

affection voisine, soit une maladie générale, dans le tableau de laquelle la laryngite joue un rôle parfois très secondaire, parfois plus important. D'autre part, on remarque surtout dans ces quatre types cliniques, ainsi que nous le disions en commençant, qu'il est bien rare de voir une simple laryngite catarrhale ne se manifester exclusivement que par des troubles phonateurs. Le spasme intervient fréquemment, et une division absolue, entre les laryngites simples et les laryngites dites spasmodiques, est, à part quelques exceptions, assez difficile à établir. De même une laryngite aiguë spasmodique peut exister aussi bien avec exsudat laryngien que sans cet exsudat. Il y a, à côté du croup franchement diphtérique, une laryngite spasmodique non membraneuse, et les formes de laryngites membraneuses non diphtériques, bien que rares, établissent une transition insensible avec les croups diphtériques membraneux. C'est pourquoi, pour mieux tenir en garde l'observateur contre les éventualités de la clinique, après la description d'ensemble que nous venons de donner de ces quatre formes de laryngites aiguës, croyons-nous utile d'insister plus généralement, et en nous restreignant moins à ces formes cliniques sur les troubles de la phonation et de la respiration dans les laryngites aiguës de l'enfant, en d'autres termes sur la valeur séméiologique de la toux, de la voix et de la respiration (tirage) dans le laryngisme de l'enfant au cours des laryngites aiguës :

F) **Séméiotique de la toux, de la voix, de la respiration (tirage) dans le laryngisme de l'enfant au cours des laryngites aiguës.** — Les troubles de la phonation et de la respiration dans les laryngites aiguës de l'enfant sont très variables, et cette grande variabilité même crée ces nombreuses formes cliniques, que l'on risque fort de confondre, lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic et surtout, ce qui est plus grave, de porter un pronostic précis.

1° *La toux et la voix.* — Depuis les observations scrupuleuses qu'ont suscitées, dans ces dernières années, les études sur la diphtérie des premières voies respiratoires, la clinique infantile s'est enrichie de données très utiles sur la valeur séméiologique de la toux, de la voix et de la respiration dans le laryngisme de l'enfant au cours des laryngites aiguës.

L'un de nous a décrit le syndrome *toux rauque et voix claire dans le croup*, syndrome qui n'offre pas moins d'intérêt dans les laryngites aiguës en général. Il est assez fréquent de rencontrer des enfants atteints d'une lésion pharyngienne, angine rouge ou blanche, contiguë à une lésion laryngienne analogue et qui présentent en même temps une toux rauque plus ou moins retentissante, tout en conservant la voix timbrée d'une manière à peu près normale. Assez généralement le syndrome toux rauque et voix claire se manifeste dans les laryngites atténuées sans tirage ou avec un tirage modéré et temporaire. Mais, dans d'autres circonstances plus rares, la voix reste claire, lorsque des phénomènes de suffocation [mieux caractérisés] ont apparu. *Le pronostic, malgré cette voix claire persistante, est, dans ces cas, des plus sérieux.* Car l'on peut se voir contraint de pratiquer la dilatation de la glotte à l'aide d'un tube, chez des enfants qui parlent très distinctement et qui poussent des cris bruyants au moment même de l'opération. Les modifications de

la voix ne marchent donc pas toujours de pair avec les troubles respiratoires et avec les phénomènes de suffocation. Le syndrome toux rauque et voix claire semble indiquer que les exsudats, s'ils existent, ont respecté les cordes vocales. Mais lorsqu'un enfant a un tirage très intense, lorsqu'il suffoque, peu importe que ses cordes vocales soient libres d'exsudats, qu'il ait la voix claire, il ne faut pas hésiter à pratiquer la dilatation de la glotte à l'aide d'un tube. On laisserait succomber bien des enfants, si l'on attendait l'extinction de la voix et de la toux pour lever l'obstruction laryngée.

Nous avons cherché à donner plus haut, à propos des laryngites spasmodiques, l'explication physiologique du syndrome toux rauque et voix claire. Physiologiquement on explique ce syndrome en lui reconnaissant comme cause productrice la prédominance de l'influx moteur vocal (*nerf spinal*) sur l'influx respiratoire (*nerf pneumogastrique*) dans l'accomplissement du réflexe, dont les voies terminales centrifuges sont représentées par les nerfs récurrents, qui contiennent les deux ordres de fibres (*vocales et respiratoires*). Les constatations anatomiques confirment en effet les présomptions physiologiques et il paraît difficile de comprendre comment les cordes vocales pourraient continuer de vibrer normalement, si elles étaient tapissées d'exsudats. Il ressort aussi des constatations anatomiques que la raucité de la toux n'a pas la même cause, ni le même mécanisme que la raucité de la voix. La toux aboyante, croupale vulgaire, semble plutôt due à une consonance défectueuse de la muqueuse du vestibule laryngien, et peut-être aussi de la muqueuse trachéale, modifiée par un processus inflammatoire quelconque. La raucité de la toux ne semble donc pas devoir être attribuée à une lésion des cordes vocales, mais plutôt à une altération des muqueuses sus-glottiques, et aussi sous-glottiques.

