

conséquence de la *consomption*. A vrai dire, il semble difficile, au premier abord, de comprendre comment une phlegmasie du larynx peut, par elle seule, amener la consommation. Si l'on conçoit que l'inflammation chronique, l'ulcération, la suppuration des reins, de l'intestin, de la vessie, d'une grande masse de tissu cellulaire, puissent spolier chaque jour la masse du sang, susciter des réactions fébriles et jeter le malade dans le marasme, on ne conçoit plus qu'il en soit ainsi pour le larynx, dont les surfaces malades sont si peu étendues, la suppuration qu'elles fournissent si peu abondante, les relations sympathiques si peu importantes. Mais ici il faut considérer autre chose. Les ulcérations se sont creusées profondément et se sont étendues au larynx; l'épiglotte, les ligaments aryéno-épiglottiques participent à l'inflammation; depuis longtemps ils sont boursoufflés, pas assez cependant pour obstruer complètement le passage de l'air; ils ont acquis une irritabilité exagérée; le larynx, dont les muscles et les nerfs ont subi une modification pathologique, ne peut plus agir comme à l'état normal. Le malade respire mal; une toux incessante, provoquée par le passage de l'air sur les parties affectées qu'il irrite, l'empêche de goûter un instant de sommeil; cette toux est encore excitée par le contact des matières alimentaires et des boissons qui, en raison même de la gêne de la déglutition, s'engageant à chaque instant dans les voies aërières, font craindre la suffocation. Dans ces conditions, le malheureux malade finit par ne plus vouloir prendre de nourriture, ou ne mange que quand il est forcé par un impérieux besoin. Son alimentation est donc insuffisante, et il tombe dans un état d'émaciation qui le conduit au tombeau.

Cette *phthisie laryngée* est, je le répète, un mode de *terminaison exceptionnel* de la laryngite ulcéreuse. Le plus ordinairement la mort arrive par le fait de l'angine laryngée œdémateuse, dont la maladie du larynx a occasionné le développement.

Quelle que soit d'ailleurs la nature de la laryngite ulcéreuse, qu'elle soit simple ou syphilitique, tuberculeuse ou cancéreuse, l'angine œdémateuse peut se produire quand il n'y a encore que des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins nombreuses.

Ainsi, messieurs, il vous arrivera fréquemment de voir des individus qui, ayant une extinction de voix à la suite d'accidents vénériens, parleront de plus en plus difficilement, en même temps que leur respiration deviendra de plus en plus pénible. Puis, cette gêne de la respiration, qui ne se manifestait d'abord que lorsque les malades faisaient des efforts, lorsqu'ils avaient marché plus vite que d'habitude, ou qu'ils avaient monté un escalier, cette gêne de la respiration finit par persister, même quand celui qui en est affecté reste dans le repos le plus absolu. L'inspiration, plus gênée encore que l'expiration, est accompagnée d'un sifflement laryngé caractéristique, et les accidents vont grandissant jusqu'à ce qu'un jour surviennent de véritables accès de suffocation. En portant le doigt en arrière de la langue, on peut s'assurer de l'état de l'épiglotte et des ligaments aryéno-épiglottiques, dont on constate le gonfle-

ment, le boursoufflement œdémateux. Cet œdème de la glotte est sous la dépendance de la phlegmasie du larynx, caractérisée elle-même par la présence d'*ulcérations syphilitiques* primitives ou consécutives, soit qu'elle ait attaqué le larynx de prime abord, soit qu'elle ait débuté par le pharynx.

