

la plus interne est enlevée et nettoyée de temps en temps lorsqu'elle est obstruée par les mucosités et par les fausses membranes. Pour ramollir celles-ci, pour faciliter leur expulsion et pour modifier la surface malade, on a instillé souvent par l'ouverture pratiquée à la trachée des liquides émoullissants, astringents, caustiques; mais aujourd'hui on a renoncé à une pratique à laquelle on a reconnu beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Il est nécessaire de retirer la canule de temps en temps; il faut le faire, d'après le conseil de M. Millard, vingt-quatre heures au plus tard après l'opération, parfois plus tôt, afin de provoquer l'expulsion des fausses membranes qui sont souvent retenues par les bords de l'instrument.

Il est recommandé de protéger le cou du malade à l'aide d'une cravate de mousseline claire et souple qu'on roule en plusieurs doubles, dans le but d'entretenir une température uniforme autour de la plaie, et pour que l'air qui pénètre plus directement dans les poumons soit moins froid et ne provoque pas ces phlegmasies si promptes à s'allumer chez les enfants placés dans ces conditions. La plaie sera en outre défendue contre le contact du pavillon de la canule par une rondelle de taffetas. Enfin, pour prévenir le développement de la diphthérie, on a conseillé de cautériser les lèvres de la plaie avec un crayon d'azotate d'argent; j'avoue ne pas beaucoup comprendre l'utilité de ce précepte. Une plaie cautérisée est-elle moins apte à se recouvrir de concrétions diphthéritiques? J'en doute, lorsque je vois celles-ci se produire indistinctement sur toutes les solutions de continuité. Ne vaut-il pas mieux attendre que la diphthérie se déclare pour la combattre par un moyen qui la guérit souvent, et qui probablement est incapable de la prévenir?

Le traitement général et hygiénique n'est pas moins important. Tout le monde proclame aujourd'hui le danger qu'il y a de soumettre les petits opérés à une diète rigoureuse; on devra donc les nourrir; dès le premier jour il convient de leur faire prendre des potages, des œufs frais, et même quelques aliments plus solides. On recommande de les exciter, d'employer même la force; on doit regarder comme chose grave le dégoût que quelques-uns éprouvent pour toute espèce de nourriture. Si, comme on l'a vu quelquefois, il existait une paralysie du pharynx, on se servirait de la sonde œsophagienne. Les opérés seront maintenus dans une température douce, c'est-à-dire de 16 à 17 degrés, et l'on fera dégager dans la chambre quelques vapeurs émoullissantes, afin que l'air qui sera respiré ait une certaine humidité.

Le canule pouvant devenir la cause d'accidents plus ou moins sérieux, pouvant produire par la pression qu'elle exerce des ulcérations de la trachée (1), il faut en débarrasser le malade aussitôt qu'on le pourra. C'est toujours là une indication délicate à remplir, et l'on ne saurait rien dire de précis sur l'époque où l'on peut le tenter. Dans les faits analysés par M. Millard, on voit que les dates de l'ablation définitive de la canule ont oscillé entre trois et vingt-neuf jours. On tentera de ne plus replacer la canule lorsque les petits malades auront cessé depuis trente-six heures de rendre des fausses membranes et que la respiration se fait librement, mais on ne doit pas alors se départir d'une active surveillance: il faut qu'un aide, veillant toujours auprès du malade, puisse au premier signal de suffocation replacer l'instrument. La plaie sera pansée simplement, puis ses bords seront rapprochés avec quelques bandelettes agglutinatives, et l'on remplira toutes les indications que peuvent présenter toutes les solutions de continuité.

(1) Voyez un mémoire de M. Roger, dans les *Archives générales de médecine*, juillet et août 1859.

La trachéotomie avec les perfectionnements qu'elle a reçus est une opération plus souvent suivie de succès qu'autrefois; elle sauve à peu près un tiers ou un quart des individus auxquels on la pratique: résultat immense, si l'on considère qu'il a été obtenu sur des sujets dont la maladie avait résisté à tous les moyens médicaux et menaçait d'avoir à bref délai une issue funeste.

Nature. — D'après les résultats nécroscopiques, on ne peut douter que, dans le croup, il n'existe une inflammation de la muqueuse laryngo-trachéale; mais cette phlegmasie se distingue des inflammations ordinaires ou des inflammations franches par sa marche, et surtout par la nature de ses produits. On doit donc la regarder comme étant spécifique, ainsi que nous l'avons déjà précédemment établi pour l'angine couenneuse, avec laquelle elle est identique.

DE LA LARYNGITE ŒDÉMATEUSE, OU ŒDÈME DE LA GLOTTE

La variété de la laryngite sous-muqueuse, qu'on nomme *sus-glottique*, n'est autre que l'affection connue sous les noms d'*œdème de la glotte*, d'*angine laryngée œdémateuse*.