De l'observation clinique des petits malades atteints de laryngites aiguës, il ressort un dernier fait bien curieux et assez difficile à expliquer; ce fait est le suivant : le syndrome toux rauque et voix claire peut être parfois accompagné de phénomènes de suffocation d'une grande intensité, avons-nous vu, nécessitant même la dilatation immédiate de la glotte au moyen d'un tube, tandis que dans d'autres cas le tirage fait absolument défaut. Les lésions anatomiques, sans être absolument identiques à celles des cas précédents, sont cependant fort semblables et les manifestations cliniques radicalement différentes. Il nous paraît embarrassant de donner une interprétation dogmatique de ces variations cliniques, ne correspondant pas à des modifications anatomiques. Peut-être faut-il faire une part à l'excitabilité très variable de l'appareil nerveux laryngé suivant les malades. Les enfants au-dessous de deux ans, d'une santé ordinaire satisfaisante, sont plus sujets au laryngisme à la moindre atteinte inflammatoire portant sur le larynx. D'autres, au-dessous de cet âge, présentant des déformations rachitiques du squelette, sont aussi plus sujets que les enfants non rachitiques à des spasmes violents de la glotte dans le cours des laryngites et même en dehors de celles-ci.

2° *Le tirage.* — Mais poursuivons encore nos observations et études

ce phénomène clinique appelé *tirage*, que l'on observe chez les petits malades qui nous occupent. Pour en mieux apprécier la valeur sémiologique, cherchons à en étudier le mécanisme physiologique au cours des laryngites spasmodiques aiguës. On donne, à proprement parler, le nom de tirage aux dépressions anormales qui se produisent, pendant l'inspiration, dans la région diaphragmatique et dans les régions sus-sternales et sus-claviculaires, lorsque surviennent les phénomènes de sténose laryngée. D'après les auteurs classiques l'explication de ces déformations thoraciques et péri-thoraciques serait assez simple. Elles seraient la conséquence du vide intra-thoracique qui se produit, la glotte étant fermée ou obstruée, quand la poitrine subit une ampliation plus grande sous l'influence de la contraction des muscles inspirateurs. L'air extérieur ne pouvant pénétrer librement dans les voies aériennes, à cause de l'occlusion laryngée, la pression atmosphérique n'est plus contre-balancée par la pression de l'air contenu dans la poitrine. Aussi, à la base et au sommet du thorax, on voit se creuser des dépressions correspondant à l'affaissement des parties molles qui seraient refoulées par la pression atmosphérique pour venir combler le vide intra-thoracique. Cette explication toute physique a le mérite de la simplicité; mais d'autres facteurs que le vide semblent intervenir dans la production du tirage, et nous allons voir que l'action dynamique des muscles inspirateurs et surtout du diaphragme paraît jouer un rôle prédominant dans ce syndrome plus complexe qu'on ne le croit généralement. Le tirage paraît être lié directement au spasme phréno-glottique, c'est-à-dire au spasme associé de la glotte et du diaphragme. Les dépressions péri-thoraciques apparaissent avec ce spasme et cessent avec lui. Trousseau, qui a laissé des tableaux cliniques si fidèles et si émouvants de la suffocation dans les laryngites spasmodiques, a bien vu que la dyspnée était paroxystique et que le spasme de la glotte avait une grande influence sur l'aggravation de la dyspnée. Mais cet auteur n'a pas démêlé nettement l'importance considérable du spasme du diaphragme associé au spasme de la glotte.