Même chose s'observe chez les individus atteints de *laryngite tuberculeuse*, dont les lésions les plus communes sont constituées, soit par des *érosions* n'intéressant que le choriion muqueux, soit par des *ulcérations* qui se présentent avec de grandes variétés de nombre, de forme, d'étendue et de profondeur. En général, le nombre de ces ulcérations est en raison inverse de leur étendue, bien qu'il ne soit pas rare d'en trouver une seule très-petite, siégeant, par exemple, sur le bord d'une des cordes vocales ou dans le fond d'un des ventricules. Elles peuvent envahir tout le larynx, les cordes vocales, les ligaments aryéno-épiglottiques, la membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte, ainsi que M. le docteur Belloc et moi en avons rapporté et fait dessiner un remarquable exemple (1). Quant à leurs formes, ces ulcérations sont tantôt arrondies, tantôt irrégulièrement circonscrites; leurs bords sont parfois taillés à pic, parfois aplatis; leur profondeur est également variable. Dans le plus grand nombre des cas, elles ont évidemment commencé par la membrane muqueuse; mais, d'autres fois, on trouve des abcès sous-muqueux, et ici on ne peut douter que les ulcérations ne se soient faites comme se font certaines plaies fistuleuses à la peau. Que, sous l'influence d'une cause qui nous échappe, ou que, sous l'influence d'une irritation produite par un refroidissement, il survienne une inflammation plus aiguë de la membrane muqueuse autour de ces ulcérations, le mouvement fluxionnaire pourra se propager jusqu'aux ligaments aryéno-épiglottiques, déterminer une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire qui entre dans leur composition, et les accidents de l'angine laryngée œdémateuse se produiront.

Lorsque, quelle que soit encore la nature de la phlegmasie chronique du larynx, cette phlegmasie a entraîné la *nécrose* ou la *carie des cartilages*, l'œdème de la glotte survient fatalement; il devient, pour ainsi parler, un fait nécessaire.

Ces altérations des cartilages du larynx se rencontrent dans les laryngites ulcéreuses simples, dans celles, par exemple, qui se déclarent à la suite des fièvres, je pourrais dire des maladies graves. Je vous rappelle encore, à ce propos, les faits que nous avons observés ensemble, et sur lesquels je me suis trop longuement appesanti en passant en revue les accidents consécutifs à la dothiéntérie, pour qu'il soit besoin d'y revenir. Ces altérations des cartilages se rencontrent dans la laryngite ulcéreuse syphilitique, mais elles ne sont nulle part plus communes que dans la laryngite ulcéreuse tuberculeuse.

Les ulcérations, en se creusant profondément, arrivent jusque sur les carti-

(1) Trousseau et Belloc, *Traité de la phthisie laryngée*.

lages, qu'elles dénudent; alors, suivant que l'inflammation ulcérate a marché plus ou moins rapidement, on trouve, dans le premier cas, ou bien la nécrose sans ossification préalable, ou bien la carie de ces cartilages; dans le second cas, leur nécrose avec ossification. La nécrose sans ossification s'observe dans les laryngites ulcéreuses aiguës consécutives aux fièvres graves; la carie, que je n'ai jamais vue coïncider qu'avec la laryngite tuberculeuse, s'observe presque toujours chez de très-jeunes sujets, tandis que chez des individus plus avancés en âge, lorsque la laryngite a duré longtemps, c'est la nécrose que l'on rencontre, toujours alors accompagnée de l'ossification; celle-ci a même nécessairement précédé celle-là, la lésion ulcéreuse, qui est la cause de la nécrose, ayant commencé par déterminer une inflammation du périchondre, et, par suite, un épanchement osseux dans le cartilage sous-jacent; puis, l'ulcération arrivant jusqu'au cartilage ossifié, celui-ci se nécrose d'autant plus facilement que l'ossification l'a privé d'une plus grande partie de sa vitalité. C'est parce que, chez les vieillards, cette ossification des cartilages est un fait assez ordinaire, que chez eux la laryngite chronique simple, indépendante de tout état diathésique, amène les altérations du larynx dont nous parlons, et consécutivement l'œdème de la glotte, comme cela est arrivé pour la malade du n° 25 de la salle Saint-Bernard.

La nécrose du cartilage une fois produite, vous allez comprendre, messieurs, comment l'angine laryngée œdémateuse en sera la conséquence pour ainsi dire forcée. Il en est ici comme pour les os nécrosés, dont les séquestres doivent fatalement être expulsés, comme d'ailleurs pour tous les tissus, quels qu'ils soient, pour le tissu cellulaire par exemple, dont les parties frappées de mort sont nécessairement séparées des parties vivantes; la rapidité avec laquelle se font cette séparation et cette élimination restant subordonnée à la vitalité des tissus.

