

vapeurs irritantes, l'ingestion de certains médicaments) et un croup de cause interne ou *constitutionnel*. Le premier est rare et s'observe surtout chez l'adulte ; le second, de beaucoup le plus commun, se rencontre presque exclusivement chez l'enfant ; le croup de cause interne, ou constitutionnel, est une maladie spécifique et certainement contagieuse (1) ; on peut fixer à une durée de deux à huit jours la longueur de la période d'incubation.

Dans la presque totalité des cas, la laryngite pseudo-membraneuse n'est que l'expression locale d'un état constitutionnel : la *diphthérie*, dyscrasie infectieuse au premier chef qui se manifeste par une disposition toute spéciale à faire des fausses membranes. Nous étudierons plus loin (voy. *Angine diphthérique*), les conditions qui favorisent le développement de la diphthérie, l'anatomie pathologique, les allures générales de la maladie, enfin ses principales complications ; dans ce chapitre nous nous bornerons à passer en revue les troubles particuliers que détermine la localisation de la maladie sur le larynx.

La *laryngite pseudo-membraneuse est rarement primitive* ; presque toujours elle succède à une angine diphthérique (J. Bergeron). Souvent aussi elle apparaît dans le cours d'une maladie antérieure ; telles ces diphthéries secondaires qui surviennent dans le cours des fièvres éruptives, surtout chez les enfants chétifs et appartenant à des familles pauvres.

C'est de deux à sept ans que la maladie fait plus de ravages. Une première atteinte ne confère pas toujours l'immunité (W. Ogle), mais au-dessus de vingt ans les chances de contagion deviennent très rares, 14 pour 100 d'après les relevés de Ogle.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Anatomiquement, la maladie est constituée par le développement de fausses membranes sur la muqueuse du larynx ; l'épiglotte et les cordes vocales sont recouvertes par l'exsudat, et comme celui-ci peut atteindre plusieurs millimètres d'épaisseur, on comprend sans peine avec quelle facilité l'orifice glottique peut se trouver oblitéré. Au-dessous de l'exsudat, la mu-

(1) Il n'est pas permis de conclure des inoculations négatives faites par Trousseau et Peter sur eux-mêmes, que le poison diphthérique n'est pas inoculable ; on en peut induire seulement que ces courageux expérimentateurs n'étaient pas en état d'opportunité morbide. Il existe des faits authentiques dans lesquels la diphthérie a été transmise par l'instrument tranchant (C. Weber, Thomas, Hiller, Bergeron). Les expériences d'Oertel ont confirmé, depuis, cette façon de penser.

queuse est habituellement saine ou légèrement exulcérée. Les muscles sous-jacents peuvent être infiltrés (Rokitansky).

Lorsque le malade succombe, on constate à l'autopsie les lésions de l'asphyxie, ou les traces des complications organiques (myocardite, congestion pulmonaire, état poisseux du sang), altérations qui sont plutôt le fait de la diphthérie que du croup proprement dit.

DESCRIPTION. — Les symptômes du croup peuvent se diviser en deux grandes catégories : les uns tiennent à la localisation morbide (ce sont les seuls qu'on observe dans le croup accidentel) ; les autres sont la conséquence de l'intoxication générale, ces derniers dominent quelquefois toute la scène clinique.

Première période. — L'invasion du mal affecte différentes formes. La diphthérie peut débiter par un mal de gorge, ou par de la toux, ou encore par des accès de suffocation ; en général, les choses se passent de la façon suivante : pendant deux ou trois jours, il y a de la gêne de la déglutition, parfois un peu de fièvre, la voix est légèrement nasonnée et, à l'inspection de la gorge, les amygdales, les piliers du voile du palais, paraissent rouges et parsemés de petites plaques blanches pseudo-membraneuses. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés ; puis les fausses membranes envahissent le larynx ; la toux se modifie et devient sourde, elle est mal timbrée, peu sonore, elle se voile, et bientôt éclate la dyspnée, qui ouvre une seconde période dont les caractères sont pathognomoniques.