Historique. — C'est en vain qu'on voudrait faire remonter à Boerhaave les premières notions sur cette maladie; ses caractères anatomiques, imparfaitement indiqués par Morgagni et par Bichat, n'ont été réellement décrits pour la première fois qu'en 1808 par Bayle, qui, dans les *Mémoires de la Faculté de médecine de Paris*, a tracé un tableau tellement fidèle de la maladie, que, depuis lui, on n'a presque rien ajouté à la description qu'il en a faite. Cependant il est juste de signaler quelques bons travaux publiés depuis cette époque; ils sont dus à MM. Thuillier (1), Bouillaud (2), Lisfranc (3), Cruveilhier (4), Miller (5), Legroux (6), Delasiauve (7), Valleix (8). Enfin Sestier, réunissant à peu près tous les faits connus, au nombre de 275 (dont 15 inédits), a composé sur cette redoutable maladie une bonne monographie dans laquelle toutes les questions sont discutées et élucidées d'après une analyse rigoureuse.

Caractères anatomiques. — A l'autopsie, on trouve l'ouverture de la glotte presque complètement oblitérée par l'épaississement et par le gonflement des replis muqueux aryéno-épiglottiques, qui sont le siège de prédilection de la maladie. Sestier établit, en effet, qu'ils étaient infiltrés 105 fois sur 132 cas. Bayle a remarqué qu'ils étaient disposés de telle façon que toute impulsion, par la colonne d'air qui vient du pharynx, doit les renverser dans l'ouverture de la glotte, qu'ils bouchent plus ou moins complètement, tandis que l'impulsion qui s'opère en sens inverse du côté de la trachée repousse le bourrelet en dehors de la glotte, dont l'orifice devient libre; en un mot, la glotte est bouchée pendant l'inspiration et plus ou moins libre à l'expiration. La muqueuse qui tapisse le bourrelet œdémateux est tantôt pâle, blanchâtre, ou bien rouge, bleuâtre, amincie, ou enfin plus ou moins épaissie. Suivant Valleix, elle n'aurait été trouvée intacte au niveau de l'infiltration que trois fois sur cinquante. Les replis aryéno-épiglottiques infiltrés sont mobiles et tremblotants; ils résistent beaucoup quand on les presse entre les doigts; si on les incise, on trouve que le

(1) Thèse de Paris, année 1815.

(2) *Archives générales de médecine*, année 1825.

(3) *Journal général*, année 1825.

(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. LARYNGITE.

(5) *London medical Gazette*, année 1833.

(6) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1835.

(7) *Annales de chirurgie*, t. XII et XIV.

(8) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI.

tissu cellulaire est presque toujours dense et à mailles très-serrées; les aréoles ne semblent pas communiquer entre elles : c'est ce qui explique pourquoi il est difficile, même en les comprimant pendant longtemps, d'exprimer la sérosité qui y est infiltrée. Si la phlegmasie s'est propagée de la muqueuse au tissu cellulaire subjacent, ou bien s'il y a eu d'emblée une inflammation phlegmoneuse, les replis aryéno-épiglottiques sont infiltrés par une lymphé plastique, et bientôt par du pus qui peut s'y réunir en petites collections; celles-ci s'ouvrent souvent dans le larynx, d'autres fois le pus fuse en arrière vers la trachée et à une profondeur plus ou moins grande. J'ai rencontré ces lésions plus souvent que la gangrène, qui n'atteint guère qu'un point circonscrit de la muqueuse. Fréquemment, enfin, sous la suppuration, on trouve une carie ou la nécrose des cartilages thyroïdes et aryénoïdes, et surtout du cartilage cricoïde. Des altérations à peu près semblables, mais en général moins marquées, se remarquent sur les cordes vocales. L'épiglotte est presque toujours gonflée sur ses bords; ceux-ci sont mous et arrondis. L'infiltration séreuse gagne souvent le tissu cellulaire de l'intérieur même du larynx, depuis les cordes vocales jusque très-avant dans le conduit : ceci aurait été constaté, d'après Sestier, dans les deux tiers des cas. Tantôt général, plus souvent partiel, cet œdème produit le rétrécissement, et parfois même l'oblitération de la glotte. Dans quelques cas très-rare, l'infiltration s'est propagée le long de la trachée et même jusque dans les bronches. Cette lésion est très-importante à noter, car elle explique certaines anomalies dans les symptômes, et elle peut nécessiter une manœuvre indispensable après la trachéotomie. Notons enfin que l'isthme du gosier, le voile du palais, les amygdales, le pharynx présentent souvent des signes de phlogose et une infiltration séreuse analogue à celle qui envahit les parties plus profondes.

