

sentés par le petit malade (rhagades autour des lèvres ou de l'anus, éruptions de pemphigus, ballonnement du ventre avec tuméfaction du foie, ostéophytes crâniennes ou périphériques de Parrot, etc.), et surtout en tenant compte de l'état général (coloration bistrée de la peau, cachexie précoce, épuisement rapide malgré une alimentation réparatrice), qu'on pourra affirmer l'origine syphilitique de l'affection.

Le coryza subaigu est souvent assez difficile à reconnaître à son début. Chez les vieillards surtout il donne lieu à des hallucinations de l'ouïe, à de l'anosmie avec céphalalgie frontale, ensemble de symptômes qui peut en imposer pour une disposition à l'apoplexie cérébrale. Avec un peu d'attention on arrivera à éviter l'erreur.

Le coryza postérieur est caractérisé surtout par un sentiment de gêne derrière le voile du palais: on voit les malades qui en sont affectés chercher à se débarrasser des mucosités qui encombrent l'arrière-gorge par des mouvements de déglutition répétés, ou par un râchement tout particulier, avec aspirations sonores, que les Anglais désignent sous le nom d'*hawkin*.

L'application du miroir laryngoscopique à l'examen de l'arrière-gorge et de l'arrière-cavité des fosses nasales permet de se rendre un compte exact de l'état anatomique des parties.

TRAITEMENT. — Chez l'adulte, le traitement du coryza aigu simple se borne en général à l'emploi de quelques moyens hygiéniques; s'il y a de la courbature, on prescrira le repos à la chambre et des boissons chaudes; s'il y a enclenchement, punaisie, il faut remédier, autant que faire se peut, aux inconvénients qui résultent pour la respiration de l'obstruction des narines. Parmi les différents moyens conseillés à cet effet, les aspirations de vapeurs émoullientes ou même d'iode, d'ammoniaque, de baume de Fioraventi, et principalement de poudre de camphre, peuvent être avantageusement utilisées. Jaccoud pourtant aurait observé sur lui-même l'aggravation des accidents sous l'influence des inhalations d'iode. B. Teissier a conseillé comme moyen abortif la cautérisation légère des fosses nasales dans les premières heures de la maladie, avec une solution de nitrate d'argent (0,25 pour 30).

Chez l'enfant à la mamelle, il faut veiller avec grand soin à l'alimentation: si l'enfant se trouve dans l'impossibilité de teter, on le nourrira à la cuiller ou au biberon, on fera des onctions avec des corps gras sur les sinus; enfin, s'il y a de la bronchite, on pourra administrer avec avantage un peu d'ipéca.

Les applications chaudes pourront rendre des services en cas de phénomènes d'étranglement au niveau des sinus; sous leur influence on voit parfois les accidents s'amender avec une grande rapidité.

Si le coryza est chronique, c'est à l'état constitutionnel qu'on s'adressera tout d'abord: la médication variera avec la prédisposition de chacun (syphilis, scrofule, goutte, etc.). Le traitement local ne sera point délaissé: les irrigations naso-pharyngiennes, répétées et faites avec persévérance, les attouchements à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent, pourront être utiles. S'il s'agit de coryza postérieur, on portera directement à l'aide d'une baleine recourbée les agents modificateurs (iode, nitrate d'argent) sur les parties altérées. Il sera quelquefois utile d'enlever les amygdales si elles sont trop volumineuses; ce moyen contribue à favoriser l'activité de la respiration buccale.

BILLARD. Maladies des enfants nouveau-nés, Paris, 1837. — TROUSSEAU et LASÈGUE. Syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge (Arch. gén. de méd., 1847). — DONNERS. Nederl. Lancet, 1849. — B. TEISSIER Bull. thérap., 1850. — DIDAY. Traité de la syphilis des nouveau-nés, 1854. — NOEL GUENEAU DE MUSSY. Angine glanduleuse, Paris, 1857. — GAILLETON. Traitement de l'ozène par les douches nasales (Société des sciences méd. de Lyon, 1865-1866). — DESNOS. Coryza, in Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie, 1868. — ALVIN. Nouvel appareil à douches naso-pharyngiennes (Société de méd. de Lyon, 1876). — PARROT. Leçons sur la syphilis héréditaire, professées à l'hôpital des Enf. assistés, Paris, 1877. (inédit). — PÉTER. Cours de la Faculté, 1877, Paris (Leçons inédites).

ÉPISTAXIS.

Épistaxis veut dire saignement par le nez, hémorrhagie nasale.

