

pression, peu ou point de gêne respiratoire. Dès ce moment pourtant il existe souvent de la difficulté dans la déglutition, et des douleurs sympathiques dans les oreilles du côté correspondant à la corde vocale plus spécialement intéressée (Ch. Fauvel).

L'examen laryngoscopique permet de constater *de visu* les altérations de la muqueuse. Ce que l'on observe le plus souvent, c'est une rougeur sombre, diffuse et accompagnée de gonflement des parties. Tantôt la tuméfaction est limitée aux cordes vocales, aux replis ary-épiglottiques, ou à la région interaryténoïdienne; dans ce dernier cas, il est difficile de reconnaître la saillie des cartilages de Santorini; tantôt le gonflement est unilatéral, tantôt enfin il est généralisé. Dans des cas plus rares, c'est un gonflement pâle que l'on constate.

L'épiglotte est aussi presque constamment modifiée; on y remarque soit du catarrhe simple, soit de la rougeur vive, soit, ce qui est assez commun, une décoloration marquée.

Quant aux symptômes généraux, ils sont nuls, peu accentués ou très-marqués, suivant l'existence ou la non-existence de lésions tuberculeuses du poumon, suivant le degré ou l'âge de ces lésions.

L'appareil symptomatique se dessine à mesure que la maladie progresse. Pour peu que les ulcérations soient étendues et profondes, la voix tend à s'altérer davantage: elle est rauque ou stridente (1); l'expectoration devient opaque, puriforme, striée de sang, voire même sanglante; dans d'autres cas on y remarque des débris de cartilages ou de ligaments (Hunter aurait vu un malade rejeter ainsi son cartilage cricoïde presque tout entier). Il ne faudrait pas croire cependant que l'altération de la voix soit toujours en rapport direct avec l'étendue des ulcérations (2); le degré d'altération des nerfs du larynx, l'état des muscles ten-

(1) Trousseau et Belloc avaient déjà remarqué que l'enrouement strident correspond presque toujours à une ulcération.

(2) On voit souvent des malades présentant de petites ulcérations tuberculeuses qui sont presque aphones; des syphilitiques, au contraire, peuvent avoir un larynx très-altéré et offrir des modifications de la voix relativement peu marquées. C'est que l'appareil de la phonation comprend deux appareils secondaires, un appareil à anche (le larynx), et un instrument à vent (le poumon). Le bon état des deux appareils est nécessaire à l'intégrité de la voix. Chez les phthisiques, le fonctionnement du soufflet est souvent défectueux, ce qui explique pourquoi, avec de faibles altérations laryngées, ils peuvent avoir des troubles vocaux très-accentués. (Ch. Fauvel.)

seurs de la glotte, la présence d'exsudats sous-muqueux, etc., enfin l'état des poumons, ont aussi une grande influence.

La toux prend parfois des caractères particuliers. Trousseau l'a dénommée *toux éructante* (sorte d'éruclation étouffée) dont la cause est l'inocclusion de l'orifice glottique qui n'entre plus en vibration sous l'impulsion de la colonne d'air bruyamment expulsée par le mouvement expiratoire. L'inspiration peut être bruyante, accompagnée d'un sifflement prolongé et d'un certain degré de dyspnée qui va s'accroissant de plus en plus, à mesure que la maladie progresse.

Trousseau et Belloc ont insisté sur ce fait que la pression exercée sur le larynx au-devant du cou ne provoque pas de douleur, alors même que le larynx est désorganisé au point de donner au doigt une sensation de crépitation. Par contre, il existe un *degré de dysphagie très-marqué*, dysphagie extrêmement douloureuse, qui fait redouter aux malades même l'ingestion des liquides, et qui va jusqu'à les empêcher d'avaler leur salive. La dysphagie est accompagnée parfois de régurgitations et de vomissements.

La marche de la phthisie laryngée est irrégulière et subordonnée en partie à la gravité des accidents dont le poumon devient tôt ou tard le siège. C'est dire que la mort en est la conséquence presque inévitable. Le malade succombe surtout parce qu'il est tuberculeux. La mort est rarement le fait des lésions locales; cependant elle peut résulter, dans quelques circonstances, d'un accès brusque et violent de dyspnée ou d'une infiltration œdémateuse ou tuberculeuse qui a entraîné l'asphyxie.