Symptômes. Marche. — La laryngite œdémateuse peut débiter brusquement par un accès de suffocation; cependant, dans la presque totalité des cas, l'invasion de la maladie est lente et obscure. Ce ne sont, en effet, au début, que les symptômes ordinaires d'une pharyngite, d'une amygdalite, plus souvent d'une laryngite bénigne; la voix est rauque ou voilée, et l'inspiration est un peu difficile; puis ces symptômes s'aggravent peu à peu jusqu'à ce qu'enfin un violent accès de suffocation survienne. Dans les six septièmes des cas analysés par Sestier, l'invasion a eu lieu le soir ou pendant la nuit.

La maladie une fois confirmée, les malades accusent presque toujours, ou trente-huit fois sur quarante, une douleur plus ou moins vive, ou un sentiment de gêne à la partie supérieure du larynx; ils ont la sensation d'un corps étranger qui les étouffe, et ils font incessamment des efforts d'expiration et de toux pour l'expulser, ou bien ils portent instinctivement la main à la partie supérieure du cou. A chaque inspiration l'air semble franchir un obstacle, et produit souvent un sifflement ou un frôlement qu'on perçoit surtout en auscultant le larynx; la voix est rauque ou faible; elle finit bientôt par s'éteindre; il en est de même de la toux, qui est comme étouffée. La respiration est toujours gênée; il existe même de l'orthopnée, et il y a ce caractère remarquable dans la respiration, que le plus souvent l'*inspiration* est très-difficile, tandis que l'*expiration* est facile : ce qui s'explique par la disposition des replis aryéno-épiglottiques dont nous avons parlé précédemment. Quelquefois, cependant, l'expiration est gênée à l'égal de l'inspiration et elle s'accompagne d'un léger sifflement, d'une espèce de frôlement ou d'un bruit de drapeau (Sestier). L'expectoration est nulle, ou du moins elle ne consiste le plus souvent que dans le rejet d'un peu de mucus visqueux ou d'un fluide filant et transparent. Cependant, si du pus s'est formé

dans le tissu cellulaire, il pourra se frayer une issue dans le larynx; les malades, dont l'haleine devient alors plus ou moins fétide, rejettent une matière opaque fluide, qui leur laisse une saveur désagréable. Il est assez commun de voir chez les individus atteints d'angine œdémateuse la déglutition plus ou moins gênée; cette fonction peut devenir à peu près impossible, les efforts que le malade fait alors pour avaler augmentent encore le malaise, l'anxiété, et provoquent même des accès de suffocation.

Bientôt ces symptômes s'aggravent encore, la respiration devient de plus en plus pénible et plus bruyante; puis des accès de suffocation se déclarent. L'inspiration, devenant plus sifflante, ne se fait qu'avec des efforts inouis. L'anxiété est extrême : les malades sont assis sur leur lit, ils ont la face livide ou cyanosée; une sueur froide baigne leur corps, ils ont des vertiges, en un mot tous les troubles fonctionnels qui accompagnent l'asphyxie. Ces accès durent pendant sept à dix minutes, quelquefois davantage; ils se répètent au bout de quelques heures, ou de plusieurs jours et parfois même après un répit d'une semaine. C'est surtout dans la soirée ou pendant la nuit qu'ils reviennent et qu'ils ont le plus de gravité. Dans leur intervalle, la respiration, quoique toujours gênée, devient pourtant beaucoup plus libre. Si les accès se rapprochent à de courts intervalles, on voit alors l'orthopnée persister dans leur intervalle, la face et les extrémités restent livides, la calorification diminue, la sensibilité cutanée s'éteint et la mort arrive. Comme nous l'avons vu dans le croup, quelques malades sont emportés violemment dans un accès de suffocation, comme si un obstacle empêchait subitement l'arrivée de l'air; la plupart succombent plutôt avec tous les symptômes d'une asphyxie lente, ils se cyanosent peu à peu, leurs sensations s'obscurcissent, ils tombent dans la somnolence et le coma, puis ils s'éteignent tout d'un coup.

Les accès de suffocation sur lesquels je viens d'insister ne sont pas cependant constants; d'après les calculs de Sestier, on ne les aurait guère notés que dans les trois cinquièmes des cas. Chez les deux autres cinquièmes, la dyspnée aurait été continue et à peu près la même dans tout le cours de la maladie.