Cette hémorrhagie est *idiopathique* ou *symptomatique*. Le plus ordinairement elle est la conséquence d'une disposition constitutionnelle, d'une dyscrasie sanguine, d'une altération des capillaires de la muqueuse nasale, ou encore d'un obstacle mécanique à la circulation de retour. Voici, en général, les conditions les plus communes dans lesquelles on l'observe:

L'épistaxis idiopathique est fréquente chez les enfants et chez les jeunes gens. Elle est favorisée par toutes les circonstances capables d'occasionner l'afflux du sang vers la tête: l'application trop soutenue de l'esprit, les émotions, une trop forte chaleur des appartements, le froid aux pieds, l'insolation, les chutes sur la tête, l'introduction des doigts dans les fosses nasales qui détermine des excoirations

de la muqueuse ; elle est fréquente aussi chez les sujets à tempérament sanguin qui sont prédisposés aux congestions du côté de l'encéphale, etc.

Chez la femme, l'épistaxis peut se présenter comme flux sanguin *supplémentaire* ou *complémentaire* d'une hémorrhagie menstruelle absente ou incomplète.

En Afrique, il n'est pas rare de voir des épistaxis intenses provoquées par la piqure d'une sangsue reniflée par mégarde avec l'eau d'une source ou d'un torrent (Baizeau).

Dans la grande majorité des cas l'épistaxis est *symptomatique*. On la rencontre dans les maladies du cœur ou du foie qui entravent la circulation veineuse (rétrécissement mitral, cirrhose du foie, etc.) ; au début de certaines fièvres graves dont elle est en quelque sorte un signe prémonitoire (dothiéntérie, rougeole) ; elle figure au premier rang des hémorrhagies qui caractérisent la *forme dite hémorrhagique* des pyrexies exanthématiques (variole, rougeole, scarlatine, etc.) ; enfin, elle est habituelle dans ces états dyscrasiques profonds qu'on appelle l'ictère grave, le purpura, le scorbut, l'hémophilie, la leucocythémie.

Les saignements de nez de l'insuffisance aortique ont une pathogénie assez obscure ; il est probable cependant que l'altération athéromateuse des vaisseaux, si fréquente en pareil cas, doit jouer un certain rôle dans leur production.

DESCRIPTION. — Quelquefois l'épistaxis est précédée d'une sorte de molimen du côté de la tête : la face est vultueuse, le cerveau semble pesant ; il peut y avoir une sensation de chatouillement incommode dans les fosses nasales. En général, c'est inopinément que l'hémorrhagie apparaît.

Elle est plus ou moins abondante suivant les cas : tantôt le sang, rouge, rutilant, non aéré, s'écoule goutte à goutte et par une seule narine ; la perte ne s'élève pas au delà de quelques grammes ; un petit caillot se produit, se dessèche et l'hémorrhagie s'arrête ; il est presque impossible d'apercevoir à travers l'ouverture des narines le point de la muqueuse qui donne naissance à l'écoulement sanguin ; tantôt l'hémorrhagie se produit presque en nappe, l'écoulement est abondant et continu ; non-seulement le sang peut s'échapper par les deux narines à la fois, mais il fuse par l'arrière-cavité des fosses nasales, il tombe dans le pharynx et détermine des mouvements d'expulsion et le rejet de mucosités sanguinolentes, quelquefois même de sang pur ou mélangé de caillots.

Les épistaxis intenses se font souvent en plusieurs temps, présentant une série de rémissions et de reprises. Un caillot volumineux obstrue momentanément l'ouverture des narines ; l'hémorrhagie semble s'arrêter ; mais sous l'influence d'un mouvement expiratoire prononcé, ou simplement de la *vis à tergo*, le caillot est expulsé sous forme d'un long cylindre noirâtre et l'écoulement reparaît aussi abondant qu'auparavant.

Dans ces cas, la perte de sang peut atteindre des proportions élevées ; le malade est pâle, affaibli, ses extrémités se refroidissent ; la syncope peut se produire. La mort même a été observée. Si les hémorrhagies se répètent fréquemment, il peut en résulter une anémie accentuée.

La facilité avec laquelle le sang passe des cavités nasales dans le pharynx implique la nécessité d'explorer avec soin l'arrière-gorge toutes les fois qu'on observe un crachement de sang. Dans le décubitus dorsal, l'épistaxis peut ne donner lieu à aucune hémorrhagie extérieure : le sang pénètre dans le pharynx ; là il peut être dégluti, ou aspiré dans le canal laryngo-trachéal ; dans l'estomac, il subit des altérations spéciales qui en modifient la coloration et lui donnent l'aspect du sang de l'hématémèse ; dans les bronches, il se mélange à l'air ou à des mucosités et peut simuler les crachats hémoptoïques.