Est-ce à dire qu'il ignore cette association? Assurément non, puisqu'il décrit avec une admirable précision, dans sa leçon sur les convulsions internes, sur le spasme de la glotte, la désharmonie dans la contraction du diaphragme et dans la contraction des muscles constricteurs de la glotte. « Dans l'inspiration à l'état normal, dit-il, la glotte se dilate pendant que le diaphragme s'abaisse; dans le spasme de la glotte, l'orifice glottique se resserre, tandis que le diaphragme se contracte convulsivement. » Mais Trousseau n'a pas appliqué directement aux laryngites spasmodiques aiguës cette analyse si juste du spasme essentiel de la glotte. Observons, en effet, ce qui se passe chez un enfant que l'on apporte à l'hôpital avec une laryngite aiguë spasmodique, à la période de suffocation. L'inspiration est en général lente, prolongée et profonde; elle s'accompagne d'un cornage glottique qui est plus ou moins sifflant, strident. L'orifice de la glotte est évidemment rétréci et l'air, en pénétrant dans la trachée, fait vibrer les parois laryngées, d'où l'inspiration sonore. En même temps, nous voyons le thorax se resserrer plus ou moins à sa base; les côtes s'élèvent, mais ne s'écartent pas; au contraire,

la base du thorax paraît souvent étranglée en corset. Les dépressions, que l'on voit au-dessous du diaphragme, tantôt n'occupent que la région xiphôidienne et le creux épigastrique, tantôt, au contraire, gagnent le plastron sterno-chondral dans une certaine hauteur, bilobant pour ainsi dire le thorax. En même temps, on remarque des dépressions plus ou moins profondes dans la région cervicale sus-sternale et dans les régions sus-claviculaires. La dépression médiane est d'autant plus accentuée que la contraction des muscles sterno-cléido-mastoïdiens est plus forte. Dans les cas où la dyspnée est extrême, à la contraction des sterno-mastoïdiens vient s'adjoindre celle des muscles sous-hyoïdiens, et sus-hyoïdiens, d'où la tendance à l'ouverture de la bouche. On aperçoit même quelquefois les fibres du peaussier se dessiner sous la peau, dans ces mouvements d'inspiration forcée, tandis que la tête est renversée par les muscles de la nuque. Ces efforts considérables de tous les muscles inspirateurs pour lutter contre la sténose laryngée s'accompagnent de troubles de la circulation bien évidents. Du côté des artères, nous constatons le pouls paradoxal: c'est-à-dire l'affaissement ou la disparition du pouls à la fin de l'inspiration. Du côté des veines nous observons la turgescence des veines jugulaires et quelquefois la dilatation des veines thoraciques.

La peau du visage est plus ou moins livide, de même que celle des extrémités. Les lèvres, les conjonctives, la langue, les pavillons des oreilles, sont tout particulièrement cyanosés. L'expiration, qui succède à une inspiration ainsi troublée, est plus courte, mais néanmoins bruyante, ce qui indique la persistance du spasme glottique. Cette expiration, contrairement à ce qui se passe à l'état normal, est *active*, c'est-à-dire que les muscles de la sangle abdominale se contractent fortement pour la produire. On perçoit très bien, en palpant l'abdomen, les muscles grands droits qui se gonflent et durcissent sous la main. Les puissances musculaires du thorax dans le tirage sont dans un état de suractivité continue. Il n'existe même pas de repos pendant l'expiration. Il ne faut donc pas s'étonner de voir la fatigue musculaire survenir plus ou moins vite après ces efforts continus. Beaucoup d'enfants dans ces circonstances ont le visage couvert de sueur; ils sont extrêmement agités, angoissés, leurs yeux sont fixes, grands ouverts, anxieux. Le tableau de la suffocation est vraiment effrayant; il est inutile d'essayer de le retracer, après les maîtres, qui nous en ont laissé une peinture si fidèle. L'intervention par le tubage chez un tel enfant va nous démontrer que la suffocation, de même que le tirage, est subordonnée au spasme phréno-glottique. Ce que l'on est convenu de désigner sous le nom de spasme de la glotte est en réalité le spasme des lèvres de la glotte proprement dite et de l'orifice sus-glottique. On se rend très bien compte de ce fait en pratiquant le toucher de la glotte de l'enfant qui présente du tirage, et que l'on se propose de tuber. Après que l'ouvre-bouche a été mis en place, on relève l'épiglotte et, avec la pulpe de l'index gauche, on pénètre dans le vestibule du larynx. En même temps que la peau de la phalange est plus ou moins serrée par les muscles des replis aryéno-épiglottiques, on sent distinctement les rubans vocaux qui sont au contact et l'on ne parvient

qu'avec peine à les entr'ouvrir en fermant l'index. Très souvent, lorsqu'on a substitué le mandrin de l'extrémité du tube à la pulpe de l'index, on a la sensation d'une résistance qu'il faut vaincre pour faire pénétrer le tube dans la trachée; le spasme des cordes vocales peut être assez violent pour opposer un réel obstacle à l'introduction du tube. Lorsque le tube a franchi les cordes vocales, il se produit parfois un ressaut indiquant que le spasme des cordes vocales est vaincu.

