

cordes vocales véritables, des *érosions superficielles*. A la face postérieure du larynx, entre les apophyses aryténoïdes, se produisent des fissures superficielles, mais excessivement douloureuses. Très souvent aussi l'une des cordes vocales ou toutes-deux sont atteintes de *troubles de la motilité*, qui sont tantôt de cause mécanique et tantôt sous la dépendance d'une parésie musculaire réelle.

Les autres symptômes de la laryngite chronique consistent dans l'enrouement, la toux et des sensations anormales dans le larynx. L'*enrouement* se montre à tous les degrés, depuis la simple rudesse et la tendance de la voix à « se fausser » à tout instant, jusqu'à l'aphonie presque complète. La toux a un timbre voilé, sourd et rauque. L'expectoration est rare, composée d'un mucus tenu, parfois striée de sang. Les *sensations subjectives* ressenties dans le larynx éveillent l'idée de brûlure, de râclement, d'aridité et de titillation. Elles s'accroissent surtout après un usage immodéré de la parole.

Signalons encore, à titre de forme particulière de laryngite chronique, rare, mais importante sous le rapport pratique, la **chordite vocale inférieure hypertrophique** (GERHARDT) ou la **laryngite hypoglotique chronique hypertrophique** (ZIEMSEN). Elle consiste en une hypertrophie lentement progressive et une sclérose finale du tissu muqueux et surtout du tissu sous-muqueux de l'espace laryngé inférieur. Ces mêmes altérations se localisent plus rarement dans les parties supérieures du larynx. Les principaux symptômes de cette maladie sont, outre l'enrouement chronique, les signes d'une *sténose laryngée* lentement et incessamment envahissante. La respiration devient de plus en plus difficile, l'inspiration est sifflante et remplacée par un véritable tirage. Fréquemment on a vu se produire des accès de suffocation tels que la vie n'a pu être sauvée que par la trachéotomie. Le *diagnostic* ne saurait s'établir qu'à l'aide du laryngoscope. Alors on aperçoit au fond de la glotte l'étroite fente que les bourrelets indurés de la muqueuse laissent encore entre eux.

On ne connaît pas la cause certaine de cette maladie. Elle paraît n'avoir aucun rapport avec la syphilis, comme on le croyait autrefois.

Le **traitement du catarrhe chronique du larynx** est toujours une affaire difficile et de longue durée, dont le résultat dépend en grande partie de la bonne volonté et de l'énergie du malade. En effet, il importe en premier lieu d'écartier, autant que possible, toutes les influences nocives qui ont provoqué et qui entretiennent le catarrhe. Ici un sage avis est plus facile à donner qu'à faire suivre. Ce n'est pas moins un devoir pour le médecin de convaincre le malade de la nécessité impérieuse où il est de

ménager son larynx et de lui défendre, autant que faire se peut, toute conversation soutenue, le chant, le séjour dans une atmosphère enfumée et poussiéreuse, l'usage du tabac à fumer et des boissons alcooliques.

Le *traitement local* vient en seconde ligne. Les *inhalations* avec les solutions astringentes (la solution de tannin à 1 %, d'alun à 2 %) sont le plus usitées. Quand le larynx est très sensible, on peut faire inhaler des narcotiques (mélange de 50 parties d'eau de laurier-cerise avec 1000 d'eau, solution de bromure de potassium à 4 %). Ces inhalations se pratiquent deux à trois fois par jour et doivent durer chaque fois environ cinq minutes. Les *badigeonnages directs du larynx*, qui ne doivent se faire qu'à l'aide du miroir laryngien, sont beaucoup plus actifs que les inhalations. On se sert surtout, à cet effet, du nitrate d'argent, d'abord en solution faible (1 : 30), puis plus concentrée (1 : 10 jusqu'à 1 : 5). Ces badigeonnages ont lieu tous les deux ou tous les trois jours. Outre le nitrate d'argent, on emploie aussi en badigeonnage la teinture d'iode pure ou la glycérine iodée, les solutions concentrées d'alun ou de tannin (v. les recettes dans l'appendice). Quand la sécrétion muqueuse est abondante, des inhalations de vapeurs térébenthinées (huile de pin ou de pin nain) sont d'un bon effet.

On prescrit fréquemment contre le catarrhe laryngé chronique, des *cures d'eau minérales*. Ces cures réalisent déjà un certain bénéfice, par cela même qu'elles imposent aux malades de plus grands ménagements et leur procurent du bon air. Comme l'expérience l'a consacré, on prescrit surtout aux constitutions « sanguines » les sources sulfureuses froides (NENNDORF, EILSEN, WEILBACH) ou les eaux sulfo-sodiques (KARLSBAD, MARIENBAD), tandis qu'on envoie les tempéraments délicats à EMS, SALZBRUNN, REICHENHALL, SALZUNGEN ou ISCHL.

Le traitement de la *laryngite hypertrophique* qui produit la sténose laryngée, doit être mécanique. SCHROTTER notamment a imaginé plusieurs méthodes pour remédier petit à petit à la sténose laryngée par l'introduction de bougies et de dilateurs plus durs. Pour plus de détails on consultera sur ce point les récents ouvrages spéciaux.

CHAPITRE TROISIÈME.

PÉRICHONDRITE LARYNGÉE.

