

n'est que dans ces derniers temps que l'on s'est accoutumé à distinguer de l'infiltration œdémateuse simple les processus inflammatoires aigus et subaigus, qui se développent d'une façon diffuse dans le tissu sous-muqueux. Du reste nos connaissances relatives à l'anatomie pathologique et à l'étiologie de ces affections laissent encore beaucoup à désirer. Au point de vue anatomique il s'agit d'une tuméfaction rouge tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, qui ne donne que rarement lieu à des abcès circonscrits. Il est rare également de voir le processus envahir tout le larynx; plus souvent il n'intéresse que certaines régions, telles que la saillie formée par le ligament aryéno-épiglottique, la sous-muqueuse de l'épiglotte et les ligaments ventriculaires (fausses cordes vocales). Contrairement à l'opinion ancienne on a trouvé que la région sous-glottique du larynx peut aussi se tuméfier et former deux bourrelets épais capables de déterminer une sténose laryngée (laryngitis hypoglottica de ZIEMSEN).

En ce qui concerne l'étiologie de cette affection il faut surtout accuser des exacerbations de catarrhes aigus déjà existants. D'autres causes d'irritations telles que des brûlures et des cautérisations de la gorge, des corps étrangers ayant pénétré dans le larynx, peuvent également jouer un rôle étiologique. Enfin la laryngite sous-muqueuse peut survenir dans le cours des maladies aiguës infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la pyémie, ou bien c'est un érysipèle du cou qui lui donne naissance. De même une infection chronique de nature tuberculeuse ou syphilitique se complique parfois d'une laryngite aiguë.

Une forme plus rare que cette affection diffuse, c'est l'inflammation circonscrite qui donne lieu à la formation d'abcès. Le diagnostic de ces différentes formes n'est possible que lorsque chez un malade présentant des signes de laryngosténose aiguë, on parvient à examiner le larynx. On constate alors une tuméfaction rouge diffuse dans les points désignés plus haut, ou bien une rougeur circonscrite lorsqu'il y a formation d'abcès. Toutefois on ne peut reconnaître sûrement un abcès que lorsque la présence du pus se trahit par une coloration jaune de la muqueuse sur un point limité.

Sous le nom de **laryngite sous-muqueuse chronique** les spécialistes ont décrit une forme d'inflammation chronique du tissu sous-muqueux, dans laquelle certaines parties du larynx, telles que l'épiglotte, la paroi postérieure du larynx, les cordes vocales et la région sous-glottique se tuméfient peu à peu par suite d'un épaississement et d'une induration calleuse du tissu sous-muqueux. Lorsque cette affection atteint la région sous-glottique du larynx, on la désigne sous le nom de laryngite hypoglottique chronique hypertrophique (ZIEMSEN). Il est difficile de comprendre comment une affection semblable peut se produire d'une façon indépendante dans les catarrhes simples du larynx; il est plus probable qu'elle est toujours sous la dépendance d'infections spécifiques

(tuberculose, syphilis) ou de lésions pathologiques locales du cartilage. Encore ici le diagnostic se base sur l'altération de la voix survenue d'une façon chronique, sur les symptômes de rétrécissement, ainsi que sur l'examen laryngoscopique qui nous permet de constater une tuméfaction sur l'un ou l'autre des points mentionnés plus haut. L'induration des tissus tuméfiés est, en outre, caractéristique.

Tandis que la forme aiguë est justiciable d'un traitement antiphlogistique, on a recours dans ces formes chroniques aux scarifications, à la galvanocaustique, etc. Si le degré de rétrécissement n'est pas suffisant pour nécessiter la trachéotomie, on cherchera à dilater peu à peu le larynx à l'aide de bougies.

3. Œdème de la glotte. Laryngite œdémateuse.

§ 412. — Depuis que BAYLE a décrit sous ce nom ou sous celui d'angine laryngée œdémateuse la maladie dont nous allons nous occuper, celle-ci été considérée comme une indication à la trachéotomie. La dénomination de laryngite œdémateuse est évidemment la plus rationnelle, car il ne s'agit point ici d'un œdème de la glotte à proprement parler. Au niveau de la glotte la muqueuse est unie au tissu sous-jacent par des fibres si courtes qu'un véritable œdème ne peut heureusement pas s'y développer, je dis heureusement, parce qu'autrement tout catarrhe donnerait lieu à des symptômes graves d'asphyxie. Par contre la muqueuse de l'épiglotte, celle des replis aryéno-épiglottiques, et au-dessous de ces derniers, la muqueuse qui s'étend jusqu'aux ligaments ventriculaires, ont une tendance au gonflement œdémateux; aussi ces parties sont-elles particulièrement le siège des lésions anatomiques observées. A première vue déjà il paraît extraordinaire qu'un œdème aigu puisse survenir ici primitivement, et de fait on a reconnu depuis longtemps que le véritable œdème aigu primitif du larynx ne s'observe presque jamais, et que la laryngite œdémateuse est presque toujours secondaire et doit être considérée, par conséquent, comme un œdème inflammatoire ou un œdème collatéral simple.

Les cas dans lesquels on peut admettre le plus facilement un **œdème primitif**, sont ceux concernant des individus affectés d'une maladie prédisposant aux hydropisies (maladie de Bright ou affection cardiaque); il suffit alors d'un léger catarrhe de la muqueuse pharyngolaryngée pour produire une forte tuméfaction œdémateuse, et c'est en effet ce que l'on a observé quelquefois. A l'autopsie on pourra conserver des doutes sur l'explication à donner de l'œdème que l'on observe lorsque, par exemple, un érysipèle de la face se propage dans la cavité buccale et le pharynx, et y produit une tuméfaction assez forte pour causer des symptômes d'asphyxie et nécessiter la trachéotomie, ce qui est arrivé encore dernièrement dans ma clinique. De même il y a peu de temps, à