DIAGNOSTIC. — Deux éléments essentiels en sont la base: la constatation de manifestations tuberculeuses dans le poumon; la découverte à l'examen laryngoscopique d'ulcérations de forme et de siège déterminés. Il est bon pourtant de bien insister sur ce fait que, dès qu'un malade sera affecté de tuberculose pulmonaire, il ne s'en suivra pas fatalement que toute laryngite qu'il contractera doive être considérée comme étant d'origine tuberculeuse. Un tuberculeux peut avoir une laryngite catarrhale simple, voire même syphilitique: on doit donc différencier avec soin la laryngite des tuberculeux de la phthisie laryngée. Jaccoud admet non-seulement que les tuberculeux peuvent être affectés de laryngite catarrhale chronique, mais que cette laryngite peut devenir ulcéreuse sans rien avoir de spécifique. S'appuyant sur les recherches de Ch. Fauvel, Jaccoud établit ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel des ulcérations laryngées tuberculeuses: « Dans la *phthisie*, les lésions profondes siègent dans la ré-

gion aryténoïdienne et sur les cordes vocales inférieures; les bords des ulcérations ne sont pas taillés à pic, ils sont au contraire bourgeonnants et tuméfiés, en bourrelets; dans la *syphilis*, les lésions correspondantes occupent les *parties sus-glottiques et l'épiglotte*; avec les ulcérations existent des excroissances, des condylomes, ou une éruption papulo-tuberculeuse. » La coloration de la muqueuse est moins vineuse dans la syphilis; les altérations sont enfin moins localisées. On doit tenir grand compte des antécédents et de l'état général des malades.

La constatation de signes de tuberculose dans les sommets du poulmon acquiert, dans l'espèce, une valeur de premier ordre. Il est bon de remarquer à cet égard que des altérations pulmonaires peu avancées passent facilement inaperçues, la propagation des bruits laryngiens à travers les bronches rendant souvent fort difficile l'interprétation des bruits pulmonaires.

Quand la laryngite chronique existe chez un tuberculeux, la distinction nous paraît fort délicate, puisque, suivant Jaccoud lui-même, les lésions terminales peuvent être identiques à celles de la phthisie laryngée; ce n'est guère qu'au début que le diagnostic est possible, grâce à la prédominance des phénomènes de catarrhe, aux excruciations épithéliales et aux saillies glandulaires.

La *laryngite glanduleuse*, décrite par Green et Noël Gueneau de Mussy, se reconnaît plus aisément, grâce aux conditions au milieu desquelles elle se développe, et surtout grâce à la coexistence presque constante d'une pharyngite de même espèce. Les ulcérations de la laryngite glanduleuse sont déprimées en infundibulum.

La paralysie hystérique des cordes vocales a été confondue quelquefois avec la phthisie laryngée; en dehors de l'existence possible d'autres manifestations de la névrose, l'examen laryngoscopique lève les doutes. (Voyez plus loin, page 844.)

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — Il n'existe qu'une seule cause de la phthisie laryngée, c'est la *diathèse tuberculeuse*. La laryngite tuberculeuse peut être la première manifestation du vice constitutionnel (le fait est rare, dix obs. de Krishaber); le plus souvent elle apparaît alors que les poulmons ont déjà été envahis; quelquefois elle ne se développe que dans les périodes ultimes de la maladie. C'est de trente à quarante ans qu'elle se déclare le plus souvent (J. Frank). Trousseau et Belloc l'ont observée avant la puberté. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Serre, Louis, Franck).

Louis, Trousseau et Belloc ont pensé que la laryngite des phthisiques avait son origine dans l'action irritante des crachats à leur passage dans le larynx. Cette explication, non admissible pour la *laryngite tuberculeuse*, qui peut être la manifestation initiale de la diathèse, est plausible quand il s'agit de la *laryngite catarrhale chronique des tuberculeux*.

TRAITEMENT. — La thérapeutique est impuissante à faire rétrograder les productions tuberculeuses, aussi n'avons-nous que des moyens palliatifs à opposer à cette affection. Par l'application de révulsifs sur le cou, par des inhalations ou des pulvérisations, enfin par des attouchements soit avec un mélange de glycérine et de teinture d'iode, soit avec une solution étendue de tannin ou de chlorure de zinc, on peut modifier l'irritation des parties, rendre à la voix une partie de sa clarté, calmer la toux, etc. Les préparations opiacées seront toujours employées avec profit contre la toux et la douleur.

On se rappellera que la dysphagie est un des accidents qui causent le plus de souffrance au malade. On arrivera à la calmer en badigeonnant le larynx, quelques instants avant les repas, avec un mélange d'eau de laurier-cerise (30 gr.) et d'extrait d'opium (1 gr.) (Fauvel, Dieulafoy). On évitera avec soin les boissons irritantes; contre l'état général on administrera les arsenicaux, les sulfureux, l'huile de foie de morue, etc.

La trachéotomie est indiquée en cas d'asphyxie imminente, et lorsque l'état général n'est pas trop mauvais.

