

un caractère de gravité tellement exceptionnelle que le diagnostic de ce faux croup grave avec le vrai croup devient dans certains cas d'une grande difficulté. Cette issue quelquefois fatale d'une maladie considérée d'habitude comme étant d'un pronostic essentiellement bénin, malgré son caractère parfois très alarmant, en assombrit considérablement le tableau. Hâtons-nous de dire que le faux croup grave se terminant par la mort n'est pas fréquent. Mais les laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup ne sont pas rares et, par ce fait même, doivent être bien connues. Les laryngites aiguës spasmodiques à formes graves sont de deux variétés : tout d'abord, les *laryngites aiguës avec tirage persistant simulant le croup*; enfin, les *laryngites aiguës spasmodiques, rubéoliques*, qui surviennent au début, au cours, ou pendant la convalescence d'une rougeole simple ou compliquée de broncho-pneumonie; ou bien encore, quoique plus rarement, au début d'une variole.

α. — *Laryngites aiguës, avec tirage persistant, simulant le croup*<sup>1</sup>. Dans ces variétés de laryngites, les symptômes, après quelques heures, au lieu de s'amender, ne font que s'aggraver, et à l'accès de suffocation primitif succède, d'une façon constante, un tirage permanent et régulier, très violent dans quelques cas. Le début s'opère de deux façons. Parfois l'évolution initiale de l'affection est celle d'une laryngite aiguë avec phénomènes fébriles, et les troubles spasmodiques de la respiration s'établissent lentement et vont en s'aggravant. D'autres fois, ainsi que nous l'avons dit, un accès de suffocation sans prodrome marque le commencement de la maladie. Cet accès se produit à la suite et à l'occasion d'un simple coryza, d'un larmolement, d'un léger enrrouement. Dans ces conditions, les phénomènes graves atteignent d'emblée leur maximum d'intensité. La dyspnée est permanente et continue, après l'accès de suffocation initial. L'examen de la gorge est négatif. La voix est normale, ou plus ou moins enrrouée, ou éteinte; et cette aphonie n'est que très passagère. La toux est particulière; fréquente, quinteuse, rauque, aboyante avec une tonalité élevée. La respiration est pénible, accélérée. Le phénomène si caractéristique d'un obstacle laryngé, le tirage, existe presque toujours avec la même intensité que dans le croup. Le sifflement laryngo-trachéal s'entend au loin, témoignant ainsi de la difficulté de la respiration. L'irritabilité de l'enfant est portée à un haut degré et son anxiété est plus ou moins grande. L'auscultation permet de reconnaître une diminution du murmure vésiculaire en rapport avec l'obstacle laryngé. La température est à 37°,5, 38, 39 degrés et plus, surtout s'il y a complication thoracique.

La durée même de la maladie est variable. D'une façon générale, le tirage ne semble pas devoir persister plus de 48 heures. Parfois même, la gêne respiratoire ne reste vraiment inquiétante que pendant un temps moins long. Presque toujours, il se produit une aggravation des accidents après le transport des enfants à l'hôpital, ou pendant le séjour du médecin auprès du malade. C'est ce qui explique le rôle important joué par l'élément nerveux

(<sup>1</sup>) TORCHARD. Les laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup. *Thèse doct.*, Paris, 1895.

dans ces accidents, chez les sujets impressionnables. La dyspnée s'exagère toujours après le départ des parents. En somme, malgré cette allure bruyante et les phénomènes si inquiétants auxquels on assiste, la guérison de ces faux croups graves est la règle. Et il n'est pas très fréquent d'avoir recours à l'intervention chirurgicale, si l'on a la patience de *savoir attendre*. Ce sont là des cas, en effet, où il faut toujours reculer l'opération jusqu'aux dernières limites permises par la prudence.