Deuxième période. — Elle est marquée surtout par la toux et les accès de suffocation ; la dyspnée se présente tantôt sous forme d'accès, tantôt sous forme continue et progressive : dans le premier cas, l'enfant se lève brusquement, en proie à une violente angoisse, il met en jeu toutes ses puissances inspiratoires pour faire pénétrer dans sa poitrine l'air qui lui manque. L'inspiration est sifflante et convulsive ; le visage est pâle et violacé, il se couvre d'une sueur froide. L'accès dure une dizaine de minutes, puis la respiration se régularise, mais elle reste aussi sifflante et aussi gênée qu'auparavant. L'accès peut reparaitre sous l'influence de la moindre émotion ; parfois il entraîne la mort.

Dans le second cas, la dyspnée croît avec le degré du rétrécissement de la glotte, et ce n'est que progressivement qu'elle atteint son paroxysme. L'inspiration est toujours sifflante, mais l'expiration est tout aussi pénible, car le malade éprouve autant de peine à chasser l'air qu'il a dans la poitrine qu'à l'y faire pénétrer. Parfois on entend

au moment de l'expiration un bruit de drapeau dû à l'ébranlement d'une fausse membrane (Barth).

Sous l'influence de la suffocation qui résulte de l'obstruction laryngée, il peut survenir une toux convulsive qui rejette au dehors des débris de fausse membrane. La respiration devient plus facile, les accidents paraissent éprouver une rémission marquée (croup intermittent de certains auteurs); mais l'illusion dure peu : le mal est plus profond, la fausse membrane se reforme, et avec elle l'accès dyspnéique se reproduit. Ce qui caractérise cet accès, c'est la gêne respiratoire, *aussi marquée pendant l'expiration que pendant l'inspiration*, et accompagnée du phénomène connu sous le nom de *tirage*. Chaque effort inspiratoire fait le vide dans le thorax; si l'orifice glottique est suffisant, une large colonne d'air y pénètre, et la pression s'équilibre rapidement; mais s'il est notablement rétréci ou obstrué, il se fait comme un appel concentrique de toutes les parties qui limitent la cavité thoracique : celles qui sont plus mobiles sont attirées les premières; le diaphragme est en quelque sorte aspiré; ce mouvement d'élévation produit la dépression épigastrique (tirage sous-sternal); plus tard, les parties molles du cou s'affaissent en même temps (tirage sus-sternal). Le tirage s'accompagne toujours du sifflement laryngé à l'inspiration.

A chaque mouvement d'inspiration la pâleur de la face s'accroît davantage. Ce phénomène est encore sous la dépendance de l'aspiration que produit le vide thoracique, et qui détermine un plus grand afflux de sang vers le cœur. Cette seconde période (période dyspnéique) peut durer six, huit, dix ou quinze jours; dans les cas heureux, une rémission prolongée marque le début de la guérison; plus souvent la maladie passe à la troisième période (période asphyxique).

Troisième période. — Elle est moins dramatique que la précédente, et souvent le calme trompeur qui l'annonce est pris pour une rémission dans la marche du mal. Il n'en est rien : l'enfant, épuisé par la lutte qu'il vient de soutenir, n'est plus capable de réagir contre la maladie qui s'empare de lui de plus en plus; les yeux se voilent, la figure pâlit, les lèvres bleuissent, la sensibilité s'émousse; il devient indifférent et ne sort de sa torpeur que pour faire de temps à autre un violent et inutile effort de toux. La mort survient alors, soit au milieu d'une agonie lente et douloureuse, dans le collapsus qu'entraîne la parésie cardiaque, soit dans un dernier accès de suffocation (spasme glottique ou paralysie des dila-

tateurs). Dans quelques cas plus rares elle est le fait d'une thrombose pulmonaire (Winkler, Robinston Beverley, Juhel-Renoy).

