

tale; enfin les fausses membranes cutanées. Citons encore les pneumonies pseudo-lobaires, l'emphysème aigu du poumon (Roger), les foyers apoplectiques, les lésions cardiaques (Zenker, Labadie-Lagrave), les thromboses cardiaques (Robinston, Beverley), lésions plus fréquentes dans les diphthéries secondaires; enfin les différentes paralysies, et en particulier celle des crico-aryténoïdiens postérieurs.

Le croup est surtout grave au-dessus de deux ans; secondaire, il est presque toujours fatal; les diphthéries nasale et oculaire indiquent une intoxication profonde; les complications broncho-pulmonaires sont un peu moins redoutables.

La mortalité du croup livré à lui-même est très-élevée: Guersant, Andral, Trousseau, donnent les chiffres de 80 à 90 pour 100.

DIAGNOSTIC. — Nous avons déjà exposé dans les chapitres précédents le diagnostic du croup avec la laryngite striduleuse et avec l'œdème de la glotte, nous n'y reviendrons pas. Du reste, le type de la dyspnée qui existe aux deux temps de la respiration, et qui est presque continue, même en dehors des accès de suffocation; la voix éteinte, la toux voilée, le début par une angine diphthérique, appartiennent spécialement à la laryngite pseudo-membraneuse et la distinguent nettement de toutes les autres affections du larynx.

L'épidémicité et l'existence de l'angine diphthérique mettront le plus souvent sur la voie du diagnostic. Il sera bon de se rappeler cependant que les abcès rétro-pharyngiens et les corps étrangers du larynx peuvent produire des accès de suffocation; d'où la nécessité d'explorer autant que possible le fond de la gorge avec le doigt, et de s'informer avec soin des commémoratifs.

Chez l'adulte le croup se présente sous un aspect un peu différent et qui mérite d'être indiqué sommairement. Bien étudié déjà par Louis en 1826, le croup de l'adulte a été l'objet de travaux intéressants de la part de Caneva et de Ménocal. Ce qui le caractérise, c'est la marche progressive des accidents, rendant impossible la distinction en trois périodes, si nette chez l'enfant. Il y a constamment de la trachéo-bronchite pseudo-membraneuse; aussi Guersant disait-il: « Chez l'adulte, la scène se passe dans le poumon. » Chez lui, en effet, la glotte est assez large pour permettre encore l'entrée de l'air, malgré la présence de fausses membranes.

Jamais la voix n'est croupale; on ne constate que de l'extinction

qui va parfois jusqu'à l'aphonie. Ménocal rapporte un fait où la voix resta intacte jusqu'à la mort, bien que les cordes vocales fussent recouvertes par l'exsudat. Il n'y a jamais d'accès de suffocation. La mort survient par asphyxie lente; dans quelques faits exceptionnels, elle fut déterminée par l'obstruction du larynx par un débris de pseudo-membrane pharyngienne flottant librement par une extrémité, et retenu par l'autre à la muqueuse buccale (Raynaud, Sanné). La mort est souvent précédée par de sinistres pressentiments (Ménocal).

Le diagnostic doit se faire surtout avec la bronchite capillaire; la présence des râles vibrants très-intenses sans râles sous-crépitaux, et surtout l'existence dans les crachats de pseudo-membranes tubulées, lèvent tous les doutes.

La maladie a une plus longue durée chez l'adulte que chez l'enfant: on a noté jusqu'à vingt et vingt-six jours; elle est aussi plus grave (Raynaud). Dans le relevé de Ribes (thèse de Strasbourg), la mort est survenue trente-huit fois sur quarante-huit cas. Jules Simon, dans son article du *Nouveau Dictionnaire de médecine*, a émis une opinion un peu différente.

TRAITEMENT. — Il doit s'adresser à un double élément pathogénique: 1° à l'état général infectieux, à la diphthérie; 2° à l'obstacle mécanique qui obstrue les voies aériennes.