MORGAGNI. Lettre XV. — LOUIS. Recherches sur la phthisie, Paris, 1825; 2^e édit. 1843. — TROUSSEAU et BELLOC. Traité pratique de la phthisie laryngée, Paris, 1837. — BARTH. Ulcérations des voies aériennes (Arch. gén., 1839). — PRIORY. Maladies des voies aériennes, Paris, 1843. — ANDRAL. Clinique médicale, 1846. — GREEN, N. GUENEAU DE MUSSY, *loc. cit.* — TOULMOUCHE (de Rennes). Études cliniques sur les ulcérations du larynx et de la trachée-artère (Arch. gén. de méd., Paris, 1857, juillet et août). — VALLEIX. Guide du méd. prat., 5^e édit., revue par LEPLAT, t. II. — RUBLE. Die Kehlkopfkrankheiten, Berlin, 1861. — TOBOLD. Die chronischen Kehlkopfkrank., Berlin, 1866. — KRISHABER et PETER. Article *Larynx* du Dictionnaire encyclopédique, 1869. — DIEULAFOY. Cours de l'École pratique, 1876 (leçons inédites). — THAON. Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose, Paris, 1873. — CH. FAUVEL. Traité des maladies du larynx, 1876. — TROUSSEAU, Clinique de l'Hôtel-Dieu, 3^e édition, 1877. — ZEIMSEN. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Leipzig, 1876, Band IV, erste Hälfte, p. 348. — DOLÉRIE. Rech. sur la tuberculose du larynx (Arch. de phys., 1877). — GOUGUENHEIM. Œdème de la glotte chez les tuberculeux (Société méd. des hôpit., 1878, et Associat. française pour l'avancement des sciences, Paris, 1878). — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — LABOULBÈNE. Nouveaux éléments d'anatomie pathologique, Paris, 1879, p. 442.

OEDÈME DE LA GLOTTE.

Synonymie : *Laryngite sous-muqueuse* (BOUILLAUD, CRUVEILHIER). *Angine laryngée œdémateuse* (SESTIER, TROUSSEAU). *Infiltration laryngée* (JACCOUD).

L'œdème de la glotte, observé pour la première fois par Bayle en 1808, et décrit par lui comme une complication des laryngites, n'est point une entité morbide; c'est un accident, un épiphénomène de plusieurs affections, soit locales, soit générales, qui provoquent tantôt l'inflammation du larynx, tantôt simplement son infiltration séreuse. Cette considération clinique explique la diversité des dénominations qui ont servi tour à tour à désigner la maladie. L'expression d'*angine laryngée œdémateuse*, acceptée par Sestier et Trousseau, nous semble préférable, en ce sens qu'elle fait la part égale à l'inflammation et à l'œdème dans la pathogénie des phénomènes, ce qui est conforme à l'observation.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — On peut diviser en trois catégories les altérations morbides qui prédisposent à l'œdème de la glotte :

1° Lésions franchement inflammatoires, ainsi que cela peut s'observer dans quelques cas de laryngite intense, que celle-ci ait été déterminée par une brûlure, ainsi que cela se voit souvent en Angleterre, en Russie ou dans l'Amérique du Nord, chez les jeunes enfants qui ont aspiré imprudemment le liquide bouillant de la théière laissée devant le foyer, ou qu'elle provienne d'un refroidissement brusque, comme chez cet ivrogne dont Trousseau a raconté l'histoire, et qui contracta une angine laryngée œdémateuse pour s'être endormi la nuit sur un pont. L'amygdalite simple peut se compliquer d'œdème glottique; nous avons observé un fait de ce genre dans le service de Rigal, et l'un de nous en a rapporté une observation.

L'infiltration laryngée consécutive à l'érysipèle du pharynx, à la laryngite de la variole, à un phlegmon de la base de la langue (Demarquay), rentre dans cette première catégorie.

2° L'œdème glottique apparaît dans le cours d'une laryngite chronique ulcéreuse (cancer, syphilis ou phthisie laryngée) ou d'une altération profonde de l'organe (la périchondrite principalement).

Pour expliquer l'œdème dans ce cas, on a recours en général à la théorie de l'œdème *collatéral*, imaginée par Virchow, qui attribue l'infiltration séreuse à la gêne circulatoire qu'entraînent,

autour des parties ulcérées ou altérées, les oblitérations vasculaires partielles résultant du travail inflammatoire qui s'accomplit sur leurs confins.

3° Enfin l'œdème peut tenir à l'existence préalable d'une maladie hydropigène (mal de Bright, scarlatine). Il existe même quelques observations où l'infiltration laryngée a été la première manifestation de la dyscrasie (Jaccoud, Fauvel); elle est au contraire exceptionnelle dans l'anasarque d'origine cardio-pulmonaire (1).

