

du service de nuit ; celui-ci fait une piqûre de morphine au malade, suivant une règle trop commune, mais le malade n'est pas soulagé ; une seconde, une troisième piqûre finissent par amener du calme, mais quelques minutes ou quelques heures après le malade succombe, et la famille ne manque pas alors d'incriminer le médecin qui a pratiqué les injections. De là, enquête et autopsie médico-légale. On constate alors que la mort est due à un œdème pulmonaire suraigu. »

Le péril une fois conjuré, ne perdez pas de vue votre malade. Prescrivez le régime lacté absolu et surveillez de près la sécrétion urinaire, traitez-le en un mot, comme un brightique et recommandez-lui d'éviter avec le plus grand soin toute cause de surmenage et de refroidissement.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1. — L'œdème suraigu du poumon est une des plus graves complications des néphrites. Il n'est pas nécessaire, pour en expliquer la genèse, d'invoquer des lésions de l'aorte qui le plus souvent n'existent pas.

2. — Cet œdème brightique suraigu éclate habituellement sans cause apparente et d'une façon soudaine, soit dans le cours d'une néphrite aiguë, soit chez des brightiques qui n'étaient en proie ni aux grands œdèmes, ni aux accidents urémiques.

3. — L'expectoration abondante d'un liquide spumeux, mousseux, albumineux, de teinte rosée, est la caractéristique des œdèmes suraigus du poumon, quelle qu'en soit la cause. La dyspnée, très intense dès le début, peut devenir rapidement menaçante. L'encombrement des poumons par le liquide transsudé se traduit à l'auscultation par une pluie de râles.

4. — C'est par l'étude des autres symptômes, présents ou passés, c'est par l'analyse des urines, qu'on formulera le diagnostic pathogénique brightique de cet œdème.

5. — Les émissions sanguines, et avant tout la saignée, constituent le traitement de choix et donnent des résultats parfois merveilleux. Le régime lacté doit être absolu.

TROISIÈME LEÇON

ŒDEME BRIGHTIQUE DU LARYNX

MESSIEURS,

Je vous ai présenté, il y a peu de temps, un malade qui, dans le cours d'une néphrite chronique, à évolution peu bruyante, avait été atteint d'œdème suraigu du poumon. Cet homme, qui a fait le sujet de notre deuxième leçon, nous était arrivé dans un état voisin de la mort, avec une effroyable dyspnée, avec une pluie de râles, qui encombraient les deux poumons, et avec une expectoration mousseuse, albumineuse, de teinte rosée, qui est la caractéristique des œdèmes suraigus du poumon. Tout moribond qu'il était, cet homme fut sauvé par le traitement énergique qu'on institua sans perdre un instant : saignée générale, ventouses scarifiées, régime lacté absolu. Depuis cette époque, l'amélioration ne s'est pas démentie, la respiration est normale, la santé est en apparence excellente et, bien que cet homme soit entaché de brightisme, bien que ses urines soient encore albumineuses, il est pour le moment à l'abri de tout danger.

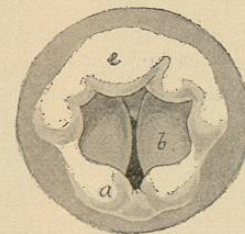
Les hasards de la clinique font que, après avoir étudié l'œdème brightique du poumon, il va nous être possible d'étudier l'œdème brightique du larynx. Le malade que je vous