Qu'arrive-t-il pour les os? L'irritation causée par le séquestre appelle une inflammation suppurative, et si la nécrose est sous-cutanée, le pus finit tard ou tôt par se faire jour au dehors. Quelquefois l'ouverture de l'abcès se cicatrise, mais celui-ci se rouvre bientôt, à moins que d'autres n'apparaissent dans le voisinage pour donner issue au pus continuellement sécrété; en définitive, il s'établit une fistule qui persiste jusqu'au moment où les dernières parties mortifiées auront été éliminées. Cependant, l'inflammation se propageant aux parties molles, celles-ci se tuméfient et deviennent le siège d'un engorgement œdémateux.

Dans la nécrose des cartilages du larynx les choses ne se passent pas différemment. Du moment que la nécrose existe, que ce soit le cartilage cricoïde qui soit malade, ce qui est le fait le plus ordinaire, que ce soit le cartilage thyroïde, ce qui est plus rare, il faut de toute nécessité que la partie nécrosée soit éliminée. Or, tout le temps que dure ce travail éliminatoire, il s'établit une suppuration; des abcès se forment sous la membrane muqueuse laryngée qu'ils décollent, et en même temps la fluxion inflammatoire s'étendant au tissu cellu-

laire circonvoisin, celui-ci devient le siège d'un empatement plus ou moins considérable.

Poursuivant notre étude comparative entre ces accidents du côté des os et du côté des cartilages du larynx, supposons maintenant qu'un individu affecté de nécrose du tibia prenne tout à coup un érysipèle de la jambe, sous l'influence d'une de ces épidémies si communes dans nos hôpitaux: cet érysipèle aura son point de départ dans la plaie fistuleuse déjà existante, et l'inflammation érysipélateuse se développant avec une grande intensité, occasionnera un engorgement qui s'étendra plus ou moins loin autour des parties primitivement malades.

Supposons de même qu'un individu atteint de laryngite ulcéreuse, avec nécrose des cartilages, prenne, sous l'influence d'un coup de froid, d'un effort de voix, ou de toute autre cause, une inflammation aiguë du larynx, cette inflammation, empruntant une énorme gravité à ce qui existait déjà, se propagera au loin, gagnera non-seulement les cordes vocales, mais encore les ligaments aryéno-épiglottiques, et le malade éprouvera tous les accidents de l'angine laryngée œdémateuse.

Je dois encore signaler une cause fréquente de l'œdème de la glotte chez les très-jeunes enfants, en Angleterre, dans l'Amérique du Nord et en Russie, où le thé est une boisson habituelle. Dans toutes les familles il y a presque constamment une bouilloire sur le feu; or, il arrive que les enfants venant boire au bec de la bouilloire ou de la théière au moment où l'eau bouillante vient d'y être versée, il en résulte des brûlures terribles de la bouche et de la gorge. Sans doute l'enfant rejette immédiatement l'eau qu'il a introduite dans sa bouche; mais le liquide a eu le temps de rester en contact avec l'épiglotte, les ligaments aryéno-épiglottiques, le voile du palais et la bouche, etc.

En général, pendant les premières heures, il semble que les accidents n'aient aucune gravité; mais bientôt surviennent des troubles du côté de la respiration et tous les phénomènes qui appartiennent à l'œdème de la glotte.

M. le docteur Jameson, chirurgien de l'un des hôpitaux de Dublin, a publié (1) un travail fort intéressant sur ce sujet. Il établit la nécessité de pratiquer la trachéotomie dès que les accès de suffocation se manifestent, et il rapporte plusieurs cas de guérison obtenue par cette méthode. La canule peut être enlevée dès que les accidents locaux de la brûlure sont dissipés.

Vous connaissez, messieurs, les *symptômes* de l'angine laryngée œdémateuse. Elle peut, quoique le fait soit rare, se déclarer subitement, comme chez notre homme de l'hôpital Necker. Le plus souvent, suivant qu'elle est sous la dépendance d'une phlegmasie aiguë ou chronique, les phénomènes qui la caractérisent ont été précédés des symptômes propres à ces maladies, que ce soit une pharyngite, un tonsillitis, une laryngite aiguë, ou bien une laryngite chronique.

(1) *Dublin quarterly Journal*, février 1848.