Dans l'affection dont je parle, le thorax est toujours sonore à la percussion; mais le volume d'air qui arrive dans les poumons étant beaucoup moins considérable, en raison de l'obstacle qui siège dans le larynx, il s'ensuit que le murmure respiratoire est très-affaibli, il est en outre souvent masqué par le sifflement qui se passe dans la gorge et dans le larynx. La possibilité qu'il y aurait, d'après Thuillier, Bricheteau, Legroux, Lisfranc, de constater la tuméfaction des replis aryéno-épiglottiques en portant profondément l'indicateur jusqu'au-dessous de l'épiglotte, ne nous est pas absolument démontrée. Nous avons essayé maintes fois d'arriver ainsi sur le siège du mal; mais le resserrement spasmodique du pharynx ainsi que les efforts de vomissements nous ont toujours arrêté dans nos recherches, et nous savons que plusieurs médecins, entre autres Chomel et M. Blache, n'ont pas été plus heureux que nous. Ceux qui ont pu atteindre par le toucher les replis aryéno-épiglottiques, ont dit que ces organes donnaient au doigt explorateur la sensation de deux bourrelets, tantôt fermes, tantôt mous, tantôt lisses, tantôt comme veloutés, et d'une température plutôt froide qu'élevée (Sestier). Il est plus aisé de constater l'état de l'épiglotte, qui le plus souvent est tuméfiée, plus ou moins résistante, et parfois roulée sur elle-même. Le laryngoscope permettrait de reconnaître directement l'état des replis aryéno-épiglottiques, et d'arriver ainsi d'une manière certaine au diagnostic de l'affection, si toutefois le jeune âge des individus et chez tous l'anxiété et les accès de suffocation ne s'opposaient pas à l'application de l'instrument.

L'angine œdémateuse ayant souvent été précédée ou se compliquant fréquemment d'une inflammation, en général bénigne, de l'arrière-gorge, on peut trouver la luette, le voile du palais, le pharynx plus ou moins rouges, et surtout œdémateux.

Si, dans la grande majorité des cas, et lorsqu'il n'existe qu'une infiltration œdémateuse, l'inspection du cou ne présente rien d'insolite, il n'en est plus de même dans les cas d'inflammation phlegmoneuse, car alors la partie peut être tuméfiée. Si l'on exerce une pression sur elle, on provoque aussitôt une douleur vive, et l'on sent souvent en ce point une tension, une rénitence manifeste. Il est digne de remarque qu'au milieu de symptômes aussi fâcheux, la fièvre est souvent nulle ou très-modérée. L'anorexie est le seul phénomène sympathique qu'on constate du côté des voies digestives.

Durée. — Comme on vient de le voir, la laryngite œdémateuse a une marche inégale, mais rapide. Sa durée peut n'être que de quelques heures, le plus souvent la maladie se termine en cinq ou six jours; elle a paru parfois se prolonger pendant quatre ou cinq semaines, mais cette apparente lenteur ne se remarque guère que dans les cas de lésion chronique du larynx; il est probable qu'alors il y a eu plusieurs infiltrations successives. L'œdème qui est primitif ne présente point une marche semblable.

Terminaisons. — La mort, qui est la terminaison la plus ordinaire de la maladie, est presque toujours la conséquence de l'asphyxie. Si l'issue doit être heureuse, les accès s'éloignent, la dyspnée diminue, puis cesse, la déglutition devient libre, et la voix, après un temps plus ou moins long, finit par reprendre son timbre normal.

Variétés. — Sestier distingue avec raison trois formes ou variétés d'angine œdémateuse, eu égard à la marche et à la durée de l'affection. Il y a une angine en quelque sorte *foudroyante*, c'est-à-dire que, sans prodromes notables, tout à coup il survient une dyspnée extrême, au milieu de laquelle l'individu expire, et cela quelques minutes après l'invasion du mal; c'est là une variété fort rare. Plus communément l'affection, débutant avec ou sans prodromes, se caractérise par une dyspnée croissante qui de temps en temps se transforme en accès de suffocation, et les individus meurent après un, deux, quatre ou cinq jours d'angoisses effroyables. Enfin il y a une forme subaiguë, c'est la variété que Bayle a décrite. Celle-là débute communément d'une manière insidieuse par de la gêne dans le larynx, par une dyspnée croissante. S'il y a des accès d'oppression, ils n'ont lieu souvent qu'à un intervalle de plusieurs jours, et même d'une semaine. La mort arrive plus souvent avec les symptômes de l'asphyxie lente.

Je serai bref sur une autre laryngite décrite par M. Cruveilhier et dont il existe peu d'exemples, c'est la laryngite *sous-glottique*, occupant la partie du larynx qui est située au-dessous des ventricules. Presque toujours le tissu cellulaire est infiltré de pus; le cartilage cricoïde, dénudé, nécrosé, peut se séparer et être expulsé par l'œsophage ou par le larynx.

La laryngite sous-glottique a une marche plus lente que celle qui siège au-dessus de la glotte; la douleur se fait sentir plus inférieurement que dans cette dernière, et elle s'accompagne moins fréquemment de gêne dans la déglutition; mais il existe dans l'une comme dans l'autre une respiration sifflante et des accès de suffocation. Le traitement ne varie pas dans les deux cas.