Bien qu'à l'accès de suffocation du début ait succédé un tirage permanent et régulier, bien que les phénomènes asphyxiques soient portés à un tel point que l'intervention paraisse nécessaire, lorsqu'on trouve dans la marche de la maladie des signes suffisamment précis pour permettre de supposer qu'il ne s'agit pas d'un croup, il faut temporiser autant que possible. Toutefois, il faut savoir aussi que si la dyspnée n'est pas toujours menaçante, elle l'est parfois assez pour nécessiter une intervention chirurgicale. Trousseau<sup>1</sup> rapporte le cas d'un enfant chez lequel le tirage était tellement violent que l'on fut obligé de pratiquer l'opération, bien qu'il s'agit d'un faux croup. L'enfant mourut dix jours après, il est vrai, de broncho-pneumonie. Nous reviendrons plus tard sur ce fait, où la coexistence d'une broncho-pneumonie semble avoir contribué pour une part à la production des phénomènes spasmodiques. Cadet de Gassicourt, parlant précisément des formes graves de laryngite striduleuse avec tirage permanent dans l'intervalle des accès, rapporte à la Société médico-pratique (séance du 22 mars 1886)<sup>2</sup> l'observation d'une petite fille de sept ans à laquelle de Saint-Germain et lui-même durent pratiquer la trachéotomie. A cette même séance, M. Huchard relate un fait analogue observé en 1875 chez une petite fille de cinq ans. Il y avait eu d'abord des accès de suffocation violents, puis d'intensité décroissante pendant un jour. La gorge était simplement rouge. Le lendemain, l'état asphyxique rappelait tout à fait la période terminale du croup; la respiration s'entendait à peine, l'enfant était cyanosée. On se tint prêt à intervenir et de fait, au milieu du jour, l'état devint si grave que l'opération fut jugée indispensable. L'enfant a guéri rapidement; de plus, elle a eu de fréquentes attaques analogues, qui ont confirmé le diagnostic. Ces faits et d'autres encore prouvent bien que, dans certains cas, on peut être forcé d'avoir recours à une intervention chirurgicale. Il est nécessaire de connaître cette marche parfois redoutable, car si l'on ne sait pas intervenir à temps, la mort peut être la conséquence de cette abstention.

Tout le monde connaît le fait rapporté par Trousseau<sup>3</sup> dans ses *Cliniques*

(<sup>1</sup>) TROUSSEAU. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. 1, p. 653.

(<sup>2</sup>) CADET DE GASSICOURT. *Union médicale*, 17 avril 1886, p. 654.

(<sup>3</sup>) TROUSSEAU. *Clin. méd. Hôtel-Dieu*, t. 1, p. 640 et 641. « Un jeune garçon de 15 ans, bien portant la veille, avait été pris tout à coup le lendemain matin, à son réveil, d'un accès d'oppression épouvantable. Il se leva rapidement et courut chez le préfet des études; sa respiration était gênée au plus haut point; il avait une toux rauque, croupale; sa voix était enrrouée, éteinte, et la respiration produisait un sifflement des plus bruyants. Le médecin du collège, mandé aussitôt, fut justement effrayé de l'état du malade et me dépêcha sur-le-champ un des maîtres. Je partis aussitôt, quatre heures après j'arrivais auprès du pauvre enfant; il venait d'expirer. A l'autopsie, nous ne constatâmes qu'un gonflement notable des cordes vocales avec rougeur de la membrane muqueuse laryngienne, qu'un peu de tuméfaction des



médicales de l'Hôtel-Dieu : Un élève du collège de Juilly était emporté en quelques heures, après des accès d'oppression épouvantables, sans qu'il fut matériellement possible d'intervenir. L'examen du larynx et de la trachée montra bien qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un faux croup. Rilliet et Barthez<sup>1</sup>, Baudelocque<sup>2</sup>, Hérard<sup>3</sup>, Rogery<sup>4</sup>, Constant<sup>5</sup> décrivaient aussi cette forme éminemment grave, où des cas de mort peuvent se produire, parce que l'intervention chirurgicale n'a pas eu lieu à temps. Ces auteurs mentionnent des faits analogues à celui de Trousseau. Dans la mauvaise saison, à l'époque où sévissent les épidémies de grippe, il paraît plus commun de rencontrer certaines de ces formes de faux croup particulièrement grave.

Nous avons observé au pavillon Bretonneau, à l'hôpital Trousseau, une épidémie de faux croups graves (décembre 1896). Sur une douzaine d'enfants atteints, trois avaient déjà succombé après avoir été tubés. Un autre, qui rejetait le tube avec persistance, a dû être trachéotomisé, et huit jours après le début de la maladie, le spasme glottique persistait encore; il était impossible de retirer la canule. Il est digne de remarque que les autres enfants, qui ont guéri, ont dû conserver le tube pendant sept à huit jours; c'est-à-dire plus longtemps que les enfants atteints de croup diphtérique traité par le sérum antidiphtérique. Chez tous ces enfants atteints de faux croup, l'ensemencement du mucus pharyngien a donné sur le sérum coagulé des cultures de bacilles courts (bacilles courts de Loeffler). Cependant aucun d'eux n'a présenté le moindre vestige de membranes diphtériques. On aurait pu penser, dans ces circonstances, à des croups d'emblée; mais jamais les enfants n'ont rejeté de débris membraneux au moment du tubage et les autopsies des trois petits malades morts 48 heures après l'entrée à l'hôpital n'ont montré aucune membrane, ni dans le larynx, ni dans les voies aériennes. *La signification du bacille court dans le pharynx, qui est absolument douteuse pour le cas d'angine, ne l'est pas moins dans les laryngites suffocantes.*