L'œdème de la glotte est relativement rare chez les enfants (dix-sept cas seulement sur les deux cent quinze observations de Sestier).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La configuration anatomique du larynx nous rend compte de la distribution de l'œdème; la grande laxité des replis glosso et ary-épiglottiques les prédispose à l'infiltration; Sestier a montré par des injections pratiquées sur le cadavre que les replis infiltrés peuvent augmenter jusqu'à quinze fois de volume. Au contraire, la grande adhérence de la muqueuse des cordes vocales avec les parties profondes s'oppose à la propagation de l'œdème, d'où sa rareté à ce niveau; dans quelques cas exceptionnels pourtant, cette région peut être envahie (on compte en effet dans la science une vingtaine d'observations de véritable œdème glottique); l'infiltration sous-glottique est encore plus rare.

Au point de vue de son siège, l'œdème de la glotte présente donc trois types distincts qui sont : 1° l'œdème sus-glottique; 2° l'œdème glottique proprement dit; 3° l'œdème sous-glottique, variété exceptionnelle. On voit par cela même tout ce qu'a de défectueux l'expression d'œdème de la glotte, consacrée pourtant par l'usage, puisqu'elle représente une erreur anatomique (2).

Le liquide infiltré dans les mailles du tissu cellulaire varie de *nature* selon que la maladie a une origine inflammatoire, ou qu'elle dépend d'une dyscrasie hydropigène. Dans le premier cas, on y observe de grandes cellules granuleuses, et surtout des globules sanguins et purulents; dans les œdèmes consécutifs aux altérations profondes du larynx (la périchondrite par exemple), les globules

(1) Gouguenheim a observé récemment un cas d'œdème de la glotte chez un cardiaque: ce qui dominait, c'était une dyspnée continue, sans sifflement et sans bruits laryngiens spéciaux; au bout de quelques jours de repos les accidents s'amendèrent.

(2) Il est facile, par contre, chez les animaux, de reproduire artificiellement l'œdème glottique proprement dit (François-Franck, Gouguenheim).

blancs sont tellement abondants que le liquide a un aspect purulent. Dans le second cas, le liquide est transparent (comme la sérosité de l'œdème en général), et contient parfois un réticulum fibrineux; il est emprisonné au milieu des faisceaux du tissu connectif distendu, aussi s'échappe-t-il avec peine par une incision; il est nécessaire de recourir à la pression pour en provoquer l'écoulement (Sestier). Ce fait anatomique a une certaine valeur au point de vue thérapeutique; il démontre le peu de profit qu'on doit espérer du procédé dit des scarifications.

Pour Doléris et Gouguenheim, le gonflement des replis ary-épiglottiques chez les tuberculeux tiendrait à l'envahissement de la région par une infiltration de matière tuberculeuse; cette variété anatomique doit être distinguée avec soin de l'œdème proprement dit, car elle imprime à la maladie des allures cliniques qui s'éloignent notablement du tableau classique de l'infiltration laryngée œdémateuse.

DESCRIPTION. — Ce qui domine dans la symptomatologie de l'œdème de la glotte, c'est la *dyspnée*: celle-ci peut se déclarer brusquement sous forme d'un violent accès qui va mettre du premier coup les jours du malade en danger; ainsi se passent les choses dans les œdèmes aigus ou qui sont d'origine inflammatoire. D'autres fois la dyspnée s'établit progressivement, ne provoquant tout d'abord qu'un sentiment de constriction ou de gêne au niveau du larynx: le malade a la sensation d'un corps étranger qui obstrue l'orifice supérieur des voies aériennes; il cherche à s'en débarrasser par des mouvements de déglutition répétés qui lui occasionnent de vives douleurs, ou bien encore par des accès de toux qui l'épuisent. De temps à autre cette dyspnée, lente, mais continue, est interrompue par de violents paroxysmes de suffocation, sortes de spasmes réflexes qui entraînent l'obstruction de la glotte et augmentent au suprême degré l'angoisse du malade. « Le malade a quelque chose d'effrayant, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur » (Trousseau). Cependant les allures de la maladie ne sont point toujours aussi dramatiques. Suivant Peter et Krishaber, les crises de suffocation ne se produisent que dans les trois cinquièmes des cas; elles manquent surtout dans les œdèmes à marche presque chronique, comme le sont souvent ceux de la maladie de Bright ou des laryngites ulcéreuses.

