

la clinique de Göttingue, un homme d'ailleurs sain a dû subir la trachéotomie pour des symptômes de laryngite œdémateuse survenus à propos d'un simple catarrhe.

Toutefois, dans la plupart des cas, la laryngite œdémateuse est **secondaire** à une affection du larynx ou à des maladies du voisinage de cet organe, lesquelles s'accompagnent d'une stase collatérale avec œdème. Parmi les maladies qui peuvent dans certains cas déterminer des **œdèmes collatéraux**, mentionnons en premier lieu les divers **affections du larynx s'accompagnant d'ulcérations**, comme la variole, la fièvre typhoïde, la syphilis, la tuberculose; puis viennent les processus inflammatoires siégeant au-dessous de la muqueuse, les abcès sous-muqueux, soit qu'ils se développent dans les endroits que nous avons signalés plus haut comme étant le siège de l'œdème, soit qu'ils occupent le voisinage de ces points. C'est ainsi qu'un abcès des amygdales, malgré la distance qui le sépare du larynx, peut amener un œdème de la glotte; on peut même observer ce dernier à la suite d'une angine tonsillaire non suppurée. On comprend facilement que, dans le cours d'une périchondrite laryngée, on puisse à chaque instant voir survenir l'œdème collatéral dont il est ici question. Même des processus inflammatoires développés tout à fait en dehors de la cavité pharyngo-laryngée, comme les abcès des glandes lymphatiques de la région sous-maxillaire, etc., peuvent provoquer les phénomènes de la laryngite œdémateuse. Des néoplasmes siégeant autour du pharynx ou dans la cavité pharyngo-laryngée sont capables de déterminer l'asphyxie de la même manière. A la suite de traumatismes intéressant la partie postérieure de la bouche et le pharynx on observe aussi parfois le tableau clinique de « l'œdème de la glotte » soit comme conséquence d'une hémorragie sous-muqueuse, soit à la suite de l'œdème inflammatoire survenu dans la région des replis aryéno-épiglottiques.

§ 113. — Quant aux altérations anatomo-pathologiques trouvées à l'autopsie des individus morts « d'œdème de la glotte », elles consistent, abstraction faite de la maladie primitive, c'est-à-dire de l'ulcération ou de la lésion traumatique du larynx, ou bien en un simple œdème sous-muqueux, ou bien en un œdème de nature plutôt inflammatoire avec beaucoup de globules de pus dans la muqueuse et le tissu sous-muqueux. Dans les lésions traumatiques le gonflement est dû assez souvent à une infiltration sanguine, ou même à un véritable hématome par décollement de la muqueuse.

Les phénomènes d'asphyxie peuvent survenir d'une façon variable suivant les cas. On voit par exemple un œdème se développer si rapidement que le malade succombe à l'asphyxie au bout d'un temps très court; dans d'autres cas, au contraire, on observe d'abord de l'enrouement, le malade accuse la sensation d'un corps étranger dans le larynx, et la gêne respiratoire ne se développe que très lentement. Lorsque les phé-

nomènes de rétrécissement prennent une intensité plus grande, on a souvent remarqué que c'est l'inspiration qui est particulièrement gênée; à chaque inspiration, en effet, le courant d'air introduit vient presser sur les replis aryéno-épiglottiques qui s'appliquent l'un contre l'autre à la manière d'une soupape, tandis que dans l'expiration le courant d'air venant du larynx écarte les deux bourrelets œdématisés.

Cependant ces symptômes ne sont pas suffisants pour établir un diagnostic sûr. Dans beaucoup de cas le doigt sent l'épiglotte tuméfiée et les replis aryéno-épiglottiques sous forme de deux bourrelets dirigés d'avant en arrière; mais ces derniers sont situés profondément et ne peuvent pas être toujours reconnus. C'est alors que le laryngoscope peut venir en aide, mais non dans tous les cas; les symptômes sont parfois si subits et la gêne respiratoire si grande qu'un examen laryngoscopique est impraticable. Ici l'anamnèse, la connaissance de la maladie dont était affecté antérieurement le patient, viendront assez souvent éclairer le diagnostic, et dans les formes d'œdème tout à fait aiguës il suffit en général de poser le diagnostic de laryngo-sténose, que celle-ci soit due à un œdème de la glotte ou à une autre affection, car la trachéotomie est alors, pour le moment, le seul moyen rationnel de sauver la vie du malade.