TRAITEMENT. — L'épistaxis des individus pléthoriques ou des femmes mal réglées doit en général être respectée ; chez ces dernières toutefois il faut chercher à imprimer au molimen hémorrhagique sa véritable direction.

Quand l'écoulement est peu abondant c'est à des procédés simples qu'il faut avoir recours : l'élévation du bras correspondant à la narine qui saigne, les applications froides sur le front ou dans le dos, l'aspiration par les narines d'eau glacée ou vinaigrée, etc.

Lorsque l'hémorrhagie est plus abondante, on pourra introduire dans les fosses nasales un tampon, ou un petit chapelet de tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer, ou de tout autre liquide hémostatique. Le tamponnement avec la sonde de Belloc sera pratiqué dans les cas où les moyens précédemment indiqués auront été insuffisants.

L'indication causale sera remplie avec soin. Le fer, le quinquina, les toniques, serviront à combattre l'anémie consécutive aux épistaxis répétées. Dans ces derniers cas, les eaux salines, un séjour aux bains de mer, rendent de grands services.

LORDAT. Traité des hémorrhagies, Paris, 1808. — MILLET. Journ. des connaissances

méd.-chirurg., 1814.—BAIZEAU. Arch. gén. de médecine, 1863.—NÉGRIER (d'Angers). Arch. gén. de méd., 1842.—MARTINEAU. Épistaxis abond. guérie par le sulfate de quinine (Union méd., 1868).—BOUCHARD. Pathogénie des hémorrhagies, th. concours, 1869.—PICOT. Les grands processus morbides. 1876.

II. — MALADIES DU LARYNX.

Dans l'exposé des affections du larynx nous suivrons l'ordre suivant :

Nous décrirons : 1° Les *inflammations du larynx*, comprenant l'étude des laryngites aiguës et chroniques ;

2° Les *accidents ou complications des laryngites*, œdème de la glotte, laryngite striduleuse ;

3° Les *accidents nerveux d'origine laryngée*, spasmes ou paralysies.

4° Nous consacrerons un article spécial à la diphthérie du larynx, *au croup*. Peut-être la description de cette maladie eût-elle été mieux placée avec l'étude des maladies générales et diathésiques ; c'est pour nous conformer à un usage généralement accepté que nous l'avons conservée au milieu des affections du larynx.

5° Enfin nous dirons quelques mots des tumeurs ou dégénérescences les plus connues, en particulier des polypes et du cancer.

Les laryngites peuvent se classer ainsi qu'il suit :

A. LARYNGITES AIGUES. . .	}	PRIMITIVES.	{ Catarrhale. Phlegmoneuse (angine laryngée).
		SECONDAIRES	{ Syphilitique. Érysipélateuse. Variolique. Typhoïde. Morveuse.
B. LARYNGITES CHRONIQUES	}	PRIMITIVES.	{ Catarrhale. Glanduleuse.
		SECONDAIRES	{ Syphilitique. Tuberculeuse. Des états infectieux.

LARYNGITES AIGÜES.

I. LARYNGITE CATARRHALE. — La laryngite catarrhale est une affection des plus communes ; quand elle est primitive elle résulte en général de l'impression du froid et constitue, avec le catarrhe de la muqueuse trachéale, la base anatomique du *rhume proprement dit*. Elle peut être aussi causée par la respiration de vapeurs ou de poussières irritantes. La laryngite catarrhale secondaire n'est pas moins fréquente : constante dans la rougeole, et dans la grippe, elle existe souvent dans la fièvre typhoïde, dans la coqueluche, quelquefois dans la variole et dans la syphilis au début de la période secondaire.

La laryngite catarrhale aiguë atteint son maximum de fréquence chez les enfants, elle est très-commune chez les chanteurs et chez tous ceux qui abusent de leur voix et poussent des cris prolongés.

Elle est caractérisée anatomiquement par le gonflement et la rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, et par la production d'un exsudat muqueux et transparent qui contient de grosses cellules globuleuses et des leucocytes ; bientôt ce liquide s'opacifie et il ne tarde pas à devenir muco-purulent.