Contre la diphthérie on a conseillé un grand nombre de médications: les mercuriaux, les alcalins, le perchlorure de fer, le cubèbe, le carbonate d'ammoniaque, etc.; ces deux dernières substances semblent jusqu'ici avoir été un peu moins infidèles que les autres; mais c'est surtout aux toniques qu'il faudra recourir; on s'empressera de donner du quinquina, du vin de Porto, du café, etc.

Dès que la dyspnée s'accroît, il faut chercher à provoquer l'expulsion de la pseudo-membrane. A ce point de vue, la première indication est de faire vomir; on peut espérer alors voir la fausse membrane rejetée dans un effort de vomissement. Dans ce but l'ipéca sera employé de préférence; on mélangera le sirop à la poudre, ce qui augmente l'efficacité du médicament; on a aussi beaucoup conseillé l'émétique, mais il a l'inconvénient d'exagérer la dépression des forces.

Si l'asphyxie menace, on cherchera à ranimer l'enfant par des excitations portées sur la peau ou les muqueuses, en attendant que l'on soit en mesure de pratiquer la trachéotomie.

La trachéotomie sera faite suivant les règles et avec les précautions connues. On lira à ce sujet, avec autant d'intérêt que de profit, les préceptes tracés par MM. Picot et d'Espine dans l'excellent article qu'ils ont consacré à la diphthérie dans leur *Manuel des maladies de l'enfance*; 2^e édition, 1879. On se rappellera qu'il n'est jamais trop tard d'opérer, et qu'une intervention même *in extremis* peut quelquefois sauver la vie du malade (Trousseau).

Les statistiques de tous les observateurs compétents sont unanimes pour constater les heureux résultats du traitement chirurgical; nous les reproduisons telles qu'elles sont rapportées par Picot et d'Espine.

| | | Guérisons. | Opérés. | Guérisons. |
|---------------|-----------|------------|---------|------------|
| | | | | pour 100 |
| Roger et Sée. | Paris. | 126 | 446 | 28 |
| Archambault. | Paris. | 17 | 53 | 32 |
| West. | Londres. | 7 | 30 | 23 |
| Jacobi. | New-York. | 50 | 213 | 23 |
| Bartels. | Kiel. | 17 | 61 | 27 |
| Wilms. | Berlin. | 103 | 330 | 31 |
| Revillod. | Genève. | 38 | 87 | 45 |

Les résultats sont moins favorables dans le *croup de l'adulte*, fait qui s'explique facilement par la présence de la bronchite diphthéritique; aussi Guersant et Ménocal ont-ils rejeté dans ces cas l'intervention chirurgicale. Nous croyons toutefois que la trachéotomie peut être tentée lorsque l'asphyxie est imminente. Il y a en effet des cas de guérison à son actif (Maurice Raynaud).

HOME. An Inquiry into the nature, cause and cure of the croup. Edinburgh, 1765. — ROYER-COLLARD. Rapport sur les ouvrages envoyés au concours sur le croup. Paris, 1812. — BRETONNEAU. Inflammations spéciales du tissu muqueux, Paris, 1826. — VAUTHIER. Arch. de médecine, 1840-1848. — CANEVA. Croup de l'adulte, th., Paris, 1852. — TROUSSEAU. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu et Arch. de méd., 1855. — DESLANDES. Journ. des progrès des sciences méd., I, p. 152. — MILLARD. De la trachéotomie dans les cas de croup, th., Paris, 1858. — ROGER et SÉE. Académie des sciences, 1858. Bull. Acad. de méd., 1858-1859. — BERGERON. Société méd. de hôp., 1859. — MÉNOCAL. Croup de l'adulte, th., Paris, 1859. — PETER. Quelques recherches sur la diphthérie et le croup, th., 1859. — AUBRUN. Perchlorure de fer dans la diphthérie, 1860. — WIEDASCH. Die gegenwartige Epidemie Asthriedsl Deutsche Klinik, 1862. — RADCLIFFE. On the recent Epidemy of Diphtheritis (Lancet, 1862). — PETER. Gaz. heb., 1863. — BARTELS. Deutsches Arch. f. Klin. med., 1866. — TRIDEAU. Traitement de l'angine couenneuse et du croup par le copahu et le cubèbe. Paris, 1866. — ARCHAMBAULT. Trachéotomie dans la période ultime du croup (Société méd. des hôp., 1867). — J. SIMON. Croup, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1868. — LORAIN et LÉPINE. Diphthérie, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1869. — SANNÉ. Etude sur le croup après la trachéotomie, th., Paris, 1869. — BARTELS. Experimen-

