

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, enrrouement, 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 prompte 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

avoisinants, l'œdème de la glotte se déclare à titre de complication dangereuse, notamment dans les laryngites qui se montrent au cours des maladies aiguës graves (typhus, variole, érysipèle), puis dans les inflammations du larynx, suite d'*irritations mécaniques ou chimiques violentes* (vapeur d'eau bouillante, substances caustiques), ensuite dans les *plaies du larynx* et encore comme conséquence de l'introduction dans le larynx de *corps étrangers*. De même, l'œdème collatéral qui accompagne l'angine de LUDWIG, les inflammations intenses de la parotide et des amygdales, etc. peut, dans des cas rares, envahir jusqu'aux ligaments ary-épiglottiques. Finalement l'œdème de la glotte vient exceptionnellement faire *partie constituante de l'œdème généralisé* qui se déclare à la suite de la maladie de BRIGHT, des lésions du cœur, de l'emphysème pulmonaire, etc. C'est surtout dans la *maladie de Bright* qu'on a observé à diverses reprises l'apparition presque instantanée de l'œdème glottique.

Le symptôme capital de l'œdème de la glotte est la *dyspnée* qui se produit consécutivement à la coarctation de l'entrée du larynx, dyspnée qui atteint souvent les degrés les plus élevés et qui, affectant d'abord l'inspiration, ne tarde pas à entraver à la fois l'inspiration et l'expiration. Les mouvements respiratoires, surtout l'inspiration, sont accompagnés d'un sifflement laryngé strident. Par suite de l'entrée insuffisante de l'air, on voit à la fosse sus-sternale, à l'épigastre et aux parties latérales du thorax des rétractions inspiratoires. A l'aide du laryngoscope, quand on réussit à s'en servir, on constate le gonflement œdémateux des ligaments ary-épiglottiques, parfois aussi l'infiltration de l'épiglotte et des cordes vocales supérieures. On parvient même parfois à atteindre avec le doigt les parties tuméfiées.

Si la dyspnée va jusqu'à mettre la vie en danger, il n'y a que l'intervention opératoire qui puisse venir en aide. Les médecins habiles dans la laryngoscopie cherchent à faire disparaître le gonflement en pratiquant plusieurs longues *incisions dans les parties œdématisées*. Si cela n'est d'aucun secours, la *trachéotomie* doit être faite. Le danger immédiat est-il conjuré de cette façon, le traitement subséquent se réglera d'après les affections qui sont la cause de l'œdème de la glotte.

CHAPITRE CINQUIÈME. TUBERCULOSE DU LARYNX.

(Phthisie laryngée.)

Étiologie. Comme la tuberculose du larynx est, la plupart du temps, greffée sur la tuberculose d'autres organes, surtout des poumons, nous renvoyons pour ce qui concerne l'étiologie et la pathologie générale de cette maladie, à la description de la tuberculose pulmonaire. Toutefois nous sommes autorisé à décrire à part les caractères propres à la phthisie laryngée, parce que la tuberculose peut parfois débiter par le larynx et y rester confinée au moins pour quelque temps, et qu'au surplus, dans beaucoup de cas de tuberculose laryngée, manifestement compliqués de tubercules pulmonaires, les symptômes cliniques qui se rapportent au larynx occupent le centre de tout le tableau morbide. A la vérité beaucoup de médecins contestent que la tuberculose puisse se porter *d'emblée sur le larynx*, mais c'est à tort d'après nous. L'expérience clinique enseigne que des personnes possédant toutes les apparences d'une parfaite santé, souffrent quelquefois d'enrouement et que la maladie prise dans le principe pour une simple laryngite, ne révèle son caractère tuberculeux que par les progrès de sa marche. Au début, l'exploration la plus attentive des poumons ne permet pas de découvrir le moindre indice physique d'une affection quelconque, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'aux signes d'une maladie du larynx viennent s'ajouter les symptômes formels de la tuberculose pulmonaire. Admettre dans des circonstances semblables une tuberculose pulmonaire primitive, mais non susceptible d'être diagnostiquée à son origine, nous paraît être une subtilité. Tout concourt au contraire à faire croire que le *poison tuberculeux (les bacilles de la tuberculose) peut quelquefois commencer par se nicher dans le larynx*, y provoquer les premières manifestations de la tuberculose et ne se propager que dans la suite à l'organe pulmonaire.

Il est certain que, dans la *plupart des cas* de tuberculose laryngée, les symptômes de celle-ci ne se développent que *secondairement* au cours d'une phthisie pulmonaire chronique. Nous verrons qu'alors l'affection du larynx doit être envisagée comme le résultat d'une infection produite par le passage des crachats tuberculeux. Cette complication se montre dans environ $\frac{1}{4}$ de tous les cas de tuberculose pulmonaire, en y comprenant toutes les affections du larynx d'un degré modéré. Par contre la tuberculose étendue et intense du larynx est beaucoup plus rare.

Anatomie pathologique. Sous le *rapport anatomique*, l'affection laryngée qui vient compliquer la phthisie pulmonaire ou qui se déclare primiti-