On a dit que cette dyspnée était caractéristique, dans ce sens que, occasionnée par l'accolement des replis œdématisés tremblotants et mobiles sous le poids de la colonne d'air inspiré, elle était

essentiellement *inspiratoire*; l'expiration, au contraire, se ferait sans difficulté, les replis accolés s'écartant naturellement sous l'influence de la pression excentrique exercée par la colonne d'expiration. La chose est vraie dans quelques cas, et l'on peut voir des malades qui, à la suite d'une inspiration pénible et sifflante, ont une expiration silencieuse et facile, mais le fait est loin d'être constant; souvent l'expiration est aussi laborieuse que l'inspiration. C'est ce qui arrive dans ces cas signalés par Gouguenheim chez les tuberculeux, où les replis ary-épiglottiques infiltrés sont durs et ont perdu toute espèce de mobilité. Quelques observateurs, Sestier entre autres, auraient noté au moment de l'expiration comme un bruit de drapeau qu'ils attribuaient à la mise en vibration des replis ary-épiglottiques agités par le passage de l'air.

Le plus souvent la voix est peu altérée, ce qui se comprend aisément, puisque les cordes vocales sont généralement intactes; elle est seulement sourde et elle s'accompagne d'une toux pénible avec accès de suffocation.

En introduisant profondément l'index derrière la base de la langue, on peut sentir quelquefois les replis ary-épiglottiques gonflés; cette exploration doit être faite avec de grands ménagements, car elle peut déterminer, par voie réflexe, l'apparition d'une crise de dyspnée (Thuillier, Legroux, Bricheveau).

L'examen laryngoscopique, quand il est possible, montre les replis ary-épiglottiques tuméfiés, congestionnés ou livides, suivant la nature de l'infiltration, lorsque l'œdème est *sus-glottique*; si c'est à l'œdème glottique proprement dit qu'on a affaire, on aperçoit les cordes vocales gonflées, d'une coloration gris sale ou violacée, et ayant l'apparence d'une petite vessie natatoire de poisson (Ch. Fauvel). Dans le cas d'œdème sous-glottique, on constate entre les lèvres de la glotte deux petites saillies rougeâtres qui ont l'aspect d'un chémosis palpébral (Fauvel). Quant aux symptômes généraux, ils sont peu marqués; il n'y a pas de modification thermique importante, sauf dans les périodes ultimes de l'asphyxie (cyanose et refroidissement). Quand il existe un appareil général fébrile, il est le fait de la maladie primitive, dont l'œdème n'est qu'une complication (1).

(1) C'est intentionnellement que dans le cours de notre description nous avons omis ou indiqué seulement certains signes qui figurent pourtant dans la symptomatologie classique de l'œdème de la glotte: tels le *sifflement laryngé inspiratoire* s'entendant à grande distance, et ces *bruits laryngés*,

DIAGNOSTIC. — Quand un malade affecté d'une affection chronique du larynx ou d'une affection qui prédispose aux hydropisies se présente avec des accès de dyspnée, de la gêne inspiratoire, sans trouble très-sensible de la voix et sans difficulté expiratoire, le diagnostic d'œdème de la glotte s'impose en quelque sorte; il n'est pas même nécessaire de recourir à l'emploi du laryngoscope ou à l'exploration digitale; toutefois ces procédés sont utiles pour s'assurer du siège exact de l'infiltration et des conditions qui lui ont donné naissance.

Mais quand les antécédents du malade restent inconnus, quand on se trouve sans renseignements en face d'un individu qui étouffe ou asphyxie, la chose est moins aisée. On s'assurera d'abord que la *dyspnée est d'origine laryngée*, ce que l'on reconnaîtra aux caractères de la gêne respiratoire et à la localisation des sensations du malade, et surtout au sifflement ou au tirage inspiratoire, tirage qui, dans quelques circonstances, peut revêtir les caractères d'un véritable cornage (1). Ceci établi, on procédera au diagnostic différentiel par voie d'élimination. L'idée d'un spasme glottique proprement dit, d'une laryngite striduleuse ou de la diphthérie sera promptement abandonnée si l'on n'a pas affaire à un jeune enfant, et si l'on peut constater l'absence de pseudo-membranes soit dans le pharynx, soit dans l'expectoration. Le diagnostic se restreint alors entre un corps étranger ou une tumeur du larynx, une paralysie glottique ou une compression laryngo-trachéale.