On observe quelquefois dans la phase asphyxique du croup des éruptions scarlatiniformes (Sée). Signalons enfin la fréquence de l'albuminurie; les Anglais vont jusqu'à faire de cette complication le critérium du croup infectieux.

Quant aux symptômes généraux, ils n'ont rien de caractéristique; la fièvre s'allume dans la seconde période et persiste jusqu'à la phase asphyxique. La courbe thermométrique n'offre pas un type régulier.

La durée moyenne de la laryngite diphthéritique est de huit à quinze jours. Quelquefois cependant ce laps de temps est très abrégé (deux à six jours). Dans d'autres circonstances enfin, la marche de la maladie est foudroyante : c'est le *croup hypertoxique*, auquel Blache et Valleix ont succombé.

Les complications qui peuvent se rencontrer dans le cours de la diphthérite laryngée n'ont rien de spécial, nous ne faisons que les mentionner. C'est en première ligne la bronchite pseudo-membraneuse (cinquante et une fois sur soixante-quatorze cas, Peter); les productions diphthéritiques sur les différentes muqueuses : nasale (le jetage est d'un fort mauvais augure), oculaire et génitale; enfin les fausses membranes cutanées. Citons encore les pneumonies pseudo-lobaires, l'emphysème aigu du poumon (Roger), les foyers apoplectiques, les lésions cardiaques (Zenker, Labadie-Lagrave), les thromboses cardiaques (Robinston Beverley), lésions plus fréquentes dans les diphthérites secondaires; enfin les différentes paralysies et en particulier celle des crico-aryténoïdiens postérieurs.

Certaines complications sont parfois la conséquence directe de l'intervention chirurgicale; c'est ainsi qu'on voit souvent la bronchopneumonie se développer à la suite de la trachéotomie, lorsqu'on n'a pas eu le soin de protéger l'ouverture de la canule par une gaze destinée à filtrer l'air et à le rendre moins offensant pour le parenchyme du poumon. Le contact de la canule détermine dans quelques cas une inflammation chronique de la muqueuse, qui aboutit à la formation de véritables polypes de la trachée (Krishaber, Peter), qui plus rarement enfin détermine des ulcérations profondes avec perforation de gros vaisseaux et particulièrement du tronc brachio-céphalique, comme on en trouve plusieurs exemples dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

Le croup est surtout grave au-dessus de deux ans; secondaire,

il est presque toujours fatal; les diphthérites nasale et oculaire indiquent une intoxication profonde; les complications broncho-pulmonaires sont un peu moins redoutables.

La mortalité du croup livré à lui-même est très élevée : Guersant, Andral, Trousseau, donnent les chiffres de 80 à 90 pour 100.

DIAGNOSTIC. — Nous avons déjà exposé dans les chapitres précédents le diagnostic du croup avec la laryngite striduleuse et avec l'œdème de la glotte, nous n'y reviendrons pas. Du reste, le type de la dyspnée qui existe aux deux temps de la respiration, et qui est presque continue, même en dehors des accès de suffocation; la voix éteinte, la toux voilée, le début par une angine diphthéritique, appartiennent spécialement à la laryngite pseudo-membraneuse et la distinguent nettement de toutes les autres affections du larynx.

L'épidémicité et l'existence de l'angine diphthéritique mettront le plus souvent sur la voie du diagnostic. Il sera bon de se rappeler cependant que les abcès rétro-pharyngiens et les corps étrangers du larynx peuvent produire des accès de suffocation; d'où la nécessité d'explorer autant que possible le fond de la gorge avec le doigt, et de s'informer avec soin des commémoratifs.

Chez l'adulte le croup se présente sous un aspect un peu différent et qui mérite d'être indiqué sommairement. Bien étudié déjà par Louis en 1826, le croup de l'adulte a été l'objet de travaux intéressants de la part de Caneva et de Ménocal. Ce qui le caractérise, c'est la marche progressive des accidents, rendant impossible la distinction en trois périodes, si nette chez l'enfant. Il y a constamment de la trachéo-bronchite pseudo-membraneuse; aussi Guersant disait-il : « Chez l'adulte, la scène se passe dans le poumon. » Chez lui, en effet, la glotte est assez large pour permettre encore l'entrée de l'air, malgré la présence de fausses membranes.