Étiologie et anatomie pathologique. L'inflammation du péri-chondre des cartilages laryngiens semble très rarement être une affection *primitive*. Elle est beaucoup plus souvent *consécutive* à d'autres affections du

larynx, principalement la *tuberculose* et la *syphilis*. En outre, elle se développe secondairement au cours de graves maladies aiguës, surtout du *typhus abdominal*, puis de la *variole*, de la *diphthérie*, etc. En ces cas, la péri-chondrite est souvent précédée d'un travail ulcératif superficiel de la muqueuse, et ce n'est que lorsque ce travail marche dans le sens de la profondeur que le péri-chondre finit par participer à l'inflammation. La péri-chondrite le plus souvent se caractérise anatomiquement par une *inflammation purulente* du péri-chondre qui aboutit à la formation d'abcès circonscrits. D'ailleurs la plupart des abcès qui se déclarent dans le *larynx* émanent du péri-chondre (1). Celui-ci est en partie détruit par l'abcès, en partie décollé du cartilage. D'où résulte que le cartilage se nécrose, se désagrège et s'élimine en particules isolées ou en totalité.

La péri-chondrite atteint le plus fréquemment le cartilage *cricoïde* et les *cartilages aryténoïdes*, plus rarement la surface interne ou externe du *cartilage thyroïde*. D'après cela on distingue une *péri-chondrite interne et externe*. On a observé également la péri-chondrite de l'*épiglotte*.

Symptômes morbides. Dans les rares cas de péri-chondrite primitive, il se développe, en peu de temps, chez des personnes saines jusque-là, des désordres intenses du côté du larynx (douleur spontanée ou à la pression, enrouement, toux) auxquels ne tardent pas à s'ajouter les symptômes graves de la sténose laryngée. Dans les cas secondaires qui se déclarent presque toujours chez des personnes gravement malades, ce sont quelquefois les signes de coarctation qui constituent le premier indice de la sérieuse affection du larynx. L'*examen laryngoscopique* permet quelquefois de voir, outre la rougeur et l'infiltration générales, un endroit déterminé occupé par une saillie circonscrite qui est produite par un abcès. De plus, on constate souvent un *œdème collatéral* notable de la muqueuse avoisinante lequel prend plus de part au développement de la sténose que l'affection primitive elle-même. L'*œdème* si redouté de la *glotte* (œdème des ligaments ary-épiglottiques) dans le typhus, la tuberculose laryngée, etc. est le plus souvent le résultat d'une péri-chondrite aryténoïdienne ou cricoïdienne. Enfin c'est surtout dans la *péri-chondrite aryténoïdienne*, que le laryngoscope fait reconnaître des *troubles moteurs* considérables des *cartilages aryténoïdiens malades* et partant des cordes vocales. Plus tard, quand l'abcès a été ouvert artificiellement ou s'est vidé de lui-même, et que le cartilage s'est détaché en entier ou en partie, le miroir laryngien permet de s'assurer plus en détail de l'étendue du désordre.

1. Ce n'est que dans des cas très rares qu'on voit se former des abcès purement sous-muqueux constituant la *laryngite dite phlegmoneuse*.

La péri-chondrite laryngée conduit dans un grand nombre de cas à la mort, à la suite des phénomènes de la sténose. Dans d'autres cas, il est vrai, les symptômes les plus menaçants peuvent être conjurés dans le principe, mais la maladie fondamentale (tuberculose) finit par amener un résultat funeste. Dans les rares circonstances où, soit après une péri-chondrite primitive, soit après le décours de la maladie première (typhus), la guérison a lieu, elle est souvent incomplète, la rétraction cicatricielle qui ne tarde pas à se produire entraînant à sa suite une *sténose chronique du larynx*.

Le **diagnostic**, au début des graves phénomènes sténosiques, n'est d'ordinaire basé que sur une probabilité, puisque l'examen laryngoscopique est difficile à faire et que d'ailleurs l'interprétation de l'état des choses n'est pas toujours aisée. Cependant on est le plus souvent autorisé à porter ce diagnostic, quand, indépendamment des autres symptômes laryngés, l'imminence d'une suffocation se déclare au cours des maladies sus-désignées, dans lesquelles l'expérience nous apprend que la péri-chondrite se montre le plus fréquemment. Il importe d'ailleurs au point de vue pratique de reconnaître en temps utile la laryngo-sténose comme telle, puisque c'est elle qui réclame, avant tout, une prompt intervention thérapeutique.

Traitement. Au début de l'affection, on peut encore chercher à mitiger l'inflammation par l'application *intus* et *extrà* de la glace ou par l'usage des sangsues. Mais quand la laryngo-sténose est établie, l'action du chirurgien s'impose le plus souvent, puisque ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que l'ouverture spontanée de l'abcès fait disparaître les symptômes menaçants. Ordinairement le malade ne peut échapper à l'asphyxie que par la *trachéotomie* opportunément pratiquée. Plusieurs fois déjà des médecins familiarisés avec la laryngoscopie ont ouvert par l'intérieur et avec succès des abcès laryngés. Si, après l'issue avantageuse de la maladie, il persiste une sténose chronique du larynx, les malades doivent porter toute leur vie une canule trachéale, ou bien il faut tâcher de dilater petit à petit le rétrécissement par les méthodes mentionnées plus haut.

CHAPITRE QUATRIÈME.

ŒDÈME DE LA GLOTTE.

L'importance pratique de l'œdème de la glotte, terme par lequel on désigne l'*œdème de l'entrée du larynx*, principalement des *ligaments ary-épiglottiques*, exige une courte description à part. Nous avons dit tout à l'heure que la *péri-chondrite laryngée* en est une des causes principales. Mais, dans les inflammations qui entament moins profondément le larynx et les tissus