Dans ce dernier cas, et c'est, je le répète, le cas le plus fréquent, des *altérations de la voix* se seront produites depuis quelque temps; depuis quelque temps l'individu aura eu de l'enrouement, qui arrivera jusqu'à l'aphonie; sa *voix* rauque, sèche, puis de moins en moins sonore, aura fini par s'éteindre. Puis la maladie du larynx ayant fait des progrès, la *respiration* sera devenue plus *pénible*. La gêne est d'abord plus considérable pendant l'inspiration; celle-ci exige alors de grands efforts et est accompagnée d'un ronflement guttural souvent très-bruyant, ne se produisant primitivement que pendant le sommeil. L'expiration, qui était restée facile, devient difficile à son tour. Le mal augmentant encore, la dyspnée augmente progressivement aussi; plus forte, dans les premiers temps, la nuit que le jour, elle se prononce davantage dans la journée, et pendant la nuit elle prend une telle violence, que les malades finissent par ne plus pouvoir tenir d'autre position que la position assise. Cette *orthopnée* devient incessante, elle a de plus des exacerbations qui arrivent jusqu'à des accès de *suffocation* constituant les symptômes propres de l'angine œdémateuse.

Ces accès ont vraiment quelque chose d'effrayant. Le patient, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur, se lève précipitamment, marche dans l'appartement, s'accrochant de temps en temps aux meubles, au chambranle de la cheminée, à l'espagnolette des croisées, cherchant partout un point d'appui pour respirer plus aisément, tantôt la tête basse et le visage tourné vers la terre, tantôt, et le plus souvent, le cou tendu et la tête renversée en arrière; puis, accablé de fatigue, il s'assied pour se relever bientôt. Vous le voyez dans un état d'agitation excessive, rejetant les vêtements qui couvrent sa tête, qui entourent son cou et sa poitrine, ouvrir ses fenêtres avec une sorte de rage pour humer l'air frais du dehors, se prendre le cou avec les mains, comme pour en arracher un corps étranger qui l'étrangle.

Bien qu'on ait vu des individus mourir dans un premier accès d'angine œdémateuse, ordinairement cependant, après un temps variable, le paroxysme se calme, la suffocation cesse; la respiration reste néanmoins gênée, surtout pendant l'inspiration; la voix est éteinte; à l'agitation a succédé l'anéantissement.

Lorsqu'on cherche à se rendre compte de l'état des parties affectées, nos moyens d'investigation sont malheureusement très-insuffisants. Si, dans quelques cas, l'*inspection de l'arrière-gorge* nous est de quelque utilité, si l'existence d'une angine catarrhale ou phlegmoneuse peut nous faire conjecturer que l'œdème de la glotte est sous la dépendance de la phlegmasie pharyngée, cet élément de diagnostic nous fait trop souvent défaut, soit que l'angine qui a précédé l'affection laryngée ait complètement disparu, soit que l'affection des replis aryéno-épiglottiques dépende d'une maladie du larynx. Dans ce dernier cas, et c'est celui qui s'offrira le plus souvent à votre observation, l'*auscultation* ne nous fournit sur l'état des parties que des renseignements bien infé-