Jamais la voix n'est croupale; on ne constate que de l'extinction qui va parfois jusqu'à l'aphonie. Ménocal rapporte un fait où la voix resta intacte jusqu'à la mort, bien que les cordes vocales fussent recouvertes par l'exsudat. Il n'y a jamais d'accès de suffocation. La mort survient par asphyxie lente; dans quelques faits exceptionnels, elle fut déterminée par l'obstruction du larynx par un débris de pseudo-membrane pharyngienne flottant librement par une extrémité et retenu par l'autre à la muqueuse buccale (Raynaud, Sanné). La mort est souvent précédée par de sinistres pressentiments (Ménocal).

Le diagnostic doit se faire surtout avec la bronchite capillaire; la présence de râles vibrants très intenses sans râles sous-crépitaux, et surtout l'existence dans les crachats de pseudo-membranes tubulées, lèvent tous les doutes.

La maladie a une plus longue durée chez l'adulte que chez l'enfant : on a noté jusqu'à vingt et vingt-six jours; elle est aussi plus grave (Raynaud). Dans le relevé de Ribes (thèse de Strasbourg), la mort est survenue trente-huit fois sur quarante-huit cas. Jules Simon, dans son article du *Nouveau Dictionnaire de médecine*, a émis une opinion un peu différente.

TRAITEMENT. — Il doit s'adresser à un double élément pathogénique : 1° à l'état général infectieux, à la diphthérite; 2° à l'obstacle mécanique qui obstrue les voies aériennes.

Contre la diphthérite on a conseillé un grand nombre de médications : les mercuriaux, les alcalins, le perchlorure de fer, le cubèbe, le carbonate d'ammoniaque, etc.; ces deux dernières substances semblent jusqu'ici avoir été un peu moins infidèles que les autres; mais c'est surtout aux toniques qu'il faudra recourir; on s'empressera de donner du quinquina, du vin de Porto, du café, etc.

Dès que la dyspnée s'accroît, il faut chercher à provoquer l'expulsion de la pseudo-membrane. A ce point de vue, la première indication est de faire vomir; on peut espérer alors voir la fausse membrane rejetée dans un effort de vomissement. Dans ce but l'ipéca sera employé de préférence; on mélangera le sirop à la poudre, ce qui augmente l'efficacité du médicament; on a aussi beaucoup conseillé l'émétique, mais il a l'inconvénient d'exagérer la dépression des forces.

Si l'asphyxie menace, on cherchera à ranimer l'enfant par des excitations portées sur la peau ou les muqueuses, en attendant que l'on soit en mesure de pratiquer la trachéotomie.

La trachéotomie sera faite suivant les règles et avec les précautions connues. On lira à ce sujet, avec autant d'intérêt que de profit, les préceptes tracés par MM. Picot et d'Espine dans l'excellent article qu'ils ont consacré à la diphthérite dans leur *Manuel des maladies de l'enfance*, 2^e édition, 1880. On se rappellera qu'il n'est jamais trop tard d'opérer et qu'une intervention même *in extremis* peut quelquefois sauver la vie du malade (Trousseau).

Les statistiques de tous les observateurs compétents sont unanimes pour constater les heureux résultats du traitement chirur-

gical; nous les reproduisons telles qu'elles sont rapportées par Picot et d'Espine.

		Guérisons.	Opérés.	Guérisons. pour 100
Roger et Sée.	Paris.	126	446	28
Archambault.	Paris.	17	53	32
West.	Londres.	7	30	23
Jacobi.	New-York.	213	23	23
Bartels.	Kiel.	17	61	27
Wilms.	Berlin.	103	330	31
Reveillod.	Genève.	38	87	45

Les résultats sont moins favorables dans le *croup de l'adulte*, fait qui s'explique facilement par la présence de la bronchite diphthéritique; aussi Guersant et Ménocal ont-ils rejeté dans ces cas l'intervention chirurgicale. Nous croyons toutefois que la trachéotomie peut être tentée lorsque l'asphyxie est imminente. Il y a en effet des cas de guérison à son actif (Maurice Raynaud).