présente aujourd'hui, et qui va faire l'objet de cette leçon, est un homme de soixante-deux ans. Quand il est entré ces jours derniers dans mon service, salle Saint-Christophe, il était, lui aussi, en proie à une dyspnée terrible, avec menaces de suffocation et de mort; mais le siège de la lésion n'était pas au poumon, comme chez le précédent malade; la lésion, chez lui, était au larynx. Le symptôme dominant était une respiration laborieuse, bruyante, un *cornage* qu'on entendait d'un bout à l'autre de la salle, cornage qui était si gênant pour les autres malades, que cet homme dut être placé dans une chambre d'isolement. Vous avez assisté à ce pénible spectacle; vous avez constaté que l'expiration était relativement peu gênée, tandis que chaque inspiration nécessitait un effort considérable; la colonne d'air inspirée finissait bien par pénétrer dans les poumons, mais elle y pénétrait, passez-moi l'expression, comme à la filière, comme à frottement dur, provoquant un bruit serratique et strident. A l'inspection du malade, on constatait un tirage considérable, avec dépression du creux sus-sternal et du creux épigastrique, le diaphragme semblant aspiré par en haut. Comme contraste avec ces troubles respiratoires d'origine laryngée, la voix était à peine enrouée, preuve que les cordes vocales étaient peu atteintes.

Cet homme nous raconta à grand'peine qu'il était malade depuis un mois; toutefois la dyspnée n'avait pas été le premier symptôme en date; c'est par la gêne et la douleur à la *déglutition* que la maladie avait commencé; peu à peu, la dysphagie était devenue si intense que le passage des aliments et des boissons était presque impossible. La salive ne pouvait être avalée, sous peine de très vives douleurs; elle s'écoulait en bavant hors de la bouche. Dix à douze jours après ces troubles de déglutition, le malade éprouva une sensation d'étouffement, une strangulation, qu'il comparait à un corps étranger qui aurait oblitéré l'entrée des voies aériennes. La dyspnée, d'abord uniforme, fut plus tard entrecoupée d'accès paroxystiques. Tous ces symptômes, dysphagie, dyspnée, accès d'oppression, avaient fini par créer une situation vraiment intolérable. A son entrée dans notre

service, le malade était littéralement épuisé, l'alimentation était impossible, la respiration nécessitait les plus grands efforts; chaque inspiration était une lutte pour la vie, aussi cet homme n'osait-il se livrer au sommeil dans la crainte de succomber; l'angoisse était extrême, le visage était blême et couvert de sueurs froides. Le pronostic était des plus alarmants.

Il était évident que, chez cet homme, l'obstacle à l'entrée de l'air, siégeait au larynx; restait à savoir quel était cet obstacle. L'examen au laryngoscope pouvait seul nous renseigner, et je priai M. Bonnier de pratiquer devant vous cet examen.



e, Epiglote extrêmement œdématiée, irrégulière, rouge, formant un énorme sourcil au-dessus du vestibule du larynx et se continuant avec les replis aryéno-épiglottiques très œdématiés.

a, Région aryénoïdienne également tuméfiée, déformée et déjetée vers l'œsophage.

b, Bandes ventriculaires très œdématiées, masquant les cordes vocales dans la plus grande partie de leur étendue; l'extrémité antérieure des cordes vocales est seule visible.

A l'ouverture de la bouche, la gorge étant bien éclairée, la langue étant fortement abaissée et tirée en avant, nous avons d'abord aperçu un œdème rougeâtre de la luette, des piliers et du voile du palais. La luette était volumineuse et comme tremblotante, les piliers étaient déformés par l'œdème, l'ouverture de l'isthme du gosier était rétrécie.

L'examen au laryngoscope fut plus facile et plus simple qu'on ne l'eût supposé tout d'abord; il permit de constater, à la base de la langue et dans tout le vestibule du larynx, un œdème rouge considérable. L'épiglotte était volumineuse et absolument déformée, les replis aryéno-épiglottiques avaient

acquis un énorme volume et les bandes ventriculaires, très œdématisées, obstruaient en grande partie l'orifice de la glotte. Néanmoins il était possible d'apercevoir, par instants, la partie antérieure des cordes vocales, dont le bord libre avait été effleuré par l'œdème. Vous pouvez, du reste, vous rendre compte sur la planche ci-dessus des déformations considérables que cet œdème avait entraînées dans les parties sus-glottiques et dans le vestibule du larynx.