rieurs à ceux que nous procurent la manière dont se fait la respiration et l'étude attentive des modifications de la voix. Le *toucher* peut seul donner alors quelques indications; mais encore, à quelque degré de perfection que soit porté ce mode d'exploration, il se borne à nous faire reconnaître le gonflement œdémateux des ligaments aryéno-épiglottiques et de l'épiglotte. Le toucher, toutefois, doit être pratiqué avec une grande circonspection; vous vous rappelez qu'en me livrant à ce mode d'exploration, et cela avec un grand ménagement, j'ai donné à une malade un accès de suffocation qui a failli la faire périr sous vos yeux. L'existence de ces lésions a sans doute une grande valeur au point de vue du diagnostic de l'angine laryngée œdémateuse, mais elle ne nous éclaire en rien sur la nature de l'affection dont elle relève. On conçoit de quelle utilité ce serait, pour arriver à cette notion, de pouvoir inspecter le larynx par des moyens analogues aux différents spéculums. Cette idée a depuis longtemps préoccupé les praticiens, et déjà à l'époque où nous publions, M. Belloc et moi, notre *Traité de la phthisie laryngée*, en 1837, nous nous occupions de la confection d'un *speculum laryngis*. A cette époque aussi, un ingénieux mécanicien, M. Selligie, atteint lui-même de phthisie laryngée, avait exécuté pour son médecin un appareil composé de deux tubes, dont l'un servait à porter la lumière sur la glotte, et l'autre servait à rapporter à l'œil l'image de la glotte réfléchie dans un miroir placé à l'extrémité gutturale de l'instrument. Cet appareil présentait toutefois de graves imperfections, et son application était très-difficile, depuis longtemps j'avais renoncé à m'en servir. En Angleterre et en Allemagne, la question a été mise sérieusement à l'étude, et vous pourrez lire (1) le compte rendu que mon ami M. le docteur Lasègue a fait des résultats obtenus par nos confrères d'outre-Manche et d'outre-Rhin. La *laryngoscopie*, lorsqu'elle aura atteint le degré de perfection qui lui manque quant à présent, est, sans aucun doute, appelée à rendre quelques services, non-seulement pour le diagnostic des affections laryngées, mais encore pour leur traitement, et en particulier pour le traitement de l'œdème de la glotte, dont nous nous occupons spécialement, car il est hors de doute que la vue doit aider la main dans les applications topiques qui jouent ici un rôle si capital (2). Ne nous exagérons pourtant pas l'utilité pratique de la *laryngoscopie* dans le cas spécial qui nous occupe. L'application des instruments n'est pas facilement supportée, surtout quand il y a des accès de suffocation; et vous avez vu que M. Czermak, malgré la grande habitude qu'il avait de l'emploi du *laryngoscope*, n'arrivait à bien voir le larynx que chez des malades dont la gorge était fort patiente et qui n'avaient pas de gêne notable de la respiration. Quand il y a suffocation, l'introduction du laryngoscope augmente l'anxiété,

(1) *Archives générales de médecine* pour le mois de février 1860.

(2) Voy. Czermak, *Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine*. Paris, 1860.

et ce n'est qu'à la dérobee, pour ainsi dire, qu'on peut apercevoir les cordes vocales et même la partie supérieure du larynx.

Je viens à l'étude des symptômes et de la marche des accidents dans l'angine laryngée œdémateuse.

Je vous ai dit, messieurs, que l'on avait vu des malades emportés dans un premier accès, que le plus souvent, toutefois, après un temps variable, le paroxysme se calmait, la suffocation cessant, mais l'individu éprouvant toujours de la gêne de la respiration.

Je vous ai dit aussi que le début des accidents variait suivant que l'œdème du larynx dépendait d'une inflammation aiguë ou d'une phlegmasie chronique. Dans le premier cas, les accès de suffocation se produisent d'emblée, violents, irréguliers, se répétant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; dans le second, les accès surviennent à des époques assez éloignées, huit, dix, quinze jours et même davantage; puis ils se rapprochent au point qu'alors on en compte plusieurs dans le courant de la journée et de la nuit, plus violents la nuit que le jour.

Si, lorsque l'angine laryngée œdémateuse est primitive ou se lie à une phlegmasie aiguë du pharynx ou du larynx, sa marche est plus rapide, les chances d'une heureuse terminaison sont aussi plus grandes, et cela se conçoit, puisque, dans ce cas, c'est une affection passagère comme l'état pathologique duquel elle relève. Alors, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié, la résolution de cet état inflammatoire peut avoir lieu et la guérison est assurée et définitive. Je ne vous parle pas, messieurs, des cas dans lesquels cette guérison s'opère par un autre mécanisme que vous trouverez indiqué dans quelques ouvrages; à savoir, par l'ouverture d'un abcès qui se serait formé dans l'épaisseur des ligaments aryéno-épiglottiques; ces faits sont trop exceptionnels.