Diagnostic. — Bayle a indiqué, comme signes pathognomoniques de la maladie, des accès de suffocation, et surtout le contraste qui existe entre l'inspiration et l'expiration, la première se faisant péniblement, tandis que la

seconde aurait lieu sans efforts. Cependant il y a, à ce sujet, d'assez nombreuses exceptions, et nous avons vu nous-mêmes plusieurs laryngites œdémateuses dans lesquelles l'expiration et l'inspiration étaient également pénibles. Cette anomalie ne tiendrait-elle pas à ce que, dans ces cas, l'infiltration ayant gagné l'intérieur du larynx, et surtout les cordes vocales, il y aurait alors un obstacle permanent, fixe, à l'entrée comme à la sortie de l'air? Quoi qu'il en soit, ce signe, d'une part, n'est pas constant, et, d'autre part, il peut exister dans plusieurs autres circonstances, notamment lorsque le nerf récurrent est comprimé ou tiraillé. Il n'y a, en somme, aucun signe pathognomonique de la laryngite œdémateuse; nous pensons que le diagnostic de cette affection ne peut être établi que par un ensemble de caractères. Ainsi un sentiment de gêne à la partie supérieure du larynx s'accompagnant d'enrouement, une respiration sifflante, presque toujours plus pénible pendant l'inspiration que durant l'expiration; bientôt des accès de suffocation qui cessent et se reproduisent ordinairement à de courts intervalles, indiquent un obstacle dans le larynx, et font supposer qu'il est déterminé par le gonflement, par l'infiltration séreuse ou purulente des replis aryéno-épiglottiques. Avouons cependant qu'il est souvent fort difficile de distinguer l'angine œdémateuse d'avec une laryngite simple, mais très-intense: l'existence de bourrelets sentis derrière l'épiglotte pourrait seule ôter toute incertitude. Mais nous avons dit combien la chose est difficile. Observons pourtant que dans la laryngite simple, l'inspiration et l'expiration sont également difficiles, ce qui est un fait exceptionnel dans la laryngite œdémateuse; enfin dans ces cas obscurs, on ne doit pas oublier d'examiner l'arrière-bouche, qui est souvent infiltrée chez les sujets atteints d'angine œdémateuse; cette circonstance peut fournir au diagnostic incertain une présomption de plus.

Comparant entre elles les affections principales qui peuvent produire la suffocation, il est possible le plus souvent de remonter à la nature et au siège de l'obstacle. Ainsi les accès de suffocation produits par les maladies de l'aorte, du cœur et des poumons, seront facilement reconnus, et distingués de ceux que l'angine œdémateuse détermine, à l'aide des moyens d'exploration dont nous pouvons disposer et que nous exposerons ailleurs. L'aphonie, le timbre de la toux, l'expulsion des fausses membranes, la coexistence d'une angine pseudo-membraneuse, la tuméfaction des ganglions du cou, ne permettront pas de prendre un croup pour une laryngite œdémateuse. On confondrait difficilement la laryngite striduleuse avec l'œdème de la glotte, qui d'ailleurs se remarque très-rarement dans le jeune âge. Il y a dans les deux maladies des accès de suffocation; mais, dans l'angine striduleuse, la dyspnée et la plupart des symptômes disparaissent parfois, à tel point que les enfants reprennent leurs jeux; tandis que, dans l'angine œdémateuse, il y a entre les accès des troubles fonctionnels assez graves. Les accidents que celle-ci produit ne pourront non plus être confondus avec ceux que détermine l'introduction d'un corps étranger qui occasionne une suffocation subite, un racllement particulier perceptible à distance et par l'auscultation médiante; il est rare enfin qu'on ne puisse s'éclairer par les commémoratifs. Un polype pédiculé du larynx produit les mêmes accidents qu'un corps étranger venu du dehors. Cependant j'avoue que le diagnostic pourra être, dans quelques cas, fort difficile, sinon impossible: toutefois cette production est tellement rare, qu'il est permis, jusqu'à un certain point, d'en faire abstraction lorsqu'on établit le diagnostic différentiel de la laryngite œdémateuse. Un rétrécissement de la trachée résultant d'une cicatrisation vicieuse de ce conduit peut produire une dyspnée continue, des accès d'oppression, et comme dans l'œdème glottique une inspiration pénible, bruyante, tandis

que l'expiration est relativement facile, la voix peut être aussi plus ou moins altérée. Mais si l'on a égard au siège différent de la douleur, à une déformation du larynx et de la trachée parfois très-appréciable, à l'abaissement, à la dépression que le premier a subis, on pourra à la rigueur arriver à un diagnostic différentiel. Nulle difficulté, par contre, pour ne pas confondre avec l'œdème des replis aryéno-épiglottiques un cancer du larynx et un abcès rétro-pharyngien. En effet, le premier se distinguera aisément par une tumeur bosselée et par l'expectoration d'une matière sanieuse. Quant à l'abcès rétro-pharyngien, la gêne de la déglutition, l'œdème du cou, l'existence d'une tumeur fluctuante qui existe souvent à la face antérieure du pharynx, et qu'on voit quand on fait ouvrir la bouche au malade, éclaireront assez sur la véritable nature de la maladie pour que le doute soit impossible.