Il devenait facile maintenant de bien saisir la cause et l'évolution des accidents. La dysphagie des premiers jours, dysphagie si rapidement intense et douloureuse, avait été provoquée par l'œdème palato-pharyngé et par l'œdème vestibulaire du larynx. Les troubles dyspnéiques, plus tardifs, étaient dus à l'œdème du vestibule et des bandes ventriculaires; ces parties œdématisées, en s'opposant à la pénétration de la colonne d'air inspiré, provoquaient l'angoisse respiratoire et le bruit de cornage. Des spasmes de la glotte, presque inséparables de pareilles lésions, déterminaient les accès de suffocation paroxystiques.

Je viens de vous dire que l'examen au laryngoscope avait été plus facile qu'ont ne l'eût supposé tout d'abord; j'ajouterai même que cet examen avait procuré au malade un moment de soulagement, parce que la traction de la langue nécessitée par la manœuvre laryngoscopique avait entraîné en avant l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, et avait partiellement dégagé l'orifice de la glotte. Grâce à ce moyen tout mécanique, la respiration était devenue momentanément plus libre et moins bruyante. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, et il faut que vous sachiez que l'examen laryngoscopique, même bien pratiqué, peut, en pareille circonstance, provoquer des spasmes de la glotte avec terribles accès d'étouffement.

En résumé, le diagnostic était maintenant bien établi : le malade n'avait ni tumeur, ni polype du larynx, ni sténose cicatricielle, ni paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; il était atteint d'un œdème progressivement envahissant, qui avait débuté par le voile du palais, par l'isthme du gosier, et qui avait gagné le larynx. Mais le dia-

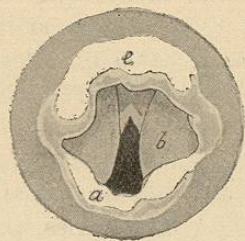
gnostic ne devait pas en rester là, car les œdèmes laryngés, blancs ou rouges, localisés ou diffus, peuvent être associés à des causes multiples. Le cancer, la tuberculose, la syphilis, surtout la syphilis, peuvent susciter des œdèmes du larynx, alors que la lésion provocatrice est peu apparente ou cachée. Pour des raisons qui seront développées plus loin, il nous fut possible d'affirmer que, chez cet homme, l'œdème ne tenait à aucune des causes que je viens de signaler; il ne s'agissait pas davantage d'un œdème *a frigore*, et je portai le diagnostic d'*œdème laryngé brightique*.

Oui, cet homme est un brightique; non pas un de ces brightiques à grands œdèmes périphériques, non pas un de ces brightiques à grands symptômes urémiques, mais un de ces individus qui, suivant l'expression que je leur ai consacrée, sont « entachés de brightisme ». Ces gens-là vivent avec les apparences de la santé, mais ils sont en état d'opportunité morbide, ils ont de l'insuffisance rénale et leurs reins sont adultérés. Etudiez-les de près, et vous constaterez chez eux « les petits accidents du brightisme »; ils ont une tension artérielle exagérée; leurs urines sont habituellement albumineuses, elles ont perdu une partie de leur toxicité; eh bien, c'est chez ces gens-là que les causes les plus diverses, traumatisme, écarts de régime, infections secondaires, refroidissement, etc., vont, à un moment donné, favoriser l'excès des tensions artérielles dans tel ou tel organe, susciter l'apparition des œdèmes, abaisser le taux de la quantité et de la qualité des urines, permettre en un mot l'éclosion des accidents multiples, légers ou redoutables, qui peuvent surgir aux différentes phases de la maladie de Bright.

Oui, notre malade est un brightique, car il présente les signes et les symptômes auxquels je viens de faire allusion : pollakiurie, crampes dans les mollets, doigt mort, cryesthésie, démangeaisons; sa tension artérielle est exagérée; son urine contient de l'albumine et la dépuratation urinaire est compromise, car l'étude expérimentale de la toxicité de ses urines prouve que le coefficient toxique est abaissé. Nous avons donc affaire ici à un œdème brightique du larynx

déterminant une asphyxie croissante qui pourrait bien se terminer par la mort.