telle Untersuch. über Diphth. (Deutsches Arch. für Klinische mediz., 1874). — LABADIE-LAGRAVE et BOUCHUT. Compt. rend. Acad. scienc., 1862. — ROBINSON BEVERLEY. Thrombose cardiaque dans la diphthérie, th., Paris, 1872. — Discussion de la Société de méd. de Berlin. Berlin. Klinische Wochenschrift, 1872. — REVILLOD. Croup et trachéotomie, Société de méd. de Genève, 1875. — MEIGS and PEPPER. Diseases of Children, 5^e édition, 1874. — SANNÉ. Traité de la diphthérie. Paris, 1877. — RAYNAUD. Croup de l'adulte; leçons cliniques de Lariboisière, 1877 (inérites). — D'ESPINE et PICOT. Manuel des maladies des enfants, 1877; 2^e édit., 1879.

TUMEURS DU LARYNX.

POLYPPES. — CANCER.

Les *polypes du larynx* sont très-communs dans notre pays; les premiers travaux importants sur ce sujet ont été publiés par Gerdy et Ehrmann. On comprend, en général, sous cette dénomination toutes les tumeurs du larynx pédiculées ou non qui ne sont ni syphilitiques, ni tuberculeuses, ni cancéreuses : myxomes, kystes, adénomes, lymphadénomes (Virchow).

Le *myxome* est la variété la plus rare; les tumeurs myxomateuses ressemblent à de petits kystes; leur siège de prédilection est la base de l'épiglotte et les ventricules de Morgagni.

Le *fibrome* siège principalement sur les cordes vocales inférieures, il est petit et s'accroît lentement; il est formé de tissu fibreux résistant, recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié, à surface lisse.

Le *papillome* a l'aspect d'un chou-fleur offrant une série de bourgeons et de granulations secondaires; il est nettement pédiculé et n'envahit pas les tissus sous-jacents; c'est au niveau de l'angle de réunion des cordes vocales, sur ces cordes, ou sur la muqueuse des ventricules, qu'il se développe avec le plus de facilité.

L'*adénome* est produit par l'hypertrophie des glandules de la muqueuse, il est fréquent dans la laryngite catarrhale chronique, et il se mêle souvent aux excroissances du papillome.

Le *lymphadénome* peut s'observer comme manifestation secondaire de la diathèse lymphogène; c'est surtout au niveau des orifices glandulaires que les nodules se développent.

Au point de vue de leur siège, les polypes peuvent se diviser en sus-glottiques et intra-glottiques; ces derniers sont exceptionnels (9 sur 300, Fauvel); ils se cachent souvent dans les ventricules de

Morgagni, et il est nécessaire de faire tousser énergiquement le malade pour les faire saillir en dehors.

La femme est moins prédisposée que l'homme à présenter des polypes du larynx; ceux-ci atteignent leur maximum de fréquence de trente à quarante ans, mais ils peuvent s'observer à tous les âges; on en rencontre même de congénitaux (10 obs., Causit). Les professions où l'on fait un usage excessif de la parole en favorisent le développement (professeurs, prédicateurs, chanteurs, etc.); de même que celles qui exposent aux brusques changements de température.

Le symptôme commun le plus ordinaire dans les altérations polypeuses du larynx, ce sont les troubles de la voix (modifications de timbre et d'intensité suivant le siège et le volume du polype). La respiration est en général peu gênée, la toux est très-rare; il en est de même de la douleur et des troubles de déglutition.