Les corps étrangers occasionnent une *dyspnée continue* et donnent lieu, lorsqu'on ausculte le larynx, à des bruits qui varient avec la nature de l'obstacle. Les compressions laryngo-trachéales sont caractérisées par la *permanence de la dyspnée*, qui toujours

bruits vocaux de Sestier, auxquels l'éminent observateur ajoutait tant d'importance. Nous pensons, avec Semon (de Londres) et Gouguenheim, que ces différents signes ne sont pas le fait de l'œdème de la glotte, mais celui de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs avec laquelle on a souvent confondu l'infiltration laryngée. (Voy. *Comptes rendus, Société clinique de Londres*, in *British med. Journ.*, et plus loin article *Paralysies du larynx.*)

(1) Empis a défini le cornage « une respiration rude, rauque et stridente s'entendant à distance et à maximum inspiratoire. » Suivant Empis, ce symptôme est propre aux lésions de la trachée et des bronches. Il existe cependant un cornage laryngien. On l'observe : 1° dans l'œdème de la glotte; 2° dans la double paralysie des nerfs dilatateurs de la glotte. Dans ces cas il y a dyspnée, et celle-ci est indispensable à la production du phénomène. (Raynaud.)

est aussi accentuée pendant l'expiration que pendant l'inspiration, et elles se révèlent souvent par l'existence de signes extrinsèques (autres phénomènes de compression, symptômes d'anévrysme aortique, de tumeur du médiastin ou d'adénopathie bronchique) qui concourent pour une large part à la certitude du diagnostic. L'*intégrité des sons glottiques* enfin élimine la paralysie des récurrents; il ne reste plus que la *paralysie isolée des dilatateurs*, dans laquelle, il est vrai, il n'y a pas d'aphonie, mais qui se traduit par une dyspnée continue avec accès paroxystiques.

Le laryngoscope permet, dans bien des cas, de faire ce diagnostic différentiel du premier coup; mais il se peut que son emploi soit impraticable, aussi bien que celui de l'exploration digitale, et l'on est forcé pour établir le diagnostic de s'appuyer sur les différentes considérations que nous venons d'indiquer.

MARCHE ET PRONOSTIC. — Quand l'œdème est primitif il évolue rapidement; il suffit de quelques jours pour que le malade succombe à l'asphyxie ou qu'il guérisse, soit que l'infiltration d'abord modérée n'ait pas entraîné d'accidents fort graves, soit que la trachéotomie les ait prévenus.

Les œdèmes consécutifs ont une marche plus lente; ils peuvent durer trois, quatre, cinq ou six semaines, laissant alternativement au malade les bénéfices d'une amélioration passagère et s'affirmant ensuite par des crises dyspnéiques très-pénibles.

Soit par le fait du traitement, soit par celui de l'évolution régulière de l'affection, la mort peut encore assez souvent être conjurée. Quand elle survient, elle est déterminée par un des accès de suffocation ou par suite d'une dyspnée continue, progressive, qui a jeté le trouble dans les fonctions de l'hématose et a produit l'asphyxie.

C'est en quelque sorte, ainsi que l'ont déjà fait remarquer Trouseau et Belloc, la réalisation clinique de l'ancienne expérience de Bichat qui déterminait à volonté l'asphyxie chez un chien en empêchant, à l'aide d'un robinet fixé à la trachée préalablement liée, l'entrée de l'air dans la poitrine.

TRAITEMENT. — Il faut distinguer les cas aigus et les œdèmes à marche presque chronique : dans les cas aigus on pourra recourir dès le début à une médication antiphlogistique ou révulsive (saignées locales, application de vésicatoires autour du cou). On administrera un vomitif. Si la suffocation est imminente, la trachéotomie est indiquée, ainsi que cela ressort nettement des statistiques de Sestier, qui montrent qu'on sauve un tiers des malades trachéoto-

misés, tandis que par les autres procédés on n'en guérit qu'un cinquième.

Les scarifications des replis tuméfiés, à l'aide du bistouri (Gordon Buck, Lisfranc) ou avec l'ongle (Legroux), sont souvent impuissantes à arrêter les progrès du mal; il s'échappe à peine quelques gouttes de liquide par la déchirure ainsi produite. On a retiré d'assez grands avantages des pulvérisations ou des gargarismes à l'alun ou au tannin.

Ces derniers procédés sont utiles surtout dans les œdèmes chroniques. On pourra ensuite, par l'administration des diurétiques ou des purgatifs, favoriser dans une certaine mesure la résorption de la sérosité infiltrée. Mais si la dyspnée est intense et persistante, la trachéotomie reste encore le remède par excellence.