Suivant Rindfleisch, les globules de pus proviennent de la prolifération des cellules du chorion muqueux qui écartent l'épithélium pour venir se mélanger au liquide exsudé ; pour Eberth, ils résultent de la division des noyaux du protoplasma des cellules du catarrhe. Cohnheim pense que ce sont des globules blancs qui ont filtré à travers la paroi des vaisseaux capillaires.

Les glandes de la muqueuse sont gonflées, et l'expulsion de leurs produits à l'extérieur détermine de petites exulcérations irrégulières et superficielles. La rougeur est très-accentuée sur les replis ary-épiglottiques, quelquefois les cordes vocales sont striées en rouge, très-souvent elles sont intactes.

La présence de l'exsudat sur la muqueuse du larynx, en irritant les filets terminaux du larynx supérieur, détermine de la *toux* : celle-ci est souvent rauque et douloureuse, elle est superficielle, comme on dit, et le malade lui-même a conscience qu'il s'agit d'une toux laryngée.

La toux est suivie en général d'une *expectoration* dont les caractères varient avec la période de la maladie. Lorsque le gonflement de la muqueuse est très-prononcé, il y a de la *dyspnée*, la respiration devient courte et sifflante ; en même temps la voix subit des *modifications de timbre*. Ces modifications sont justement attribuées à la présence de l'exsudat sur les cordes vocales, et les variétés qu'elles présentent s'expliquent par la plus ou moins grande facilité que les replis vocaux ont à se tendre. Habituellement la voix est plus grave et un peu rauque ; quelquefois elle est discordante, ce qui tient à l'asynergie de la contraction : l'exsudat déterminant des *nœuds de vibrations* (J. Müller) sur la longueur de la corde, nœuds de vibrations qui font vibrer les replis à des tons de hauteur différente. Dans d'autres cas il peut y avoir aphonie complète (ce sont les replis considérablement boursoufflés qui ne peuvent plus se tendre suffisamment).

Ainsi donc : toux, expectoration, dyspnée, modifications de la

voix, tels sont les symptômes essentiels de la laryngite catarrhale, symptômes que nous retrouverons du reste dans toutes les autres inflammations du larynx.

La douleur est peu vive; elle se borne le plus ordinairement à une sensation de cuisson, de brûlure. Si l'épiglotte participe à l'inflammation, la déglutition est pénible; il y a en même temps de la dysphagie. Le plus souvent ce sont les mouvements du larynx qui déterminent la douleur.

Les symptômes généraux sont peu marqués, à moins que la laryngite ne soit secondaire; quand elle est primitive, on ne remarque qu'un peu de fièvre le soir, un léger degré de courbature, un peu de céphalalgie et de diminution de l'appétit.

La laryngite catarrhale simple est essentiellement bénigne, elle ne dure pas au delà de quelques jours, mais les malades qui en sont affectés sont très-exposés à la récurrence; quelquefois elle passe à l'état chronique.

La laryngite catarrhale chez les jeunes enfants revêt des caractères particuliers qui l'ont fait pendant longtemps considérer comme une variété à part; nous lui consacrerons plus loin un article spécial dans le chapitre qui traite des accidents et complications des laryngites.

Le *traitement* ne comporte pas de médication active: il faut simplement éviter l'action de l'air frais qui provoque des quintes de toux; tenir le cou enveloppé chaudement; recourir aux boissons émoullientes pour faciliter la déglutition.

Les bains de pieds sinapisés pourront être employés avec avantage; s'il y a un peu de fièvre, on prescrira quelques gouttes de teinture d'aconit, ou de la poudre de Dower.

Trousseau a recommandé un procédé qui, dans quelques cas, peut soulager assez rapidement le malade: c'est le bain d'air chaud. On place le malade sous une couverture de laine et sur un siège au-dessous duquel on allume deux ou trois lampes à alcool. Ce procédé détermine une sudation parfois des plus salutaires.

Dans les cas un peu sérieux, on prescrira un éméto-cathartique.

II. LARYNGITE FRANCHE PHLEGMONEUSE. — On observe quelquefois une laryngite aux allures plus franchement inflammatoires à laquelle on a donné les noms d'*angine laryngée*, *laryngite intense*, *laryngite sous-muqueuse*, etc. Cette laryngite est assez rare dans nos pays; dans les contrées septentrionales, elle se développe surtout chez les enfants, à la suite de l'ingestion de liquide bouillant avalé par

mégarde. Le processus inflammatoire peut être assez énergique pour déterminer rapidement la production du pus qui se collecte sous forme de petits abcès sous-muqueux.