Dans tous les cas on pourrait arriver à un diagnostic plus précis à l'aide du laryngoscope, puisque par ce merveilleux instrument on peut voir distinctement la glotte et même une partie du larynx. Mais nous avons dit plus haut ce qui pouvait en gêner ou en empêcher même l'application.

Pronostic. — Le pronostic sera toujours extrêmement grave, puisque, sur les quarante malades dont Valleix a réuni les observations, on ne compte que neuf guérisons. Bayle rapporte, dans son mémoire, avoir perdu seize malades sur dix-sept. Il est vrai que les individus étaient presque tous dans des conditions fâcheuses. Sestier évalue la mortalité à la moitié, pourvu que la maladie soit primitive, qu'elle ne frappe pas des individus déjà malades ou convalescents d'une affection sérieuse. Parmi les symptômes les plus fâcheux, Sestier signale la difficulté de l'expiration, puisque ce signe semble indiquer, en effet, un obstacle plus étendu existant dans l'intérieur même du larynx.

Dans le pronostic, il faut se tenir en garde contre les fausses convalescences : il y a souvent, en effet, des rémissions plus ou moins longues pendant lesquelles la sollicitude du médecin doit rester éveillée.

Étiologie. — La laryngite sous-muqueuse est tantôt *primitive*, c'est-à-dire constituée par une inflammation primitivement développée dans le larynx ou qui s'y est propagée de l'arrière-gorge ; d'autres fois la maladie est *consécutive* à l'altération des parties voisines, telles qu'ulcération du larynx ou carie de ses cartilages, etc. Rare dans l'enfance, on a surtout vu la maladie chez les individus âgés de dix-huit à trente ans ; elle paraît être beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Bayle a reconnu que le plus souvent la laryngite sous-muqueuse survenait pendant la convalescence des maladies fébriles et très-rarement au milieu d'un état de santé parfaite, opinion qui a été confirmée récemment par les recherches de Valleix : sur quarante malades, dit ce médecin, l'angine n'aurait été primitive que quatre fois. On comprend d'ailleurs aisément que, chez des individus affaiblis, la moindre inflammation de la muqueuse ait pour effet de produire une suffusion séreuse dans le tissu cellulaire subjacent. Les affections chroniques du larynx avec ulcérations paraissent prédisposer à l'angine œdémateuse. Cependant celle-ci est fort rare dans ces laryngites ulcéreuses qui accompagnent la tuberculisation pulmonaire. Les replis aryéno-épiglottiques peuvent-ils s'infiltrer par les causes qui produisent l'anasarque ? La chose est probable, et l'on a même cité quelques faits en faveur de cette opinion ; toutefois c'est là une circonstance assez rarement observée.

Dans la plupart des cas, la maladie survient sans cause déterminante appréciable ; mais quelquefois elle succède à l'impression du froid, ailleurs elle a une origine en quelque sorte toute traumatique. Ainsi M. Charcellay l'a observée après un empoisonnement par l'acide nitrique, d'autres l'ont vue après les plaies

du cou ou l'introduction dans le larynx de corps étrangers. En Angleterre, on a signalé quelquefois l'angine œdémateuse chez les jeunes enfants auxquels on faisait avaler avec le bec d'une théière une eau très-chaude. C'est ce qui résulte d'un travail que le docteur Jameson a publié, en 1848, dans le *Dublin quarterly Journal*, et qui a été reproduit dans le tome III de la *Revue médico-chirurgicale* de M. Malgaigne.

En somme, l'angine œdémateuse a le plus ordinairement une origine inflammatoire, c'est-à-dire qu'elle a son point de départ dans une phlegmasie aiguë ou chronique du larynx ou de l'arrière-gorge. Très-rarement l'œdème laryngé est simple, indépendant de toute phlegmasie locale ; c'est un point qui ressort manifestement des laborieuses recherches de Sestier.

Traitement. — Le traitement doit être toujours énergique, varié et prompt en raison même de la gravité et de la marche, parfois foudroyante, que la maladie suit. A moins que les individus ne soient très-affaiblis et épuisés, on aura recours au début aux émissions sanguines générales et locales. Dès dérivatifs puissants seront en même temps portés sur le tube intestinal ; ici les purgatifs drastiques sont seuls indiqués. On prescrit aussi les vomitifs, dans le double but de produire une révulsion et d'opérer en outre une diminution dans l'engorgement des parties, par suite de la compression qu'exerce sur elles le pharynx convulsivement contracté pendant l'acte du vomissement. Enfin, on aura recours simultanément aux révulsifs cutanés, tels que sinapismes aux extrémités inférieures, large vésicatoire à la nuque et au-devant du cou. L'onguent mercuriel en frictions sur le larynx, le calomel à l'intérieur à doses fractionnées (5 centigrammes toutes les heures), ont été aussi recommandés, et l'on ne saurait les négliger, bien que leur utilité ne soit pas encore tout à fait démontrée. Il est inutile de dire que, si l'angine œdémateuse était consécutive à des lésions syphilitiques, les mercuriaux, seuls ou unis à l'iodure de potassium, devraient être employés de toute nécessité. (Voyez le traitement de la *syphilis constitutionnelle*.)