Depuis le beau succès obtenu par Lereboullet dans un cas de diphthérite éminemment infectieuse, le traitement du croup par les injections sous-cutanées de pilocarpine (traitement de Guttman) tend à se répandre en France de plus en plus. Il serait difficile aujourd'hui d'apprécier cette méthode d'une façon définitive; mais on peut dire qu'elle a déjà fourni de bons résultats.

HOME. An Inquiry in the nature, cause and cure of the Croup. Edinburgh, 1765. — ROYER-COLLARD. Rapport sur les ouvrages envoyés au concours sur le croup. Paris, 1813. — BRETTONNEAU. Inflammations spéciales du tissu muqueux. Paris, 1826. — VAUTHIER. Arch. de médecine, t. XVII, XIX, 1848. — CANEVA. Croup de l'adulte. Th., Paris, 1852. — TROUSSEAU. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu, et Arch. de méd., 1855. — DESLANDES. Journ. des progrès des sciences méd., I, p. 152. — MILLARD. De la trachéotomie dans les cas de croup. Th., Paris, 1858. — ROGER et SÉE. Académie des sciences, 1858; Bull. Acad. de méd., 1858-1859. — BERGERON. Société méd. des hôp., 1859. — MÉNOCAL. Croup de l'adulte. Th., Paris, 1859. — PETER. Quelques recherches sur la diphthérite et le croup. Th., 1859. — AUBRUN. Perchlorure de fer dans la diphthérite. 1860. — WIEDASCH. Die gegenwartige Epidemie Astfriedsl Deutsche Klinik, 1862. — RADCLIFFE. On the recent Epidemy of Diphtheritis (Lancet, 1862). — PETER. Gaz. hebd., 1863. — BARTELS. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1866. — TRIDEAU. Traitement de l'angine couenneuse et du croup par le copahu et le cubèbe. Paris, 1866. — ARCHAMBAULT. Trachéotomie dans la période ultime du croup (Société méd. des hôp., 1867). — J. SIMON. Croup, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1868. — LORAIN et LÉPINE. Diphthérite, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1869. — SANNÉ. Étude sur le croup après la trachéotomie. Th., Paris, 1869. — BARTELS. Experimentelle Untersuch. über Diphth. (Deutsches Arch. für klinische Mediz., 1871). — LABADIE-LAGRAVE et BOUCHUR. Compl. rend. Acad. scienc., 1862. — ROBINSON-BEVERLEY. Thrombose cardiaque dans la diphthérite Th., Paris, 1872. — Discussion de la Société de méd. de Berlin. Klinische Wochenschrift, 1872. — RÉVILLIOD. Croup et trachéotomie (Société de méd. de Genève, 1875). — MEIGS and PEPPER. Diseases of Children, 5^e édition, 1874. — SANNÉ. Traité de la

diphthérite, Paris, 1877. — RAYNAUD. Croup de l'adulte; leçons cliniques de Lariboisière, 1877 (inédites). — D'ESPINE et PICOT. Manuel des maladies des enfants, 1877; 2^e édit., 1880. — SCHWENINGER et BUHL. PÉTEL. Polypes de la trachée consécutifs à la trachéotomie. Th., Paris, 1879. — ARCHAMBAULT. Article croup (Dict. Encyclopédique). — W. KORTE. Affections consécutives à la trachée dans le croup (Arch. für klin. Chirurgie, Berlin, 1879). — JUHEL-RENOY. Thrombose du cœur droit dans la diphthérite (Sociét. anat., 1879). — C. PAUL. Traitement du croup par les vapeurs d'acide fluorhydrique, (Sociét. de thérap., 12 mai 1880 et suiv.) — GUTTMAN. Berl. Klin. Wochens., 1880. — LEREBOULLET. Diphthérite maligne guérie par les injections de pilocarpine (Union méd., 1881); voy. aussi Rev. des sc. méd. d'Hayem p. 132, 137, 1880, fascic. 2, t. XIX. — MAXMON. Diphthérite de l'adulte (Arch. gén. méd., 1881).