THULLIER. Angine laryngée œdémateuse, Paris, 1815. — BOULLAUD. Arch. gén. de médecine, 1825. — FLEURY. Des causes de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse (Journ. de méd., 1844). — GORDON BUCK. The Transactions of the American Medical Association, 1848. — LALLIER. Œdème de la glotte, th., Paris, 1848. — JAMESON. Dublin quart. Journ., 1848. — SESTIER. De la bronchotomie dans les cas d'angine laryngée œdémateuse (Arch. gén. de méd., 1850). — Du même. Traité de l'angine laryngée œdémateuse, Paris, 1852. — BARRIER. Traité pratique des maladies de l'enfance. — RAUCHFUSS. Ueber Cauterisationen im Incisionen im Kehlkopfe (Petersburg med. Zeitschr., 1861). — OBÉDÉNARE. Trachéotomie dans l'œdème de la glotte, th., Paris, 1866. — CH. FAUVEL. Aphonie albuminurique (Congrès médico-chirurgical de Rouen, 1863). — LASÈGUE. Traité des angines, 1868. — RICHARD et A. LAVERAN. Obs. d'œdème de la glotte à la suite d'une angine simple (Soc. méd. des hôpitaux, 1876). — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1877. — KRISHABER et PETER. *Loc. cit.* — TROUSSEAU. Clinique médicale. — GOUGUENHEIM. Œdème de la glotte chez les tuberculeux (Soc. méd. des hôpitaux, 1878).

LARYNGITE STRIDULEUSE.

Synonymie : *Asthme de Millar. Angine striduleuse* (BRETONNEAU). *Faux croup* (GUERSANT). *Laryngite spasmodique* (RILLIET et BARTHEZ).

La laryngite striduleuse décrite pour la première fois par Millar (1769) a été confondue avec le croup jusqu'à la découverte de Bretonneau. Dès l'origine, elle fut considérée comme une maladie à part, ayant dans ses allures et dans ses causes quelque chose de spécial. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien : la laryngite striduleuse est une *laryngite catarrhale simple* qui, à cause de l'étroitesse de la glotte et de la susceptibilité nerveuse de l'enfant, revêt chez lui des caractères particuliers parmi lesquels les

accès de suffocation avec quintes de toux rauque, stridente, et l'apparition nocturne de ces accès occupent le premier rang.

DESCRIPTION. — Le début de la maladie est généralement brusque ou plutôt semble tel, car, si l'on veut bien prêter un peu d'attention, on reconnaît souvent que le petit malade a présenté depuis 36 ou 48 heures, un peu de fièvre avec léger coryza, larmoiement, enrrouement, toux, etc. Rilliet et Barthez ont trouvé treize fois sur quinze ces signes prémonitoires. Quoi qu'il en soit, le premier accès éclate au milieu de la nuit, souvent vers onze heures du soir. L'enfant est réveillé en sursaut (1); il se dresse sur son séant, en proie à une dyspnée violente, il cherche d'un œil inquiet le visage de sa mère et se précipite dans ses bras, plein d'angoisse et de détresse. Il est pris d'une toux rauque et bruyante, qui ressemble parfois à l'aboiement d'un chien, et qui jette l'alarme autour de lui; la respiration s'accélère et chaque mouvement inspiratoire est accompagné d'un sifflement aigu qui trahit toute la difficulté que l'air éprouve à pénétrer dans la poitrine. Si l'accès se prolonge, le visage se congestionne, les veines du cou se gonflent, l'épigastre se déprime, l'asphyxie alors paraît imminente. Le plus souvent la voix est peu altérée; elle est seulement légèrement rauque ou enrrouée; jamais il n'y a d'aphonie.

La crise ne dure quelquefois qu'un instant; les symptômes s'amendent rapidement, le calme renaît et le petit malade se rendort, sans même se souvenir de la scène violente qu'il a traversée. D'autres fois la crise se prolonge plusieurs heures, ne présentant que de légères rémissions.

L'atteinte de laryngite striduleuse se borne souvent à un seul accès; d'autres fois une nouvelle crise, mais moins intense que la première, se produit vers la fin de la nuit ou dans la matinée. Il se peut que les crises reparassent deux ou trois jours de suite, rarement plus; quand les accidents sont diurnes, ils sont toujours moins intenses. Sauf un peu d'enrouement ou de toux le rétablissement est complet dans l'intervalle des accès.

La laryngite striduleuse, malgré ses allures vraiment effrayantes,

(1) Pour Krishaber et Peter, l'accès se déclarerait moins subitement qu'on ne le croit d'ordinaire; quand on a l'occasion d'observer l'enfant dans les instants qui précèdent la crise on voit les accidents se développer graduellement. La respiration se ralentit, elle devient ensuite difficile; l'épigastre se creuse, un peu d'agitation apparaît, enfin l'enfant se réveille: c'est alors qu'il y a suffocation.

est une affection bénigne en elle-même, aussi Bretonneau et Guersant ont-ils pu dire qu'elle ne se terminait jamais par la mort. Cette assertion n'est point absolument exacte : Trousseau a observé trois fois la terminaison fatale, dont un cas fort remarquable chez un collégien de treize ans. Millar et Vieusseux avaient rapporté déjà des observations de ce genre; Lobstein en a cité depuis.