Outre les moyens que je viens de recommander et qui sont indirects, on en a conseillé d'autres dirigés tout à fait directement sur le siège même du mal. Telles sont les cautérisations avec l'azotate d'argent (1 gramme et plus pour 15 à 20 de liquide), et les insufflations avec l'alun en poudre, qui paraissent avoir réussi quelquefois. Ce moyen sera surtout employé dans la forme subaiguë et presque passive. Mais le traitement local le plus énergique qu'on ait prôné consiste dans l'incision, la scarification, la déchirure des bourrelets aryéno-épiglottiques. Lisfranc et le docteur Gurdon Buck (de New-York) l'opèrent avec un bistouri à lame étroite et garnie de linge jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la pointe. Sestier a proposé un instrument spécial. Legroux serait arrivé au même résultat avec l'ongle de l'indicateur qu'il taille inégalement. Les observations faites par ces médecins méritent de fixer l'attention ; cependant, d'après ce que nous avons dit précédemment, nous croyons que ce moyen est rarement applicable, précisément en raison de la difficulté qu'on éprouve à sentir le bourrelet qu'il s'agit d'inciser ou de lacérer.

Quand tous les moyens échouent, et lorsque la gêne croissante de la respiration et les accès qui se rapprochent font craindre l'asphyxie, il faut se hâter de pratiquer la laryngo-trachéotomie. On ne doit pas attendre pour opérer que l'asphyxie soit trop avancée ; car il vaut mieux ici, comme pour le croup, pécher par précipitation que de rester trop en retard. Si en effet on n'opère que lorsque le sang veineux remplit déjà tous les organes, il arrive fréquemment que les malades succombent alors même que la trachéotomie a été

suivie en apparence du rétablissement des fonctions respiratoires et circulatoires. La laryngo-trachéotomie pourrait être insuffisante dans les cas où l'infiltration a gagné le tissu cellulaire sous-muqueux de la partie inférieure du larynx : car on peut voir alors, ainsi que la chose est arrivée à Casimir Broussais, un ou deux bourrelets œdémateux obstruer le canal, et mettre ainsi obstacle à l'entrée de l'air; en pareil cas on n'hésiterait pas à inciser ces replis pour donner issue à la sérosité qui les distend.

L'angine œdémateuse étant caractérisée par des altérations qui sont presque toujours bornées au larynx, ces lésions étant pour la plupart peu profondes et capables de disparaître en un temps très-court, il s'ensuit que la trachéotomie doit être suivie de guérison dans une proportion considérable. Sestier établit en effet, dans son excellente monographie, que la bronchotomie a réussi dans les deux cinquièmes des cas, tandis que sans cette opération la proportion des guérisons ne s'élève pas tout à fait au quart. Et encore est-il utile de remarquer ici que l'opération a presque toujours été faite *in extremis*. La trachéotomie ne réussit pas dans la même proportion dans toutes les catégories d'angine laryngée; l'opération échoue, en effet, presque toujours, ou 19 fois sur 20, lorsque l'infiltration est consécutive à une grave altération du larynx (nécrose, carie, ulcérations); elle ne réussit guère que sur un sixième ou un huitième, lorsque les individus ont été pris d'angine dans le cours d'une maladie grave ou pendant une convalescence. Il n'en est plus de même lorsque l'angine est primitive et dégagée de toute complication, car alors l'ouverture des voies aériennes réussit dans le plus grand nombre des cas, pourvu cependant qu'on ne la pratique pas trop tard. Il faut aussi que la maladie reste circonscrite, car j'ai vu, après la trachéotomie, la phlegmasie s'étendant dans les parties profondes et le pus fusant le long de la trachée, rendre infructueuse une opération qui avait été suivie d'un grand soulagement et parfois même d'un commencement de convalescence.

DE LA LARYNGITE CHRONIQUE

La laryngite existe souvent à l'état chronique; cependant sous cette dénomination la plupart des auteurs ont réuni des altérations très-diverses, depuis la simple injection, avec ou sans ramollissement de la membrane muqueuse, jusqu'à son ulcération, qui s'accompagne souvent elle-même de la destruction des tissus subjacents. Ces ulcérations sont communément regardées comme constituant le caractère anatomique d'une forme de la laryngite chronique désignée sous le nom de *phthisie laryngée*, en raison des symptômes de consommation qui l'accompagnent. En traitant de l'anatomie pathologique, nous verrons si, dans l'état actuel de la science, on peut admettre une phthisie laryngée idiopathique. Quoi qu'il en soit, il importe pour le moment de maintenir encore la distinction qu'on a faite de la laryngite chronique en *simple*, *bénigne* ou *non ulcéreuse*, et en *grave* ou *ulcéreuse*.