TUMEURS DU LARYNX.

POLYPES. — CANCER.

Les *polypes du larynx* sont très communs dans notre pays; les premiers travaux importants sur ce sujet ont été publiés par Gerdy et Ehrmann. On comprend, en général, sous cette dénomination toutes les tumeurs du larynx pédiculées ou non qui ne sont ni syphilitiques, ni tuberculeuses, ni cancéreuses: myxomes, kystes, adénomes, lymphadénomes (Virchow).

Le *myxome* est la variété la plus rare; les tumeurs myxomateuses ressemblent à de petits kystes; leur siège de prédilection est la base de l'épiglotte et les ventricules de Morgagni.

Le *fibrome* siège principalement sur les cordes vocales inférieures, il est petit et s'accroît lentement; il est formé de tissu fibreux résistant, recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié, à surface lisse.

Le *papillome* a l'aspect d'un chou-fleur offrant une série de bourgeons et de granulations secondaires; il est nettement pédiculé et n'envahit pas les tissus sous-jacents; c'est au niveau de l'angle de réunion des cordes vocales, sur ces cordes ou sur la muqueuse des ventricules, qu'il se développe avec le plus de facilité.

L'*adénome* est produit par l'hypertrophie des glandules de la muqueuse, il est fréquent dans la laryngite catarrhale chronique, et il se mêle souvent aux excroissances du papillome.

Le *lymphadénome* peut s'observer comme manifestation secondaire de la diathèse lymphogène; c'est surtout au niveau des orifices glandulaires que les nodules se développent.

Les *kystes* du larynx tiennent à la dilatation ampullaire des culs-de-sac glandulaires dont le conduit excréteur a été oblitéré. On

les observe généralement au niveau des cordes vocales. Moure en a réuni récemment plus de 60 observations.

Au point de vue de leur siège, les polypes peuvent se diviser en sus-glottiques et intra-glottiques; ces derniers sont exceptionnels (9 sur 300, Fauvel); ils se cachent souvent dans les ventricules de Morgagni, et il est nécessaire de faire tousser énergiquement le malade pour les faire saillir en dehors.

La femme est moins prédisposée que l'homme à présenter des polypes du larynx; ceux-ci atteignent leur maximum de fréquence de trente à quarante ans; mais ils peuvent s'observer à tous les âges; on en rencontre même de congénitaux (10 obs., Causit). Les professions où l'on fait un usage excessif de la parole en favorisent le développement (professeurs, prédicateurs, chanteurs, etc.); de même que celles qui exposent aux brusques changements de température.

Le symptôme commun le plus ordinaire dans les altérations polypéuses du larynx, ce sont les troubles de la voix (modifications de timbre et d'intensité suivant le siège et le volume du polype). La respiration est en général peu gênée, la toux est très rare; il en est de même de la douleur et des troubles de déglutition.

L'expectoration de débris de polypes (Ehrmann) est un signe d'une grande valeur; mais c'est l'examen laryngoscopique qui seul permet de faire le diagnostic. Cet examen doit être pratiqué toutes les fois qu'un malade se présente avec des troubles invétérés de la phonation qu'on ne peut imputer ni à une cause diathésique ni à un refroidissement.

Les polypes peuvent persister longtemps dans le larynx sans causer de troubles appréciables; ceux des ventricules surtout ont une grande tendance à rester stationnaires. Les papillomes sont ceux qui prennent les plus grandes proportions et qui s'accroissent le plus rapidement. Dans quelques cas ils peuvent déterminer la suffocation et faire craindre l'asphyxie. Les polypes récidivent facilement.