§ 114. — Si nous avons énuméré les divers processus morbides qui peuvent se compliquer d'une laryngite œdémateuse, nous l'avons fait essentiellement dans le but d'indiquer les voies à suivre dans le traitement chirurgical. Il suffit pour le moment de rappeler, qu'à moins de symptômes menaçants d'obstruction du larynx, le traitement ne saurait avoir d'autre but que d'écartier la cause de l'œdème collatéral. On devra donc ouvrir les abcès situés à l'intérieur ou à l'extérieur du larynx; les tumeurs devront être extirpées, et l'on réussira quelquefois par des cautérisations énergiques à diminuer peu à peu le gonflement du pharynx et l'œdème collatéral; toutefois nous sommes plus ou moins réduits à l'impuissance lorsqu'il s'agit de faire disparaître directement l'œdème une fois développé. Depuis LISFRANC on a conseillé la scarification des bourrelets œdémateux à l'aide d'un bistouri ou même de l'ongle. L'amélioration qui en résulte est le plus souvent très problématique. La difficulté d'exécution de cette opération qu'augmente encore l'état grave du malade, la possibilité de l'écoulement de sang et de sérosité dans le larynx déjà rétréci, telles sont les raisons qui rendent très douteuses l'utilité et la possibilité de la mise en pratique de cette méthode de traitement. — Lorsque l'œdème du larynx n'est qu'un phénomène partiel d'une hydropisie générale, il cède assez souvent aux médicaments (drastiques, sudorifiques) usités dans ces cas, ainsi qu'à l'application de substances irritantes sur la peau.

Quoi qu'il en soit, que l'on fasse un traitement ou que l'on se borne à l'expectation, il ne faut pas attendre trop longtemps si l'on ne veut pas laisser passer le moment favorable pour l'opération, c'est-à-dire la **trachéotomie**. Ici également nous devons considérer comme le moment



favorable celui de l'angoisse asphyxique, bien que dans beaucoup de cas on ait réussi à sauver des malades affectés d'œdème de la glotte, qui présentaient déjà des symptômes indiquant un haut degré d'intoxication par l'acide carbonique ou qui venaient même de succomber à cette dernière.

Les statistiques établies par KUHN et d'autres auteurs montrent que les résultats obtenus par cette opération sont relativement favorables, car si l'on rassemble tous les cas d'œdème de la glotte primitif et secondaire, on trouve 59 guérisons et 36 morts; en présence de la gravité et de la marche rapide de la maladie en question ces chiffres donnent un appui à l'indication que nous avons posée, et doivent nous engager à faire de bonne heure la trachéotomie.

4. Maladies inflammatoires du larynx dans la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, etc. Périchondrite laryngée.

§ 115. — Nous laisserons de côté la description des divers processus inflammatoires du larynx que l'on observe dans la fièvre typhoïde, la variole, la tuberculose, etc., et nous insisterons seulement sur une affection qui se montre quelquefois d'une façon indépendante, et souvent aussi à la suite des maladies que nous venons d'énumérer, à savoir la **périchondrite laryngée**.