L'expectoration de débris de polypes (Ehrmann) est un signe d'une grande valeur; mais c'est l'examen laryngoscopique qui habituellement permet de faire le diagnostic. Cet examen doit être pratiqué toutes les fois qu'un malade se présente avec des troubles de la phonation qu'on ne peut imputer ni à une cause diathésique ni à un refroidissement.

Les polypes peuvent persister longtemps dans le larynx sans causer de troubles appréciables; ceux des ventricules surtout ont une grande tendance à rester stationnaires. Les papillomes sont ceux qui prennent les plus grandes proportions et qui s'accroissent le plus rapidement. Dans quelques cas ils peuvent déterminer la suffocation et faire craindre l'asphyxie. Les polypes récidivent facilement.

Le *cancer primitif* du larynx est beaucoup moins rare qu'on ne le supposait avant l'emploi du miroir laryngoscopique. M. Fauvel en rapporte dans son traité trente-sept observations personnelles, et il en existe un grand nombre éparses dans les recueils médicaux. Les deux variétés que l'on rencontre le plus habituellement sont le *carcinome* et l'*épithéliome*.

Le carcinome est moins fréquent que l'épithéliome; il se présente sous forme de bourgeons roses qui envahissent rapidement la muqueuse, s'ulcèrent et déterminent la mort dans un court espace de temps (Cornil et Ranvier). L'épithéliome peut débiter primitivement sur la muqueuse laryngée, mais ordinairement il a son point de départ dans la paroi antérieure de l'œsophage; les végétations revêtues d'une couche d'épithélium cylindrique perforent les cartilages et viennent faire saillie dans la cavité du larynx; elles

s'ulcèrent et sont presque toujours couvertes d'un liquide opaque.

Le cancer du larynx est exceptionnel chez la femme; il débute rarement avant quarante ans, et met en général de deux à trois ans à évoluer. Il se développe souvent au milieu des apparences de la santé; mais il finit par entraîner la mort en déterminant la cachexie qui lui est spéciale. Il n'a aucune tendance à se généraliser.

Le larynx peut être envahi aussi consécutivement, par voie de contiguïté, par un cancer développé dans une région voisine (langue, œsophage).

Dans les relevés de Fauvel, le cancer a débuté beaucoup plus fréquemment par le côté gauche et sur la corde vocale supérieure.

L'abus du tabac, des liqueurs fortes, semble jouer un certain rôle étiologique; l'influence de l'hérédité est mal établie.

Quelle que soit la nature de la tumeur, les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes: ce sont des troubles vocaux et respiratoires en rapport avec le siège et le volume du néoplasme; souvent on perçoit un *cornage dur*, « on dirait que l'air est inspiré à travers une anche ligneuse » (Fauvel); ce signe a une valeur sérieuse. Il existe presque toujours une *salivation marquée*, souvent aussi de la dysphagie par suite de la participation de l'épiglotte ou de l'œsophage au processus pathologique. Habituellement il existe une douleur sourde, quelquefois lancinante, nettement localisée au niveau du larynx.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont presque constamment engorgés. Quand la tumeur est ulcérée, l'haleine prend une odeur nauséabonde.

Lorsque la tumeur est très-volumineuse, il peut y avoir de violents accès de suffocation, et la mort survient par asphyxie.

On évitera de confondre le cancer du larynx avec les ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses. La coloration brunâtre de la muqueuse, les tendances végétantes du cancer, la salivation excessive, sont les signes sur lesquels on s'appuiera le plus sûrement pour établir le diagnostic.

TRAITEMENT. — Quand un polype du larynx tend à s'accroître et à produire des troubles fonctionnels marqués, il est indiqué de le détruire. On peut y arriver: 1° par arrachement, 2° par écrasement, 3° par excision, 4° par cautérisation, 5° enfin à l'aide de la galvanocaustique.