Ce qui caractérise cette variété, c'est la marche rapide des accidents qui atteignent leur apogée en quatre ou cinq jours, et les troubles dyspnéiques qui peuvent être aussi intenses que ceux de la laryngite striduleuse, mais qui s'en éloignent par leur persistance et leur continuité. Il y a une douleur rétro-thyroïdienne très-vive, soit spontanée, soit à la pression; les quintes de toux, les mouvements de déglutition produisent une sensation de déchirement que l'action de parler peut aussi provoquer; enfin il existe des symptômes fébriles accentués, une céphalalgie intense, etc.

On a pu dans quelques cas pratiquer l'examen laryngoscopique: on a vu la muqueuse énormément boursoufflée et d'une coloration écarlate; la glotte est presque effacée, et les cordes vocales inférieures apparaissent vivement injectées ou avec une teinte blanchâtre semblable à celle que produit le contact du nitrate d'argent (Ludwig, Türk).

La laryngite aiguë intense se complique très-souvent d'œdème de la glotte; quand elle se termine par la mort, c'est à cette complication que le malade succombe généralement.

Le *traitement* doit être prompt et énergique; il faut appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées au-devant du cou, et dès le début administrer un vomitif; par ces moyens on sera quelquefois assez heureux pour enrayer ou tout au moins pour modérer la marche des accidents.

Les fomentations chaudes, les fumigations de jusquiame ou de belladone, enfin les narcotiques seront utilisés pour calmer la toux et les phénomènes douloureux, et pour prévenir les accidents spasmodiques.

III. LARYNGITE SYPHILITIQUE. — Au début de la période secondaire, la syphilis détermine parfois des accidents aigus du côté du larynx. Souvent c'est une laryngite catarrhale simple ne se distinguant pas de la laryngite primitive; d'autres fois c'est une véritable poussée de plaques muqueuses; dans d'autres cas enfin ce sont de petites végétations sessiles (Maurice Raynaud, Krishaber) ou des élevures papuliformes qui se développent sur le bord libre des cordes vocales et en gênent le rapprochement (Gouguenheim). Il est quelquefois fort difficile de distinguer nettement la plaque muqueuse de la rougeur diffuse du catarrhe; Cosco a insisté sur la disposition en pointillé, qui, selon lui, caractériserait la laryngite

L. et T. — Pathol. et clin. méd.

syphilitique (roséole du larynx). La coexistence de l'épiglottite est assez fréquente.

IV. LARYNGITE ÉRYSIPÉLATEUSE. — Elle est consécutive à l'érysipèle du pharynx. La muqueuse est fortement tuméfiée, le tissu sous-muqueux est infiltré de sérosité, de telle sorte que la symptomatologie présente une certaine analogie avec l'œdème de la glotte. Plusieurs cas de mort ont été observés (Cornil et Ranvier).

V. LARYNGITE VARIOLEUSE. — Elle peut présenter diverses modalités. D'abord le larynx est le siège d'une éruption de pustules dont la structure n'a rien de spécial et qui se développent dans le chorion muqueux; l'épithélium reste intact au-dessus d'elles. Quand les pustules sont agminées, l'épithélium peut être soulevé et détaché sur une large surface, de façon à simuler une pseudo-membrane diphthéritique. D'autres fois c'est une infiltration œdémateuse qui correspond à l'époque du gonflement des pieds et des mains (Trousseau). Dans une dernière série de faits, ce sont des altérations profondes analogues à celles de la péri-chondrite que nous allons décrire.

VI. LARYNGITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. — La fréquence de la laryngite dans la fièvre typhoïde a été affirmée depuis longtemps par Louis; Louis considérait même cet accident comme pouvant avoir, dans quelques cas, une valeur diagnostique de premier ordre. Griesinger affirme avoir rencontré l'ulcération du larynx chez le quart des typhoïdiques soumis à son observation. Ceci ne surprend pas, les tendances ulcéreuses de la maladie étant bien connues.

Le plus habituellement, les lésions sont profondes; elles portent d'emblée sur le cartilage et le péri-chondre (laryngo-typhus, laryngo-nécrose (Sestier, Charcot), produisant tantôt une accumulation de pus entre le péri-chondre et son cartilage, tantôt l'ossification du cartilage, qui devient une sorte de séquestre à éliminer (dans ce dernier cas, le processus se rapproche davantage d'un processus chronique).