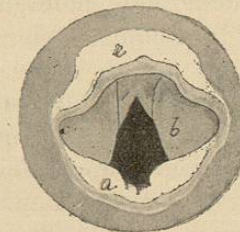
En face d'une situation aussi périlleuse, je me demandai un instant s'il ne faudrait pas recourir à la trachéotomie, ou mieux encore au tubage du larynx, qui a donné, en pareille circonstance, de bons résultats. En conséquence, on se tint prêt à tout événement; mais je commençai d'abord par faire appliquer au-devant du cou, à la région laryngée, une quantité de sangsues. Le résultat de cette émission sanguine ne se fit pas attendre; dès le lendemain, l'amélioration était manifeste, la dysphagie était moindre, le cornage moins bruyant, la respiration était plus facile, l'œdème palatin avait diminué et l'œdème laryngé était, lui aussi, en pleine voie de régression, ainsi que vous pouvez le constater sur la planche ci-dessous. Vous y voyez en effet, comparativement à la précédente planche, que l'épiglotte est moins boursoufflée, moins déformée, que les replis aryténo-épiglottiques sont moins tuméfiés, et que les bandes ventriculaires empiètent beaucoup moins sur l'orifice de la glotte.



e, Epiglotte encore œdématiée, mais reprenant un peu sa forme normale.
a, La région aryténoïdienne garde son œdème et sa déformation.
b, Bandes ventriculaires dont le gonflement a diminué; aussi la glotte est plus libre; les cordes vocales apparaissent dans une plus grande étendue; leur bord est encore irrégulièrement tuméfié.

Non seulement la respiration était plus libre, mais, chose importante à noter, les grands accès de suffocation, résultat de spasmes glottiques qui peuvent mettre en quelques instants la vie en péril, ces grands accès de suffocation étaient moins violents et plus espacés. Tout ceci nous permettait déjà d'entrevoir un pronostic plus favorable.

Le surlendemain, l'amélioration était plus manifeste encore, le malade avait pu dormir plusieurs heures dans son lit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis des semaines. La déglutition se faisait maintenant sans difficulté, ce qui comblait de joie cet homme, qui était littéralement affamé. En fait de cornage, il ne restait plus qu'un peu de rudesse à l'inspiration; l'œdème du bord libre des cordes vocales n'ayant pas complètement disparu, la voix était encore légèrement enrouée. La planche ci-dessous vous donne, du reste, une idée de l'amélioration rapide survenue dans les parties intéressées; vous pouvez y voir que l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et les bandes ventriculaires ont presque repris leur aspect normal.



e, L'épiglotte a perdu toute trace d'œdème.
a, La région aryténoïdienne a repris son aspect normal.
b, Les bandes ventriculaires masquent encore en partie la glotte, mais elles ne viennent plus au contact que dans l'effort et la phonation.
 Les cordes vocales sont à peine irrégulières sur leur bord libre; on n'aperçoit encore que leur moitié antérieure pendant l'inspiration, mais l'air pénètre librement dans le larynx.

Je vous présente aujourd'hui le malade; six jours se sont écoulés depuis son entrée à l'hôpital, alors qu'il était presque moribond, et vous le voyez actuellement guéri de ses accidents, buvant ses trois litres de lait, respirant sans difficulté, pouvant se promener dans les salles et monter les escaliers sans aucune oppression.

Tel est le cas intéressant que j'ai cru devoir vous présenter, et je vais en profiter, Messieurs, pour étudier dans son ensemble l'importante question de l'œdème brightique laryngé. Mais avant d'aborder la description de la maladie, avant d'en discuter les symptômes, je crois utile de vous faire connaître

quelques autres observations, qui vous permettront de suivre avec plus de profit l'étude que je vais entreprendre. Voici ces observations :