La laryngite striduleuse peut se compliquer de pneumonie catarrhale; dans ce cas elle est généralement mortelle (Krishaber et Peter).

DIAGNOSTIC. — L'ensemble des symptômes de la laryngite striduleuse est trop caractéristique pour qu'il soit besoin d'insister longuement sur le diagnostic. L'œdème de la glotte, très-rare d'ailleurs chez l'enfant, n'a rien de commun, ni dans sa marche, ni dans les caractères de la dyspnée, etc., avec l'asthme de Millar; il ne se présente pas sous la forme de crises de toux rauque avec inspiration sifflante, dans l'intervalle desquelles la respiration est normale. Il en est de même pour le croup ou laryngite pseudo-membraneuse dont le début n'est pas brusque mais insidieux; la voix est étouffée, la toux éteinte, la dyspnée continue, et s'il existe des accès de suffocation, la santé reste profondément altérée dans leurs intervalles. Enfin, fait pathognomonique, il existe des fausses membranes, soit dans le pharynx, soit dans les crachats rejetés à la suite des quintes de toux.

Il ne peut y avoir d'embarras que dans le cas où la laryngite striduleuse se développe en même temps qu'une angine couenneuse commune (Trousseau). Dans ce cas, la marche plus rapide des accidents, l'appareil fébrile plus intense, l'absence d'adénite cervicale, doivent faire pencher la balance en faveur de la laryngite striduleuse.

Le spasme de la glotte (asthme thymique) est une maladie spéciale aux enfants à la mamelle; les accès auxquels l'asthme thymique donne lieu sont indifféremment nocturnes ou diurnes; ils se répètent à courts intervalles; la toux manque généralement; souvent il existe des convulsions.

Les anamnétiques éclaireront sur la possibilité de la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes; enfin l'examen de la gorge sera fait avec soin afin de constater s'il n'existe pas un abcès rétro-pharyngien.

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — Le jeune âge est la condition *sine*

quâ non de la laryngite striduleuse; rare au-dessous d'un an, c'est de deux à cinq ans qu'elle est la plus fréquente, chez les adultes elle ne se voit jamais. Trousseau l'a observée jusqu'à l'âge de treize ans. Des amygdales très-développées, en prédisposant aux inflammations catarrhales, facilitent son apparition.

La laryngite striduleuse n'est ni contagieuse, ni épidémique; mais elle augmente de fréquence avec les épidémies de rougeole, de grippe et de coqueluche, fait très-naturel, puisque le catarrhe laryngien est constant dans ces maladies. Dechambre a accordé à la den-
tition une certaine importance pathogénique.

L'influence de la nuit sur l'apparition des accès n'est pas douteuse; quand les accès se déclarent pendant le jour, ils sont en général déterminés par les jeux bruyants et les efforts qui nécessitent une prise d'air considérable.

Différentes théories ont été proposées pour expliquer le mécanisme de la crise de suffocation. On a pensé tout d'abord au développement d'un œdème aigu du larynx. Outre que cet œdème n'a jamais été observé directement, nous savons que les symptômes de l'infiltration laryngée sont essentiellement différents. Niemeyer a pensé que les mucosités laryngiennes se concrétiaient au niveau de la glotte, en agglutinaient les lèvres et produisaient ainsi l'attaque de suffocation. On admet en général que les accidents sont dus à l'intervention d'un élément spasmodique d'origine réflexe (on sait précisément que les phénomènes réflexes sont d'autant plus faciles à produire que l'irritation des nerfs sensibles est plus superficielle); ce spasme tend à rapprocher les lèvres de l'orifice glottique, et, comme chez l'enfant la glotte interaryténoïdienne est rudimentaire, les voies de l'air sont notablement rétrécies, et la suffocation apparaît. A mesure que l'enfant grandit, sa glotte se développe, l'espace interaryténoïdien s'élargit: les conditions génératrices de la maladie disparaissent.

TRAITEMENT. — Graves et Trousseau ont depuis longtemps préconisé le meilleur traitement à employer en pareil cas. Ils appliquent une éponge imbibée d'eau chaude sur le devant du cou; sous l'influence de cette chaleur humide le spasme cesse et la suffocation avec lui. L'accès terminé, on peut en prévenir le retour en appliquant des cataplasmes sur le devant du cou ou en l'entourant d'ouate recouverte de taffetas gommé. On fera respirer l'enfant dans une atmosphère de vapeur d'eau, souvent avec grand avantage (Peter).