La laryngo-nécrose frappe, par ordre de fréquence: le cartilage cricoïde, puis le thyroïde, enfin les aryténoïdes; elle s'accompagne de douleur à la pression et de troubles marqués de la voix. La péri-chondrite s'observe encore dans la variole; elle peut même être primitive et se développer sous l'influence d'un refroidissement (laryngo-chondrite rhumatismale).

VII. LARYNGITE DE LA MORVE. — La morve se localise sur le larynx et s'y caractérise par la production de nodules blanchâtres, purulents, qui siègent sous l'épithélium; ce sont de petits abcès

miliaires qui après leur rupture donnent lieu à des ulcérations; ces petits abcès ne ressemblent en rien aux nodules morveux que l'on rencontre chez le cheval (Kelsch, Cornil et Ranvier).

LOUIS. Recherches sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde, 1840. — ROKITANSKY. Laryngo-typhus (Anal. Patholog. Anatomie Path., 3 v., 1842). — GRIESINGER. Traité des maladies infectieuses, trad. Vallin, Paris, 1877. — LUDWIG TURCK. Recherches cliniques sur les maladies du larynx. — MAURIN. Accid. laryng. de la fièvre typhoïde, th., Paris, 1865. — MORELL-MACKENZIE. Guy's Reports, 1867. — OBÉDÉ-NAIRE. Accidents laryngés de la fièvre typhoïde, th., Paris, 1867. — EBERTH. In Rindfleisch. Histologie path., trad. par Fred. Gross, Paris, 1873. — KELSCH. Note sur la morve farcinieuse aiguë (Arch. physiol., 1873). — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — PARROT. Histoire de la variole (Cours inédit de la Faculté, 1877). — CHAUMEL. Complications laryngées de la fièvre typhoïde, Paris, 1878. — DURET. Nécrose des cartilages du larynx (Rev. mensuelle, 1878). — MANDL. Traité des maladies du larynx, Paris, 1872. — FAUVEL, PETER et KRISHABER, *op. cit.*

LARYNGITES CHRONIQUES.

I. LARYNGITE CATARRHALE. — Elle succède à une laryngite aiguë de même nature, ou bien elle est la conséquence d'une pharyngite catarrhale chronique ou glanduleuse, propagée au larynx. On l'observe comme conséquence d'un certain nombre d'affections chroniques du larynx; enfin elle est fréquente chez les tuberculeux.

L'examen laryngoscopique montre une muqueuse notablement épaissie (jusqu'à 3 et 5 millim., Cornil et Ranvier), injectée dans certains points, grisâtre dans d'autres, et recouverte d'un liquide puriforme; on y rencontre parfois de petites ulcérations superficielles ou des végétations qui sont le résultat de l'hypertrophie du tissu connectif sous-muqueux; en même temps l'épithélium de revêtement perd son caractère cylindrique pour devenir pavimenteux. Fœrster a décrit ces lésions sous le nom de dégénérescence dermoïde: c'est la laryngite hypertrophique de Peter et Krishaber (1). C'est au niveau de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et des cordes vocales supérieures, que les lésions atteignent leur maximum d'intensité.

II. LARYNGITE GLANDULEUSE. — Elle se distingue de la variété précédente en ce qu'elle est chronique d'emblée. Ce qui caractérise cette forme, c'est l'hypertrophie des glandules. Celles-ci font des saillies parfois volumineuses sur la surface de la muqueuse et laissent à leur place, quand elles se sont vidées, de petites cryptes que

(1) Pour M. Doléris (Arch. de physiologie, 1878), ces différents états de la muqueuse se rattachent à la tuberculose.

certain auteurs différencient avec soin des exulcérations catarrhales. Il n'est pas toujours facile de distinguer la laryngite glanduleuse de la laryngite catarrhale chronique. Plusieurs anatomopathologistes font même de ces deux formes une seule variété (Cornil et Ranvier).

D'après MM. Krishaber et Peter, les troubles de la voix sont moins marqués dans la laryngite catarrhale chronique simple (lésion épithéliale et du tissu sous-muqueux) que dans la laryngite glanduleuse, où dominent les lésions glandulaires et les troubles de vascularité.

III. LARYNGITE SYPHILITIQUE. — La syphilis tertiaire se manifeste parfois dans le larynx sous forme d'ulcérations étendues et peu profondes, à fond grisâtre, à bords taillés à pic. Le siège d'élection de ces ulcérations est la face postérieure de l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques. C'est là cependant une forme rare, ainsi que la forme hyperplasique généralisée, observée par Gouguenheim. Le plus ordinairement, ce sont des pertes de substance qui affectent aussi de préférence l'épiglotte, qu'elles peuvent détruire dans sa presque totalité.