En 1878, au mois de septembre, alors que je faisais à l'hôpital de la Charité, comme médecin du Bureau central, le remplacement de Vulpian, une malade entra dans le service, en proie à une asphyxie imminente, avec anasarque et albuminurie considérable. L'asphyxie paraissait tenir à plusieurs causes, car la malade présentait à la fois un cornage respiratoire des plus stridents et des signes d'œdème pulmonaire, autant du moins qu'on en pouvait juger, l'auscultation étant rendue fort difficile par la propagation du bruit serratique laryngé. La malade étant mourante, la trachéotomie me parut seule devoir lui donner quelques chances de salut, et je priai mon collègue et ami Berger de vouloir bien la pratiquer. L'opération fut faite au thermocautère. La canule fut introduite dans le larynx; mais la malade, fort peu soulagée, succomba quatre heures après l'opération au progrès de l'asphyxie. L'autopsie nous démontra la présence d'un œdème laryngé, ainsi que l'existence d'un œdème pulmonaire très étendu. Les reins étaient atteints de néphrite avancée.

Dans la nuit du 29 janvier 1892, on amena dans mon service de l'hôpital Necker, salle Vernois, un malade atteint d'une dyspnée terrible. Ce malade nous raconta, à mots entrecoupés, qu'il avait éprouvé, quelques jours auparavant, des douleurs de gorge et une grande difficulté à avaler. Puis était survenue une sensation de strangulation, avec oppression violente et raucité de la voix. La dyspnée fit de rapides progrès, les accès de suffocation devinrent menaçants et le malade fut transporté à l'hôpital. Il suffisait de voir cet homme pour diagnostiquer chez lui une lésion laryngée; l'inspiration était laborieuse, stridente, le tirage était considérable et la voix était presque éteinte. La déglutition était actuellement impossible, tant la douleur était vive; la moindre gorgée de liquide provoquait une sensation de brûlure et de violents accès de toux. La dyspnée était continue, avec accès paroxystiques pendant lesquels le malade, l'œil hagard, la face

blème, le visage couvert de sueur froide, semblait sur le point de succomber.

On put néanmoins faire un examen rapide. A l'inspection de la bouche et de la gorge, je constatai un œdème considérable des piliers et de la luette, qui étaient comme translucides et tremblotants. L'examen au laryngoscope dut être abandonné, mais il était évident que le malade avait un œdème du larynx comme il avait un œdème de la gorge; on pouvait même affirmer que cet œdème était d'origine brightique, car la face était œdématisée et les urines contenaient 1 gr. 50 d'albumine par litre. Devant l'imminence de la mort, la trachéotomie fut pratiquée, ce qui n'empêcha pas le malade de succomber quelques heures plus tard, au milieu d'accidents urémiques épileptiformes. L'autopsie confirma le diagnostic; il s'agissait bien d'un œdème brightique du larynx.

Mon regretté collègue Hanot a publié la très intéressante observation suivante¹. Un homme de quarante-deux ans, peintre en bâtiments, entre à l'hôpital, le 30 octobre 1884, pour une angine qui rend la déglutition très pénible. A l'examen de la gorge, on est frappé du développement considérable qu'a pris la luette; elle est transformée en une masse presque sphérique, du volume d'une noix, sorte de bloc gélatineux, qui comble presque complètement l'espace compris entre les piliers du voile du palais; toute la muqueuse de la région est boursoufflée, aussi depuis deux jours la déglutition est-elle presque impossible. On ne constate ni au visage, ni ailleurs, la moindre trace d'œdème; et cependant il s'agit bien là d'un œdème brightique, car l'examen des urines fait déceler la présence de 4 grammes d'albumine par litre. Le malade est soumis au régime lacté. Sous l'influence de ce traitement, l'œdème palato-pharyngé disparaît totalement, la déglutition devient facile, mais l'urine reste encore albumineuse.