Cette affection s'observe essentiellement dans la fièvre typhoïde, la syphilis et la tuberculose, et les observations que l'on possède ne permettent guère de décider s'il existe vraiment une forme primitive de périchondrite laryngée. Un fait certain c'est qu'elle affecte presque exclusivement certains cartilages, à savoir le cricoïde et l'aryténoïde; très rarement c'est le cartilage thyroïde seul qui est intéressé. La suppuration dans le voisinage du cartilage finit par amener la nécrose de ce dernier, qui peut être éliminé avec le pus à l'intérieur ou à l'extérieur du larynx. Tantôt ce sont de tout petits fragments de cartilage qui sortent ainsi avec le pus, tantôt au contraire ce sont de gros fragments et même tout le cartilage cricoïde qui sont éliminés de cette manière (KUHN). Il est facile de comprendre que dans ces processus inflammatoires, surtout au début, alors que l'abcès est en voie de formation, un œdème collatéral peut à chaque instant fournir l'indication d'une trachéotomie. Naturellement le chirurgien doit s'efforcer d'ouvrir les abcès de bonne heure et d'enlever les fragments de cartilage nécrosés; cependant on ne parvient pas toujours à prévenir de cette manière les phénomènes de rétrécissement. On sait combien, dans la fièvre typhoïde, il est fréquent de voir le rétrécissement persister après la guérison de la périchondrite, et exiger le port d'une canule pendant un temps indéterminé. Certainement il ne faut pas ici mettre toujours en cause les processus cicatriciels des ulcérations laryn-

gées; dans bien des cas, à la suite de l'élimination d'un gros fragment du cartilage cricoïde, le larynx privé de soutien se ferme complètement, tandis que la muqueuse reste œdématiée, ce qui nécessite l'établissement définitif d'une fistule trachéale.

On comprend dès lors, ce que prouve du reste la statistique, que la trachéotomie ne donne pas de brillants résultats dans la périchondrite. De nombreux cas de mort malgré l'opération et des fistules permanentes lorsque la mort a pu être évitée, tel est à peu près dans ces conditions, le résultat de la trachéotomie, résultat qui, malheureusement, tient à la nature des maladies qui ont déterminé la périchondrite. L'indication de l'opération n'en subsiste pas moins lorsque, dans le cours de l'affection, on voit survenir des phénomènes graves d'asphyxie.

Les maladies qui déterminent souvent la périchondrite et la nécrose dans les cartilages, comme la fièvre typhoïde, la variole, la tuberculose, peuvent aussi s'accompagner, déjà avant la périchondrite, de symptômes d'asphyxie par œdème collatéral, et fournir ainsi également l'indication d'une trachéotomie.

(b) Processus inflammatoires chroniques et néoplasmes.

§ 116. — Nous avons déjà rappelé plusieurs fois que l'ulcération tuberculeuse et ses conséquences, la laryngite œdémateuse, la périchondrite et la nécrose, peuvent causer l'asphyxie et nécessiter la trachéotomie. On comprend que le pronostic, dans ces cas, soit presque toujours mauvais.

La **syphilis** se prête déjà mieux à un traitement, et nous devons examiner d'un peu plus près les formes sous lesquelles cette maladie se présente dans le larynx. La forme évidemment la plus fréquente est le catarrhe du larynx qui se montre habituellement comme un des premiers phénomènes de la syphilis généralisée. Elle ne présente rien de caractéristique; cependant il n'est pas précisément rare de voir l'inflammation catarrhale donner naissance à des ulcérations plates. Plus rarement on observe des plaques muqueuses et des condylomes formant des saillies aplaties d'un blanc grisâtre, avec peu de tendance à l'ulcération. Sur le bord libre de l'épiglotte ainsi qu'au niveau des replis aryténo-épiglottiques, ces lésions syphilitiques se montrent habituellement sous la forme de petites tumeurs peu saillantes, d'un rouge clair, pouvant atteindre ou même dépasser le volume d'une fève. Lorsque ces tumeurs se développent sur les cordes vocales, elles ont la forme de petites saillies semi-lunaires et peuvent donner lieu à des symptômes inquiétants de laryngosténose. Mais les phénomènes les plus graves sont ceux que produisent les formes tardives de la syphilis, c'est-à-dire les gommés du larynx. Ces dernières affectent volontiers la face interne du larynx et de l'épiglotte sous la forme