Les désorganisations peuvent être plus profondes encore. L'un de nous a publié l'observation d'un malade atteint de syphilis laryngo-trachéale chez lequel les désordres anatomiques furent tels, qu'un cartilage aryénoïde presque détaché du larynx, et basculé dans la trachée, avait déterminé la mort par asphyxie; on recourut en vain à la trachéotomie.

Ce qui distingue, à un point de vue général, les ulcérations syphilitiques, c'est leur siège dans les portions antérieure et supérieure du larynx; elles sont du reste accompagnées d'autres manifestations de la diathèse, et l'on observe concurremment des ulcérations ou des cicatrices blanchâtres sur le voile du palais, les piliers et le fond du pharynx. Nous reviendrons, du reste, sur le diagnostic à propos de la phthisie laryngée.

La syphilis laryngo-trachéale est susceptible de guérison, mais elle laisse souvent après elle des sténoses prononcées qui nécessitent parfois la laryngotomie ou la trachéotomie (cas de Delore).

Le traitement des laryngites chroniques varie avec la cause qui les a produites. Dans le catarrhe simple, les balsamiques, les préparations sulfureuses ou arsenicales, l'eau du Mont-Dore, l'eau de Bonnes ou de Caunterets, le badigeonnage à l'huile de croton sur la région antérieure du cou, doivent être recommandés; dans la laryngite glanduleuse, les inhalations prises dans des stations thermales

sulfureuses seront conseillées; dans la syphilis, le traitement anti-diathésique est commandé. Dans tous les cas, il est bon de prescrire au malade de modifier son hygiène: éviter les refroidissements, ne pas abuser de sa voix, peu fumer, renoncer aux boissons alcooliques et irritantes; enfin les applications locales (teinture d'iode, tannin, nitrate d'argent même) pourront être utilisées.

IV. LARYNGITES DES ÉTATS INFECTIEUX. — Dans la morve, la variole, le typhus, les inflammations du larynx peuvent affecter aussi la forme chronique; nous n'avons rien de bien important à ajouter à ce que nous avons dit précédemment.

V. LARYNGITE CHRONIQUE TUBERCULEUSE (*phthisie laryngée*). — La phthisie laryngée a été décrite depuis longtemps. On la trouve nettement indiquée dans Morgagni, Borsieri (1), dans les thèses de Laignelet, de Cayol et de Pravaz (1824); mais on était loin d'en soupçonner la nature diathésique. Il semble même que les auteurs se soient attachés, dès le début, à la différencier de la phthisie proprement dite; c'est ainsi que Morgagni écrit dans sa vingt-deuxième lettre: « Bien des malades que l'on considère comme phthisiques sont atteints de phthisie trachéale. » Trousseau et Belloc eux-mêmes, dans le mémoire devenu classique qu'ils publièrent en 1837, accentuèrent cette confusion en comprenant dans leur description « les lésions organiques diverses qui, une fois développées, deviennent les causes véritables de la phthisie laryngée (2). » A ce titre, des faits de corps étrangers du larynx, de végétations syphilitiques, de cancer ou de kyste hydatique, etc., figurent au milieu de leurs observations.

Dès 1825 cependant, Louis avait indiqué le rapport qui existe entre les ulcérations du larynx et la phthisie pulmonaire: « Il faut considérer les ulcérations du larynx et surtout celles de la trachée-artère comme propres à la phthisie. » Andral avait soupçonné que ces ulcérations pouvaient être d'origine tuberculeuse, mais Barth seulement osa l'affirmer en 1839; cette affirmation, du reste, fut bientôt confirmée par les recherches de Rokitansky, qui non-seulement démontra le *tubercule laryngien*, mais avança que l'altération tuberculeuse était le *modus faciendi* le plus habituel de la phthisie laryngée.

Quelques médecins partagent encore la manière de voir de Trousseau et de Belloc; ils comprennent sous le titre de phthisie laryngée

(1) « Il y a des ulcérations du larynx et de la trachée qui peuvent produire la fièvre hectique. » (Borsieri.)

(2) Trousseau et Belloc, *Phthisie laryngée*. Paris, 1837, p. 70.

toutes les affections entraînant une désorganisation profonde du larynx. Nous ne saurions adopter cette opinion ; les mots phthisie laryngée doivent s'appliquer uniquement aux *manifestations laryngées de la diathèse tuberculeuse*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions tuberculeuses du larynx se présentent avec les caractères généraux propres à l'évolution du tubercule proprement dit, c'est-à-dire : 1° sous forme de granulations tuberculeuses ; 2° sous forme de produits caséux. Cette seconde modalité occupe une place beaucoup plus importante que la première dans les altérations de la phthisie laryngée (Thaon), bien que Virchow ait prétendu que le tubercule caséux était rare au niveau du larynx.