Lorsque l'angine laryngée œdémateuse se lie à une phlegmasie chronique du larynx, lorsqu'elle résulte d'une altération des cartilages, la marche des accidents est bien différente, et, d'après ce que je vous ai dit, vous comprendrez comment les accidents sont nécessairement sujets à répétition. Il faut, en effet, que les parties nécrosées soient fatalement éliminées; or ce travail d'élimination donne lieu à la suppuration, à la formation d'abcès qui, soulevant la membrane muqueuse, rétrécissent le calibre de la glotte, déjà d'autant plus étroite que les cordes vocales sont épaissies par le fait même de l'engorgement phlegmasique dont elles sont le siège, et cet engorgement, s'étendant jusqu'aux ligaments aryéno-épiglottiques, amène leur infiltration.

Si le pus se fait jour, soit en dedans du larynx, soit au dehors du côté de la peau, comme j'ai eu l'occasion d'en observer des exemples dans ma pratique, si le travail phlegmasique, très-limité au début, se dissipe, les accidents de suffocation diminueront plus ou moins complètement, suivant que l'ouverture de l'abcès sera plus ou moins large, le malade gardant cependant de la raucité de la voix, un certain degré d'aphonie et de gêne de la respiration qui dépen-

dent de ce que les cordes vocales et la membrane muqueuse laryngée restent toujours plus épaissies qu'elles ne le sont à l'état normal. Mais cette amélioration n'est que momentanée, la persistance des causes devant, dans un espace de temps plus ou moins court, ramener les mêmes effets. La lésion organique faisant des progrès, l'infiltration œdémateuse devient permanente, les accidents se répètent avec une intensité de plus en plus considérable; puis, à moins que l'art n'intervienne à propos, le malade est emporté dans un accès de suffocation. Souvent aussi la mort arrive dans l'intervalle de ces accès. Les individus, s'affaiblissant de plus en plus, de plus en plus abattus après chaque accès, tombent dans l'assoupissement, et s'éteignent quelquefois en conservant toute leur connaissance. La trachéotomie, dans ce cas, est assez souvent impuissante à les ranimer; ils succombent comme succombent certains asphyxiés, alors même qu'ils sont soustraits aux causes de leur asphyxie.

Quoique le plus souvent, dans la laryngite œdémateuse, le principal obstacle à la respiration ait pour siège les replis aryéno-épiglottiques, on comprend néanmoins que cet œdème inflammatoire peut aussi se développer dans le tissu cellulaire de la membrane muqueuse laryngée elle-même; ainsi dans les cas où l'on n'observe pas l'inspiration siffante aiguë qui appartient surtout à l'œdème des replis aryéno-épiglottiques, il est probable que le principal obstacle existe au niveau des cordes vocales. Alors le malade qui, le plus souvent, offre une lésion grave des cartilages du larynx et surtout du cartilage cricoïde, n'a point d'inspiration siffante, il y a boursouffure de la membrane muqueuse et œdème du tissu cellulaire sous-muqueux qui recouvre le cartilage affecté, et l'on ne constate qu'une gêne très-grande de la respiration, l'air inspiré traverse le larynx en produisant un bruit plus ou moins dur, mais non aigu, et le bruit expirateur est encore perçu: il y a là une variété de coruage sans sifflement aigu. C'est ce que vous avez pu observer chez un malade couché au n° 3 de la salle Sainte-Agnès. Depuis longtemps ce malade, âgé de soixante-trois ans, était affecté d'une laryngite chronique, l'examen au laryngoscope permettait d'établir qu'il n'y avait point d'œdème des replis aryéno-épiglottiques, mais on voyait une rougeur diffuse des parties supérieures du larynx et des cordes vocales, et très-certainement il existait au-dessous des cordes vocales une grave altération de l'organe. La cause de cette laryngite chronique nous était inconnue, aucune médication n'avait produit d'amélioration et la gêne de la respiration faisait de rapides progrès. Pendant la nuit le malade était souvent pris d'accès de suffocation, les extrémités se refroidissaient, aussi craignant que le malade ne succombât dans un semblable accès, je fis pratiquer la trachéotomie par M. Dumontpallier. Chez les vieillards, vous le savez, l'opération est difficile, la trachée est presque toujours très-profondément située. Il faut éviter avec soin de couper de grosses veines dont l'hémorrhagie viendrait compliquer l'opération; puis, lorsque la trachée est convenablement isolée, le temps le plus difficile de l'opération est assuré-