3. — *Laryngites rubéoliques avec tirage permanent.* — « Il est commun de voir, écrivait Trousseau<sup>6</sup>, pendant la période d'invasion de la rougeole, au moment où les membranes muqueuses nasales, oculaires et bronchiques se prennent, le larynx s'affecter de la même façon et fréquemment aussi de voir les enfants dans les deux ou trois premiers jours du début de cette pyrexie exanthématique, alors que l'éruption ne s'est pas encore faite à la peau, éprouver tous les accidents de la laryngite striduleuse. » Il ne s'agit pas là seulement de la laryngite catarrhale simple rubéolique, qui se produit, d'une façon presque régulière dès le début de la maladie, et se manifeste par

replis aryéno-épiglottiques. Sur l'une des cordes vocales il y avait une légère sécrétion membraneuse, n'ayant aucun des caractères de la fausse membrane diphtérique et qui était le résultat d'une phlegmasie portée au plus haut degré. »

(1) RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies de l'enfance*, t. I, p. 547.

(2) BAUDELOCQUE. *Gaz. méd. de Paris*, 1854, p. 514.

(3) HÉRARD. *Thèse de doct.*, Paris, 1847.

(4) ROGERY. Croup aigu terminé par la mort avant la formation de la fausse membrane. In *Journal génér. de méd. chir. et pharm.*, 1810, p. 136.

(5) CONSTANT. *Gaz. méd. de Paris*, 1874, p. 504.

(6) TROUSSEAU. *Clin. méd. Hôtel-Dieu*, t. I, p. 688.

une toux rauque, quinteuse, à timbre bien spécial, avec dysphonie plus ou moins prononcée. Trousseau insiste particulièrement sur l'apparition, au début ou au cours de la rougeole, d'une dyspnée laryngienne menaçante, avec suffocation et asphyxie tellement prononcée dans certaines circonstances, que l'on ne tarde pas à songer à une intervention chirurgicale, tant la similitude des accidents avec ceux du croup d'emblée est grande. A l'hôpital, en pareil cas, on s'empresse et quelquefois à tort de diriger immédiatement l'enfant sur le pavillon d'isolement, où on l'expose à la contagion. En ville, dans la clientèle particulière, par crainte d'une diphtérie secondaire, on ne sait dissimuler à l'entourage du malade son appréhension, tant les accidents de ce genre sont étroitement liés avec une complication diphtérique de la rougeole. Le tableau clinique de ces laryngites rubéoliques spasmodiques est très peu différent de celui des laryngites aiguës spasmodiques avec tirage continu, dont nous venons de parler. Il a été décrit par différents auteurs et l'on trouve sur ces faits des documents dans les travaux de Champaignac<sup>1</sup>, Deehaut<sup>2</sup>, Blanckaert<sup>3</sup>, Coyne<sup>4</sup>, Barbier<sup>5</sup>, J. Touchard<sup>6</sup>.

La laryngite spasmodique, qui survient au cours de la rougeole, peut précéder l'éruption, se produire au moment même de l'éruption, ou, enfin, apparaître très inopinément au moment de la convalescence. Cette division est celle qui se trouve exposée dans le travail de M. Touchard, étude inspirée par M. Sevestre, alors chef du service de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