Se croyant guéri, le malade quitte l'hôpital, quand un mois plus tard, après un refroidissement pris sur un omnibus, il

1. Hanot. *Archives générales de médecine*, avril 1885, p. 472.

éprouve un violent accès de suffocation et il revient, dyspnéique, dans le service de Hanot. Cette fois, ce n'est plus seulement à l'arrière-gorge que siège l'œdème, il a également envahi le larynx. On constate, comme précédemment, de la dysphagie due à la tuméfaction œdémateuse de la luette et des piliers, mais on note également une dyspnée intense avec tirage épigastrique et sus-sternal, la colonne d'air inspiré rencontrant un obstacle au larynx. L'index introduit dans l'arrière-bouche permet de sentir à la partie supérieure du larynx deux bourrelets œdématisés. La voix est presque éteinte. On perçoit quelques râles à l'auscultation des poumons. L'analyse des urines donne 5 gr. 50 d'albumine par litre. Le diagnostic s'imposait; il s'agissait d'un brightique chez lequel les œdèmes s'étaient localisés une première fois à la gorge et une deuxième fois à la gorge et au larynx, bien qu'on ne constatât la moindre trace d'œdème nulle part ailleurs.

Les jours suivants, au délire, à l'agitation, à la fièvre, s'ajoutent de terribles accès de suffocation qui font redouter la mort prochaine; on pratique alors la trachéotomie, mais le malade n'en éprouve qu'un vague soulagement, et il succombe quelques heures plus tard. A l'autopsie on constate un œdème du larynx; les replis aryténo-épiglottiques, les bandes ventriculaires, les cordes vocales elles-mêmes, sont infiltrées de liquide séreux. La plèvre contient un litre de liquide. Les poumons sont œdémateux, emphysémateux et congestionnés, ce qui explique la mort malgré la trachéotomie. Les reins sont petits, atteints de néphrite scléreuse; le cœur est énorme; l'aorte est saine.

Voici encore une série d'observations du même genre. Jones¹ a publié le cas d'un homme de cinquante-deux ans, qui, dans le cours d'une néphrite, fut pris de dysphagie et d'accès d'étouffement dus à un œdème de la gorge et du larynx. Le malade succomba rapidement, et à l'autopsie on trouva une tuméfaction œdémateuse de tout le larynx.

M. Mendel² a rapporté l'observation suivante: Un homme

1. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1887, p. 419.

2. *Ibid.*, 1891, p. 314.

de cinquante ans ayant eu, à différentes reprises, depuis plusieurs années, des œdèmes de la face, des membres et du scrotum, est pris assez brusquement, vers onze heures du matin, d'un fort étouffement. Il quitte aussitôt son travail et il trouve sa face bouffie. Son état s'aggrave pendant la nuit, les accès de suffocation deviennent si violents que le malade se croit perdu et on le transporte dans le service de M. Gougouenheim, à l'hôpital Lariboisière.

On constate à la gorge une rougeur très prononcée et un œdème considérable du voile du palais, des piliers et de la luette. A l'examen laryngoscopique on découvre un gonflement œdémateux très notable du repli pharyngo-épiglottique gauche, qui repousse la partie gauche de l'épiglotte contre sa partie droite, de manière à produire un accolement complet de ces deux parties. Les replis aryténo-épiglottiques sont à peu près normaux; il est impossible de voir les cordes vocales.

L'examen des urines ayant décelé une notable quantité d'albumine, on porta le diagnostic d'œdème pharyngo-laryngé d'origine brightique. Le malade fut soumis à la diète lactée absolue, et on pratiqua dans la gorge des pulvérisations tièdes d'eau phéniquée. Après deux jours de ce traitement, les troubles de la respiration, si intenses naguère qu'ils avaient failli emporter le malade, ces troubles de la respiration avaient complètement disparu; il n'existait plus trace de l'œdème de la gorge, et l'examen laryngoscopique démontra que le larynx avait presque récupéré son intégrité. Quelques jours plus tard, le malade quittait l'hôpital, guéri de son accident laryngé, mais toujours albuminurique.

Abate¹ a publié une observation concernant un malade atteint de néphrite, chez lequel l'œdème du larynx et l'œdème de la gorge éclatèrent en même temps.

Fauvel a présenté en 1863, au Congrès de Rouen, l'observation d'un malade atteint d'œdème brightique du larynx et de la gorge: tuméfaction œdémateuse de la luette, qui

1. *Revue de laryngologie*, 1895, p. 940.