Ce qui caractérise au premier chef ces différents modes d'altération, c'est leur tendance marquée à déterminer des ulcérations, et des ulcérations qui n'ont aucune disposition à se cicatriser. De là, dans l'évolution anatomique du mal, deux périodes bien tranchées : l'une qui précède la phase d'ulcération, c'est la *période d'infiltration* ; l'autre qui débute avec la production des ulcérations, ou *période de désorganisation*.

A. *Période d'infiltration*. — Elle est constituée essentiellement par la production de granulations tuberculeuses au-dessous de l'épithélium de la muqueuse laryngée et principalement au niveau des cordes vocales inférieures. Ces granulations ne sont autre chose que des tubercules miliaires isolés ou agminés dont la structure intime nous est connue (voy. p. 208). Les granulations sont diffuses ou confluentes ; dans ce dernier cas, elles tendent à se confondre pour former des nodules caséux dont le centre se ramollira plus tard et qui, après s'être vidés, donneront naissance à l'ulcération proprement dite.

Il existe en général, même à cette période, une rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, rougeur qui s'étend jusque dans la trachée.

B. *Période d'ulcération et de désorganisation*. — Les ulcérations sont de deux espèces (Cornil et Ranvier) : ce sont des ulcérations tuberculeuses proprement dites, formées par la fonte des produits caséux précédemment signalés ; ce sont ensuite des ulcérations folliculaires ; les glandules du larynx, détruites par suppuration, forment de petites dépressions circulaires, en godet, qui se réunissent à celles de la première espèce pour former des ulcérations plus larges, à bords festonnés et décollés, à fond gris-rosé et présentant souvent des granulations miliaires sur leurs confins. Le

siège de prédilection de ces ulcérations est sur les cordes vocales inférieures et la région interaryténoïdienne, l'épiglotte enfin.

La muqueuse du larynx n'est pas seule à prendre part à ce processus destructeur ; tous les éléments du larynx y participent : ligaments, articulations, muscles et cartilages. Les ulcérations gagnent en profondeur en même temps qu'en surface ; la matière sanieuse, muco-purulente, qui les recouvre s'infiltré jusque dans les tissus profonds qu'elle dissocie, de sorte qu'il peut arriver un moment où le larynx tout entier semble en suppuration. Les fibres musculaires sont dilacérées ou en dégénérescence graisseuse ; les cartilages sont érodés ou même détruits (ceci est fréquent sur l'épiglotte) ; ils sont décollés de leur périchondre ; là peuvent se former de véritables abcès qui vont s'ouvrir soit dans l'œsophage, soit sur les parties antéro-latérales du cou, et donner lieu à des fistules (Andral, Barth).

Longtemps on a pensé que l'infiltration œdémateuse devait être une complication fréquente de ces altérations complexes. Le fait est loin d'être démontré, ainsi que le prouvent les travaux de Doléris et Gouguenheim (voy. *Œdème de la glotte*).

DESCRIPTION. — Deux périodes cliniques distinctes correspondent aux deux phases anatomiques que nous avons décrites plus haut.

Tant que la muqueuse laryngée n'est pas ulcérée, la symptomatologie n'a rien de bien caractéristique ; les signes physiques eux-mêmes peuvent ne pas avoir une grande netteté.

Le début, en général, est lent, torpide, et ce n'est que progressivement et souvent d'une façon insensible que la toux et les modifications de la voix (phénomènes communs à toutes les laryngites) s'accroissent. D'autres fois c'est à la suite d'une inflammation aiguë du larynx que ces symptômes apparaissent.

L'enrouement est presque constant, mais non continu ; plus accentué le matin, à la suite d'un exercice violent ou d'une émotion vive, il diminue généralement après le repas. Le passage d'un air froid à une température plus chaude, ou inversement, augmente la raucité de la voix ; celle-ci est à son maximum d'intensité, chez la femme, la surveillance de l'apparition des règles (Trousseau et Belloc). Parfois on observe de l'aphonie.

Il existe en même temps une petite toux, sèche au début, mais qui peut s'accompagner du rejet de crachats filants, striés en jaune, ou formés de matières opaques. Il n'y a pas de douleur à la