I. LARYNGITES RUBÉOLIQUES PRÉCÉDANT L'ÉRUPTION. — Lorsqu'elles précèdent la rougeole, les crises de faux croup se développent indifféremment le jour ou la nuit; les accès sont plus rapprochés et toujours caractérisés par une oppression formidable accompagnée de toux rauque et d'inspiration sifflante. Il n'y a pas de rémission et le tirage persiste après les accès. La température est élevée, l'agitation excessive. S'il existe, en même temps que ces accidents, du coryza, du larmolement, du catarrhe oculaire et nasal, ces prodromes ordinaires de la rougeole permettent quelquefois de prévoir l'apparition prochaine d'une éruption morbilleuse. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Et de toute façon, pendant les 48 heures que dure le tirage et que se succèdent, en se répétant à de plus ou moins courts intervalles, les accès de suffocation, quelquefois si violents qu'on se demande à tout instant si l'on ne devra pas opérer, le diagnostic reste totalement en suspens. On se demande s'il s'agit d'un vrai ou d'un faux croup. Et ce n'est le plus souvent qu'après un jour ou deux, alors que les accidents laryngiens ont été en s'atténuant, alors que le spasme phréno-glottique a complètement disparu, qu'apparaît un matin une éruption de rougeole plus ou moins confluyente. A cet instant seulement, l'éruption permet, bien tardivement peut-être, mais

(1) CHAMPAIGNAC. *Thèse doct.*, Paris, 1812.

(2) DEHAUT. De la rougeole irrégulière et compliquée. *Thèse doct.*, Paris, 1812.

(3) BLANCKAERT. Complications de la rougeole. *Thèse doct.*, Paris, 1868.

(4) COYNE. Accidents laryngés de la rougeole: in *Gazette médicale de Paris*, 1874, n° 55 et 56, et *Thèse doct.*, Paris, 1874.

(5) BARBIER. Détermination tardive de la rougeole sur le larynx, in *Revue des mal. de l'enf.*, 1886.

(6) J. TOUCHARD. *Loco citato*, p. 882.



un peu plus sûrement, d'exclure toute idée de diphtérie des accidents laryngés spasmodiques qui, peu de temps auparavant, alarmaient si profondément le médecin resté dans le doute et l'entourage du jeune malade. L'observateur s'était trouvé, dans ce cas, en présence d'un faux croup grave pré-rubéolique.

II. LARYNGITES RUBÉOLIQUES SURVENANT AU MOMENT DE L'ÉRUPTION. — Beaucoup plus fréquemment la laryngite spasmodique rubéolique survient au moment de l'éruption et avec l'apparition de l'exanthème rubéolique sur la muqueuse. Dans ces conditions, anatomiquement, la laryngite rubéolique est catarrhale, ulcéreuse ou pseudo-membraneuse. Et à ces différentes formes anatomiques correspondent des phénomènes cliniques d'un caractère très variable. Toutefois, dans chaque variété, les troubles de la respiration peuvent acquérir une gravité remarquable. Au cas d'une laryngite spasmodique catarrhale ou ulcéreuse survenant au cours d'une rougeole en pleine éruption, la dyspnée et l'asphyxie peuvent être aussi intenses que dans le croup. En pareille circonstance, c'est seulement dans l'évolution de la maladie que l'on trouvera des signes un peu précis, qui permettront d'établir le diagnostic. Les caractères de la toux, qui est habituellement sonore, sèche, contrastent assez nettement avec la toux rauque des enfants atteints de croup.

La température est toujours assez élevée, surtout s'il existe, ainsi que cela se produit fréquemment, une trachéo-bronchite catarrhale plus ou moins intense. On se souviendra que la température élevée est peu commune d'ordinaire dans la diphtérie, à moins que celle-ci ne s'accompagne de complications inflammatoires graves des voies respiratoires. Enfin, en dernier lieu, l'examen bactériologique lèverait bientôt tous les doutes, à moins cependant qu'on ne constate dans les cultures que la présence du *bacille court* dont la spécificité paraît être douteuse. S'il existe, en même temps, une angine exsudative, la situation sera mieux éclairée. Toutefois, cette angine peut faire absolument défaut et, dans cette dernière condition, l'hypothèse d'un croup d'emblée secondaire et compliquant la rougeole est la seule qui puisse se présenter à l'esprit de l'observateur. Chez les grands enfants, et toutes les fois du reste où cela est possible, l'examen laryngoscopique ou l'autoscopie directe des voies aériennes par le procédé de Kirstein, que nous décrivons plus loin à propos des laryngites aiguës exsudatives, peuvent être d'une très grande utilité et rendre d'importants services. Enfin, il faut se rappeler que la laryngite pseudo-membraneuse diphtérique secondaire à la rougeole, précédée ou non d'angine exsudative, apparaît pendant l'éruption ou à son déclin, du 4<sup>e</sup> au 15<sup>e</sup> jour (Rilliet et Barthez), du 5<sup>e</sup> au 6<sup>e</sup> jour (West). Si elle survient plus tard, ce n'est qu'à titre de complication tardive; et, outre la laryngite, il peut se produire de la trachéo-bronchite membraneuse (Baudin, Ruault), un croup membraneux secondaire à la rougeole. Ces faits n'appartiennent pas à notre étude. Lorsque la laryngite rubéolique spasmodique existe en même temps que des complications thoraciques, le spasme glottique prend un caractère particulier. Nous croyons devoir insister spécialement plus loin sur ce sujet. On trouvera, à l'occasion du diagnostic différentiel des laryngites aiguës, une étude du