Le *cancer primitif* du larynx est beaucoup moins rare qu'on ne le supposait avant l'emploi du miroir laryngoscopique. M. Fauvel en rapporte dans son traité trente-sept observations personnelles, Krishaber en relate de son côté un certain nombre de faits, dans le mémoire très important qu'il a publié sur la matière, et il en existe un grand nombre encore épars dans les recueils médicaux. Les deux variétés que l'on rencontre le plus habituellement sont le *carcinome* et l'*épithéliome*.

Le carcinome est moins fréquent que l'épithéliome, il se présente sous forme de bourgeons roses qui envahissent rapidement la muqueuse, s'ulcèrent et déterminent la mort dans un court espace de temps (Cornil et Ranvier). L'épithéliome peut débiter primitivement sur la muqueuse laryngée, mais ordinairement il a son point de départ dans la paroi antérieure de l'œsophage; les végétations revêtues d'une couche d'épithélium cylindrique perforent les cartilages et viennent faire saillie dans la cavité du larynx; elles s'ulcèrent et sont presque toujours couvertes d'un liquide opaque.

Le cancer du larynx est exceptionnel chez la femme; il débute rarement avant quarante ans, et met en général deux à trois ans à évoluer. Il se développe souvent au milieu des apparences de la santé; mais il finit par entraîner la mort en déterminant la cachexie qui lui est spéciale. Il n'a aucune tendance à se généraliser.

Le larynx peut être envahi aussi consécutivement, par voie de contiguïté, par un cancer développé dans une région voisine (langue, œsophage).

Dans les relevés de Fauvel, le cancer a débuté beaucoup plus fréquemment par le côté gauche et sur la corde vocale supérieure.

L'abus du tabac, des liqueurs fortes, semble jouer un certain rôle étiologique; l'influence de l'hérédité est mal établie.

Quelle que soit la nature de la tumeur, les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes: ce sont des troubles vocaux et respiratoires en rapport avec le siège et le volume du néoplasme; souvent on perçoit un *cornage dur*, « on dirait que l'air est inspiré à travers une anche ligneuse » (Fauvel); ce signe a une valeur sérieuse. Il existe presque toujours une *salivation marquée*, souvent aussi de la dysphagie par suite de la participation de l'épiglotte ou de l'œsophage au processus pathologique. Habituellement il existe une douleur sourde, quelquefois lancinante, nettement localisée au niveau du larynx. Quand la tumeur est ulcérée, l'haleine prend une odeur nauséabonde.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont presque constamment engorgés, quelquefois même dégénérés; dans un cas rapporté par Desnos, l'autopsie fit découvrir des noyaux secondaires jusque dans le parenchyme hépatique.

Lorsque la tumeur est très volumineuse, il peut y avoir de violents accès de suffocation, et la mort survient par asphyxie.

On évitera de confondre le cancer du larynx avec les ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses. La coloration brunaître de la mu-

queuse, les tendances végétantes du cancer, la salivation excessive, sont les signes sur lesquels on s'appuiera le plus sûrement pour établir le diagnostic.

TRAITEMENT. — Quand un polype du larynx tend à s'accroître et à produire des troubles fonctionnels marqués, il est indiqué de le détruire. On peut y arriver : 1° par arrachement, 2° par écrasement, 3° par excision, 4° par cautérisation, 5° enfin à l'aide de la galvanocaustique.

Le siège et la forme de la tumeur jouent un grand rôle dans le choix du procédé.

Le cancer du larynx n'est susceptible le plus souvent que d'un traitement palliatif. On peut employer les topiques calmants contre la douleur, la cautérisation contre l'envahissement du néoplasme. La trachéotomie pratiquée à une période déjà avancée de la maladie a, dans certains cas, prolongé de quelques mois l'existence.

L'extirpation complète du larynx depuis les premières tentatives de Heine, de Langenbeck et de Billroth, a été pratiquée déjà un bon nombre de fois. Krishaber, en 1879, en réunissait 12 observations ; dans une revue critique de Ceccherelli, en 1880, en comptait déjà 32 cas.

