieurs jeunes femmes qui sont restées quelques jours dans nos salles, et vous avez pu juger de son efficacité.

Par aphonie, il faut entendre la perte plus ou moins complète de la voix avec conservation de la parole. Le malade n'a pas en effet perdu la faculté d'articuler les sons, comme dans le mutisme, avec lequel l'aphonie de doit pas être confondue; seulement le son est éteint.

Les causes de l'aphonie sont nombreuses et variées. Pour ne nous occuper ici que de l'aphonie chronique, en général elle est le symptôme d'une maladie du larynx, et le plus souvent elle se rattache à la laryngite ulcéreuse dont je vous ai entretenu incidemment dans notre dernière conférence. Vous l'observerez fréquemment chez les individus qui auront eu autrefois des accidents vénériens, et c'est un phénomène presque constant dans la laryngite tuberculeuse.

Suivant l'un de mes bons élèves, M. Krishaber, que ses recherches sur la matière ont rendu si compétent, la laryngite syphilitique entraîne moins fréquemment l'aphonie complète que la laryngite tuberculeuse, et la raison de cette différence se trouve dans la nature même des lésions. En effet, dans la laryngite syphilitique les lésions occupent ordinairement par ordre d'envahissement: 1° l'épiglotte; 2° les ligaments thyro-aryénoïdiens supérieurs (ou cordes vocales supérieures); 3° les ligaments aryéno-épiglottiques (qui sont le siège de suffusion, d'œdème et même de suppuration); 4° la membrane muqueuse du vestibule du larynx; 5° la membrane muqueuse de la trachée-artère; 6° enfin et *tout à fait exceptionnellement*, les ligaments thyro-aryénoïdiens inférieurs (ou cordes vocales inférieures). Vous comprenez tout de suite, messieurs, que cette dernière particularité explique la rareté de l'aphonie *complète* dans