spasme glottique réflexe d'origine pulmonaire dans les laryngites aiguës.

III. LARYNGITES RUBÉOLIQUES SURVENANT AU MOMENT DE LA CONVALESCENCE. — Des observations réunies dans le travail de Roumieux<sup>1</sup>, il résulte que, dans le cas où la laryngite rubéolique survient tardivement au cours de la convalescence de la rougeole, la toux, d'abord rauque et bruyante, devient sourde et étouffée. La déglutition des liquides la provoque habituellement, quand les ulcérations laryngiennes siègent en arrière, au niveau des aryténoïdes. La voix est rapidement éteinte, il n'y a pas d'accès de suffocation. La dyspnée est bien marquée, mais moins que dans les laryngites diphtériques. Souvent même, elle est plus accentuée au début qu'à la fin de la maladie, à part les cas fort nombreux où il se produit, vers le 8<sup>e</sup> ou le 10<sup>e</sup> jour, des complications pulmonaires, à l'occasion desquelles les troubles respiratoires reprennent plus d'intensité. Ces troubles, du reste, annoncent parfois l'existence d'une broncho-pneumonie pouvant entraîner une issue fatale. Le pronostic, en pareil cas, serait très grave, puisque, sur 15 cas relevés par Coyné, 2 guérisons seulement auraient été observées. Les ulcérations laryngiennes, ici comme au cours des précédentes laryngites spasmodiques, ne sont pas toujours les seules lésions qui caractérisent anatomiquement cette laryngite de la convalescence de la rougeole. Dans quelques cas, il existe en outre un épaissement ou une hypertrophie des cordes vocales. Touchard décrit la laryngite *a frigore* légère de la convalescence, qui ne procède que de lésions catarrhales infiniment bénignes, lésions dues au refroidissement. Avec la bénignité des lésions, l'évolution de cette laryngite *a frigore* infiniment légère, mais parfois tenace, est des plus simples.

4<sup>e</sup> Laryngite aiguë exsudative non diphtérique. — La laryngite aiguë exsudative ou membraneuse de l'enfant est très rare en dehors de la diphtérie. On l'observe environ dans les proportions extrêmement réduites de 1 à 2 pour 100. Et cette proportion est, comme on le voit, à peu près la même que celle des angines non diphtériques par rapport aux angines vraiment diphtériques. Voici, en général, la façon dont évoluent les accidents, et ici, plus encore que dans la description précédente des laryngites spasmodiques, le tableau de la maladie présente avec le croup diphtérique une similitude parfaite. Si ce n'était l'analyse bactériologique des exsudats et membranes, qui seule permet de distinguer ces affections couenneuses des voies respiratoires les unes des autres, il n'y aurait pas lieu de différencier au point de vue clinique un croup membraneux non diphtérique d'un vrai croup diphtérique. Tous deux sont en tous points comparables l'un à l'autre au point de vue clinique. Notre description, du reste, sera courte : chez un enfant malade depuis quelques jours et présentant d'une façon assez mal déterminée un ensemble de symptômes, tels que les suivants : mal de gorge, toux, inappétence, fièvre, la toux initiale devient après ces quelques jours croupale, rauque et éteinte. Un tirage rapidement intense apparaît. La cyanose se manifeste fortement. La toux devient très rauque. La voix reste quelquefois mais assez rarement claire. Le tirage et le cornage s'accroissent.

(<sup>1</sup>) ROUMIEUX. Complications de l'appareil respiratoire dans la rougeole. Thèse doct., Paris, 1875.