Historique. — Les altérations du larynx, vaguement indiquées par Galien et par Aétius, ne commencèrent à être étudiées que par Morgagni (1), et surtout par Borsieri (2); mais les travaux les plus complets datent de ce siècle, et se trouvent dans les thèses inaugurales de MM. Laignelet (année 1806), Sauvée (1808), Papillon (1812), Bravaz (1824). Les ouvrages de Bayle et de M. Louis sur la phthisie, ainsi que le tome IV de la *Clinique* de M. Andral,

(1) Lettre xv, §§ 13 et 15; lettre xxii, § 27.

(2) *Institutiones medico-practicae*, t. IV, §§ 57 et 62.

renferment de nombreuses observations et des détails anatomiques précieux. Nous en dirons autant d'un mémoire de M. Barth, inséré en 1839 dans les *Archives générales de médecine*. Mais le travail le plus complet qui ait été publié est la monographie dont MM. Trousseau et Belloc sont les auteurs, et qui est insérée dans le VI^e volume des *Mémoires de l'Académie de médecine*.

Caractères anatomiques. — Les lésions qu'on constate chez les individus qui succombent dans le cours d'une laryngite chronique sont très-variables. Tantôt la membrane muqueuse est injectée, bleuâtre ou de couleur ardoisée; ailleurs elle est pâle, mais mamelonnée et épaissie, plus résistante ou plus friable; parfois elle est comme fongueuse et hérissée de végétations. L'appareil folliculaire peut avoir subi une sorte d'hypertrophie; celle-ci coexiste souvent avec une lésion analogue des follicules du pharynx que nous avons décrite précédemment page 274. Quelquefois, enfin, dans la laryngite chronique il y a une infiltration purulente du tissu sous-muqueux, ou bien le pus est réuni en petits foyers formant une légère saillie dans le larynx, et qu'il faut bien éviter de prendre pour des tubercules ramollis. Ces lésions occupent rarement toute l'étendue du larynx; elles sont ordinairement limitées à une portion de l'organe, et se montrent surtout sur les cordes vocales, dans les ventricules ou sur l'épiglotte.

Jusque dans ces derniers temps, on a regardé les ulcérations comme succédant fréquemment aux inflammations idiopathiques de la muqueuse du larynx; cependant une observation plus attentive a aujourd'hui mis hors de doute que, dans la presque totalité des cas, sinon dans tous, les ulcérations du larynx étaient symptomatiques. Ainsi, à l'état aigu, on ne les observe que dans le cours de la morve et de l'affection typhoïde, plus rarement dans la variole ou après l'emploi du tartre stibié à haute dose; à l'état chronique, elles se lient presque toujours à l'existence de tubercules pulmonaires; enfin, dans quelques cas elles sont consécutives à l'infection syphilitique. Est-ce à dire pourtant que les ulcérations du larynx ne puissent jamais être primitives? Je suis loin d'en contester la possibilité; cependant je prétends que ce fait doit être excessivement rare : car, dans les nombreuses autopsies que j'ai faites depuis trente-cinq ans, je n'en ai encore rencontré aucun exemple, et dans les recherches auxquelles je me suis livré dans les auteurs, il m'a été impossible aussi d'en trouver aucun qui fût bien authentique. Je dirai même que les sept observations que MM. Trousseau et Belloc ont rassemblées ne sont point concluantes, puisque, s'il est vrai qu'il n'existât aucun tubercule pulmonaire, il n'est pas aussi bien démontré pour moi qu'il n'y ait pas eu d'infection vénérienne. Je le répète donc, je ne nie pas absolument la possibilité des ulcérations primitives, idiopathiques; je dis seulement qu'elles sont rares, tellement rares, que, lorsqu'on les rencontre sur les cadavres ou qu'on les soupçonne sur le vivant, il faut supposer l'action de quelques-unes des causes générales que j'ai précédemment signalées. Nous n'avons pas à nous occuper dans cet article des ulcérations symptomatiques, qui d'ailleurs se forment très-probablement d'après un mécanisme différent de celui qui préside au développement des ulcérations de nature inflammatoire. (Voyez les articles qui les concernent.)

Les auteurs qui décrivent des ulcérations simples du larynx nous les représentent tantôt superficielles, tantôt profondes, n'intéressant que la muqueuse ou ayant détruit les muscles et jusqu'aux cartilages eux-mêmes. Elles auraient des bords arrondis ou irréguliers; leur fond serait lisse ou inégal. Elles pourraient se cicatriser, ce qu'on reconnaîtrait à une tache bleuâtre de la muqueuse, qui parfois serait dure, adhérente en ce point; si la perte de substance