Parmi ses 12 observations, Krishaber n'admettait qu'un seul exemple de guérison complète, celui de Bottini. Aujourd'hui nous sommes à même d'enregistrer plusieurs succès parmi lesquels ceux de Tiersch, de Novaro et surtout de Casselli de Regio.

GERDY. Des polypes et de leur traitement, Paris, th., conc., 1833. — ANDRAL. Précis d'anat. path., t. II. — TROUSSEAU et BELLOC. Phthisie laryngée, 1837. — EHRMANN. Des polypes du larynx. Diss. in-4°, 1837. — LEWIN. Deutsche Klinik, 1862. — CAUSIT. Étude sur les polypes du larynx chez les enfants, 1867. Th., Paris. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — Ch. FAUVEL. Traité des maladies du larynx, 1876. — MANDL, BOECKEL. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article Larynx. — PETER et KRISHABER. Loc. cit. — DESNOS. Bull. Sociét. anatomique 1878. — KRISHABER. Cancer du Larynx (Annales de l'oreille et du larynx, 1879, et Gaz. heb., 1879). — CASSELLI de Reggio. Ablation totale du larynx, de la base de la langue et d'une partie de l'œsophage. Guérison (Congrès de Milan, 1880). — A. CECCHERELLI. L'estirpazione della larynge (l'Imparziale, 1881). — THIERSCH. Extirpation du larynx avec guérison (Berlin, klinis. Wochenschr., 1881). — EHRENDORFER. Enchondrome du larynx. Archiv für klin. Chirurg., 1881. — MOURE. Étude sur les kystes du larynx. Paris, 1881.

MALADIES DES BRONCHES

Nous décrirons successivement :

1° La bronchite catarrhale aiguë simple (inflammation des gros tuyaux bronchiques) ;

2° La bronchite capillaire (inflammation des bronches terminales), à laquelle se rattache très fréquemment la *broncho pneumonie* ;

3° La bronchite chronique ;

4° La dilatation des bronches ;

5° L'emphysème pulmonaire qui se relie aux affections précédentes par d'étroites affinités ;

6° Nous étudierons ensuite les affections bronchiques avec élément nerveux spasmodique, c'est-à-dire l'asthme et la coqueluche ;

7° L'adénopathie bronchique.

BRONCHITE CATARRHALE AIGUË.

L'inflammation des grosses bronches est *primitive* ou *secondaire*. Chez l'adulte, elle n'est le plus ordinairement que le résultat d'un processus morbide local provoqué par un refroidissement et surtout par l'action des températures basses et humides, ou bien encore par l'inspiration de vapeurs ou de gaz irritants ; chez les jeunes sujets, elle fait souvent partie d'un complexus morbide généralisé dont la bronchite n'est alors qu'une localisation (telle la bronchite de la grippe, de la rougeole, de la dothiéntérie ; on peut y joindre celle de la coqueluche).

D'autres fois la bronchite aiguë est sous la dépendance de certaines dispositions constitutionnelles : les goutteux, les arthritiques ont fréquemment du côté des bronches des poussées aiguës qui alternent avec d'autres manifestations diathésiques ; dans le mal de Bright, cette variété n'est pas rare, elle représente même le principal type de ces bronchites toxiques sur lesquelles Lasègue a particulièrement appelé l'attention (voy. plus loin l'article *Albuminurie*).

Anatomiquement, la bronchite catarrhale n'a rien qui la distingue des autres inflammations de même nature, et nous retrouvons sur la muqueuse bronchique les mêmes altérations que nous avons mentionnées plus haut en faisant l'étude des laryngites : congestion, rougeur, épaissement, hypersécrétion glandulaire, desquamation épithéliale dans quelques points.

DESCRIPTION. — Lorsque la maladie a atteint un certain degré d'intensité, elle s'accompagne de phénomènes généraux et de signes locaux qui peuvent se diviser en deux groupes constituant deux périodes.