Tous les degrés d'intensité et de rapidité d'évolution des signes physiques peuvent être du reste observés suivant chaque malade. Il devient enfin nécessaire d'intervenir par une dilatation de la glotte avec un tube. Le soulagement est immédiat. Dans certains cas, du muco-pus, accompagné ou non de débris de fausses membranes, est rendu par le tube. A l'examen de la gorge, on note une légère hypertrophie amygdalienne avec tuméfaction, un peu de rougeur du pharynx, un petit îlot pseudo-membraneux blanc, bien circonscrit sur chaque amygdale et assez souvent un autre îlot sur le voile du palais ou sur le fond du pharynx. Il n'y a pas ordinairement de jetage nasal. L'adéno-pathie sous-maxillaire est très légère. La fièvre est très modérée, 38° ou 38°,5. Si l'on ausculte, on entend parfois des râles ronflants et muqueux, disséminés sans zone de matité, sans foyer de broncho-pneumonie. Et il n'existe rien de spécial dans les autres organes. Ces troubles sont survenus d'une façon mal déterminée : refroidissement, contagion. L'exsudat amygdalien, à l'examen bactériologique, donne des cultures de streptocoques et staphylocoques associés, ou même parfois des cultures pures de staphylocoques. Dans ces cas, en effet, il ne s'agit pas de laryngites exsudatives et membraneuses à bacilles de Loeffler. Et ces laryngites ne présentent en réalité comme caractère *diphthérique* au sens étymologique du mot (διφθέρεια, membrane), que le processus anatomique exsudatif et membraneux, puisque le processus bactérien peut être formulé à l'analyse bactériologique par des cultures pures de streptocoques ou associés aux staphylocoques à l'exclusion du bacille de Loeffler. En outre, le pronostic sérieux dans cette affection ne paraît changer en rien, que l'exsudat laryngien porte le staphylocoque pur ou associé au streptocoque. Car il n'est pas démontré que les associations strepto-staphylococciques assombrissent le pronostic d'une laryngite exsudative. A propos des formes exsudatives aiguës, nous voudrions insister sur deux méthodes d'exploration clinique, qui, au cours des laryngites aiguës de l'enfant, semblent devoir rendre en quelques cas d'éminents services. Nous voulons parler d'une part de l'inspection directe de l'épiglotte et aussi des toutes nouvelles méthodes d'autoscopie directe des voies aériennes, décrites récemment par Alf. Kirstein de Berlin.

α. *Inspection directe de l'épiglotte.* — Il nous semble utile de bien mettre en lumière le parti que le médecin peut tirer de l'inspection directe de l'épiglotte dans les cas plus ou moins embarrassants où le processus membraneux tend à gagner le larynx. Nos meilleurs cliniciens français, Rilliet et Barthez, Archambault, Bouchut, etc., ne paraissent pas s'être attachés à l'exploration de l'épiglotte, lors de l'examen du pharynx. Guersant cependant, dans le Dictionnaire en trente volumes, signale ce mode d'exploration, mais sans y insister davantage. Cette exploration peut fournir cependant des indications et des signes d'une haute valeur. Il est bien rare, ainsi que tout le monde l'a reconnu, que l'examen laryngoscopique soit possible chez les enfants diphthériques. Quelques petits malades, très dociles, ayant dépassé cinq à six ans, en dehors d'accidents de suffocation, se prêtent seuls à l'application du miroir. De telle sorte que l'examen laryngoscopique,

ainsi que nous l'avons dit déjà, ne peut pas être considéré comme un procédé clinique d'investigation. Par contre, il n'en est pas de même de l'inspection directe de l'épiglotte extrêmement aisée chez les enfants de tout âge. La manœuvre nécessaire pour découvrir l'épiglotte est des plus simples. Lorsque l'enfant a la bouche grande ouverte, on porte l'abaisse-langue un peu en arrière sur la langue. On exerce une pression sur cet organe, en faisant basculer légèrement le manche de l'abaisse-langue coudé en haut. Cette pression provoque presque toujours un mouvement réflexe des muscles du pharynx, qui soulève le larynx et fait apparaître ainsi la pointe de l'épiglotte et ses bords. Chez certains enfants, une pression douce sur la base de la langue découvre l'épiglotte; chez d'autres, qui ont le larynx placé peut-être plus bas, la pression doit être exercée plus fortement sur la base de la langue pour déterminer la contraction réflexe des constricteurs du pharynx et le soulèvement en masse du larynx et par suite de l'épiglotte. Avec un peu d'habitude, il est rare qu'on ne réussisse pas, grâce à ce tour de main, à bien voir l'épiglotte chez les enfants. Comme l'inspection directe de l'épiglotte doit être faite très vite, puisqu'il faut profiter du mouvement rapide d'ascension du larynx, il est bon de ne porter d'abord l'attention que de ce côté; puis on embrasse ensuite, d'un autre coup d'œil, les amygdales, le pharynx et le voile du palais. Bien souvent, au cours des laryngites aiguës, l'épiglotte a simplement l'apparence d'un cône rouge; les bords et l'extrémité semblent épaissis. Mais, d'autres fois, il est possible de voir très distinctement, à l'extrémité de l'épiglotte et sur ses bords, une bordure blanche correspondant manifestement à un exsudat. Sur le cadavre, le liséré membraneux épiglottique, visible pendant la vie, apparaît comme une expansion de l'exsudat tapissant la face postérieure de l'épiglotte et se repliant sur le bord libre. Il arrive que cette bordure, dépassant la marge de l'extrémité de l'épiglotte, empiète un peu sur la face antérieure. On peut désigner sous le nom de *signe de l'épiglotte* la localisation marginale des exsudats dans cette région. Il serait superflu d'insister sur la valeur séméiologique des membranes épiglottiques notées par l'inspection directe. Le fait que des exsudats occupent l'extrémité ou les bords de l'épiglotte permet d'affirmer l'extension de la membrane au vestibule du larynx et doit faire craindre l'envahissement de la muqueuse laryngée et des cordes vocales, si ces parties ne sont pas encore touchées par le processus membraneux. Et l'on comprend que la signification clinique des membranes épiglottiques, qui n'a qu'une importance accessoire lorsque les phénomènes sont parfaitement caractérisés, prend un intérêt capital dans les cas difficiles. L'inspection de l'épiglotte permet donc de découvrir des exsudats membraneux, qu'ils soient ou non de nature diphthérique.

β. *Autoscopie directe des voies aériennes par le procédé de Kirstein.* — Si, au lieu de s'en tenir à la simple inspection de l'épiglotte par le procédé que nous venons de décrire, on veut pousser plus loin l'exploration directe de la cavité laryngienne, il existe un autre procédé, celui de l'autoscopie directe des voies aériennes, imaginé par Kirstein<sup>1</sup> (de Berlin). La difficulté

(<sup>1</sup>) KIRSTEIN. *Loco citato*, p. 814.



essentielle de l'examen de la gorge provient de la langue, à côté de laquelle son appendice, l'épiglotte, joue un rôle subalterne. Si la langue et l'épiglotte étaient absentes, on pourrait *voir et toucher par la bouche directement la muqueuse aérienne jusque dans les grosses bronches*. Ainsi, pour examiner les portions profondes de la gorge, il faut en écarter, en tourner cet obstacle opposé par la langue. Et il est étonnant que la technique de la spatule linguale, beaucoup plus ancienne que celle du miroir, ait été appliquée jusqu'à présent d'une façon si imparfaite qu'elle ne pouvait servir que pour l'inspection de l'entrée du conduit respiratoire et digestif, c'est-à-dire pour la *pharyngoscopie*. Le procédé de Kirstein, appelé l'autoscopie directe des voies aériennes, consiste seulement à savoir que la pression de la spatule peut écarter la langue du rayon visuel bien plus à fond qu'on ne s'en était jamais douté. De sorte qu'on peut voir très souvent, à l'aide de la spatule, une portion plus ou moins étendue de l'intérieur du larynx et de la trachée. Dans les cas favorables, la spatule est à même d'aplanir parfaitement cette difficulté essentielle de l'examen provenant de la langue. Comme l'autoscopie n'est autre chose qu'une réforme ou un perfectionnement de notre vieille technique de la spatule linguale, il n'est pas besoin d'instruments compliqués. Il faut faire l'autoscopie avec la spatule simple qu'emploie Kirstein. Cette spatule linguale est beaucoup plus longue et étroite que toutes les spatules linguales employées d'ordinaire. Elle est fixée à angle droit sur un manche et son extrémité, légèrement échancrée sur le milieu, un peu épaisse et bien mousse, est légèrement recourbée; en bas et en avant, sur une étendue d'environ deux centimètres. Mettons cette spatule linguale entre les mains d'un profane (non médecin) intelligent et adroit, demandons-lui de plonger son regard dans la gorge d'un malade aussi profondément que possible. Nous croyons personnellement, pour l'avoir observé, qu'il pratiquera d'instinct l'autoscopie. Il se mettra debout devant le malade assis et lui fera relever un peu la tête, afin de pouvoir regarder de haut en bas, à travers l'ouverture buccale. Rien ne l'empêchera d'écarter la langue et, dirigeant l'instrument en correspondance avec le regard projeté, il imprimera dans la langue une véritable gouttière, descendant vers l'os hyoïde. Si la spatule arrivait trop près de la supérieure, il maintiendra l'inspection en s'aidant de l'autre main qui pourra écarter l'obstacle. L'épiglotte ne le gênera guère, car la pression sur la base de la langue la fait remonter automatiquement dans la plupart des cas. Si le médecin agit par ce procédé assez facile à comprendre, et en évitant soigneusement autant qu'il est possible la production des mouvements réflexes, il voit une partie des voies aériennes sur une étendue variable, suivant la longueur relative et la direction de la gouttière linguale.

Bien entendu, l'observateur doit s'éclairer d'une façon spéciale; et, s'il suffit de la lumière directe pour l'examen du pharynx buccal et pour l'exploration de l'épiglotte avec l'abaisse-langue ordinaire, le médecin doit ici employer, pour éclairer les parties profondes et sombres où il porte le regard, un miroir frontal, réfléchissant la lumière qui ne saurait atteindre directement l'endroit voulu. Dans une salle de malades, à l'hôpital, on pourra

mettre à profit la lumière solaire, lorsque cela est possible. On emploiera encore la lampe ordinaire; ou mieux, enfin, l'observateur pourra s'éclairer avec un miroir de Clar, ou une lampe frontale électrique quelconque fournissant une lumière directe. L'autoscopie directe réussit moins aisément chez l'enfant que chez l'adulte, souvent à cause du manque de docilité.

Les différences extraordinaires de réussite de l'autoscopie ne tirent pas leur origine seulement des proportions très variables de la tête et du cou, de certaines conditions spéciales s'opposant à la fixation de la langue, mais encore des tendances psychiques de cet organe, si l'on peut ainsi parler.

Il n'existe peut-être aucun organe qui réponde à des attaques mécaniques par des réactions aussi individualisées et capricieuses que la langue. Certaines langues flegmatiques se laissent tout faire; il en est d'autres agitées, nerveuses, révoltées, prêtes à rejeter l'instrument violemment au dehors ou sur le côté. En somme, nous voulons faire remarquer qu'il est quelquefois difficile de savoir manier la langue pour l'autoscopie, et que cet art demande de l'adresse, de l'expérience, de l'attention, de la patience et même parfois une légère diplomatie, surtout vis-à-vis des jeunes enfants.

Bien entendu, chez quelques enfants très nerveux, l'examen autoscopique sera plus difficile, parfois même parfaitement impraticable. Toutefois, nous insistons sur ce fait que, s'il était indispensable de pratiquer l'autoscopie directe chez un jeune malade résistant, il faudrait le chloroformer, et Kirstein prétend que, dans ces conditions, l'on parvient presque chaque fois à faire l'examen autoscopique du larynx et de la trachée dans toute leur étendue. Si l'angle glottique antérieur ne se montre pas immédiatement, on le rend visible en faisant presser doucement du dehors sur le cartilage thyroïde. Ces cas, du reste, sont exceptionnels. Pour nous résumer, nous dirons que *la technique autoscopique est l'art d'imprimer sur la langue avec la spatule, sans provocation de mouvements réflexes ni de souffrance, une gouttière s'étendant aussi loin que possible en arrière et en bas et dont la direction se rapproche autant que possible de celle de la trachée.*

Voici donc les quatre aspects cliniques sous lesquels peuvent se présenter les laryngites aiguës de l'enfant, observées à différents degrés: *Laryngites aiguës, catarrhales simples; laryngites franchement spasmodiques et d'un caractère bénin; les faux croupes graves; enfin, les laryngites exsudatives ou membraneuses, ou croupes membraneux non diphtériques.*

Dans la description générale de ces quatre grandes formes cliniques, on remarque, d'une part, combien la localisation exclusive au larynx des phénomènes morbides est rare. La laryngite primitive essentielle non accompagnée de phénomènes inflammatoires des organes voisins est extrêmement peu fréquente chez l'enfant. Presque toujours, il existe, en effet, soit une