L'enfant, après que le mandrin du tube est retiré, rejette souvent des débris membraneux, d'autres fois seulement du muco-pus trachéal, surtout lorsqu'il s'agit de laryngites spasmodiques avec toux rauque et voix claire.

Fait très curieux et digne de toute l'attention, alors même que le tube introduit n'a pas refoulé de membranes par bourrage, ainsi que cela arrive parfois dans le tubage; quoique le calibre du larynx et de la trachée soit libre, le tirage sus et sous-sternal ne cesse pas immédiatement. Bien que l'air entre très librement dans les voies aériennes, les *dépressions thoraciques persistent pendant une ou plusieurs minutes*. On reconnaît distinctement que la persistance peu durable d'ailleurs du tirage est due à la continuation des contractions spasmodiques du diaphragme. Dès que les secousses diaphragmatiques s'arrêtent, les dépressions cessent de se manifester et le tirage disparaît. Il semble que le spasme du diaphragme ne s'apaise que quelques minutes après que le spasme de la glotte a été vaincu par l'intromission du tube. Quoi qu'il en soit, le soulagement de la suffocation après le tubage est immédiat et admirable dans la grande majorité des cas. Les mouvements respiratoires sont régularisés rapidement, la cyanose du visage et le pouls paradoxal disparaissent simultanément.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance de la prolongation même très courte du tirage et du spasme du diaphragme après la dilatation de la glotte par le tube. Si les dépressions du tirage, comme on l'admet généralement, étaient la conséquence du vide intra-thoracique, ces dépressions devraient disparaître instantanément après que la perméabilité du conduit laryngien est établi par le tube. Or, il n'en est rien; l'air qui est rentré dans l'arbre aérien par les premières inspirations qui suivent le tubage a évidemment suffi à rétablir l'équilibre normal entre la pression atmosphérique et la pression intra-thoracique. Puisque les dépressions sus et sous-sternales persistent, c'est qu'elles sont dues à une autre cause et nous n'en trouvons pas d'autres que le spasme prolongé du diaphragme.

Mais poursuivons encore nos observations et nous allons constater que la dilatation de la glotte par le cathétérisme a comme conséquence plus ou moins durable la cessation du spasme de la glotte et aussi la cessation du spasme du diaphragme qui est connexe. Lorsque le tube est en place dans le larynx depuis quatre ou cinq minutes, après le rejet par la toux des mucosités ou des débris membraneux, le spasme du diaphragme s'apaise, les mouvements de la respiration deviennent réguliers. Retirons alors le tube par le fil qui est resté attaché. Le soulagement de la dyspnée reste acquis; l'enfant continue de respirer aussi librement que lorsqu'il avait le tube dans le larynx, le tirage

avec ses dépressions ne reparait pas, au moins pour un temps. C'est là un fait capital également digne d'attention au point de vue physiologique et au point de vue pratique. *Il a suffi d'introduire quelques minutes un tube dans le larynx pour vaincre le spasme phréno-glottique.*

Cette expérience fondamentale que tous les cliniciens peuvent reproduire, s'ils ont une suffisante habitude du cathétérisme du larynx, nous a servi de point d'appui ferme pour proposer et patronner *le traitement des spasmes laryngiens et du croup en particulier par la dilatation de la glotte*¹, à laquelle se trouve lié l'écouvillonnage du larynx dont l'action est connexe. Sans doute, un nombre restreint d'enfants guérissent par une seule dilatation de la glotte, mais nous avons eu de nombreux succès après deux ou trois cathétérismes du larynx. La rapidité du retour du spasme phréno-glottique est variable suivant les sujets; le spasme est plus continu et plus tenace chez les bébés. Mais, au-dessus de deux ans, bon nombre d'enfants atteints de croup, avec spasme phréno-glottique, ont guéri après un ou plusieurs cathétérismes dilatateurs du larynx, sans avoir gardé le tube à demeure. Chose singulière et presque paradoxale, la dilatation extemporanée de la glotte nous a paru moins souvent donner un soulagement durable dans les laryngites suffocantes non diphtériques que dans le croup membraneux où la dilatation est accompagnée par l'écouvillonnage des membranes.

G) Diagnostic. — Lorsqu'elle est primitive, la laryngite aiguë, qui en pareil cas et tout au moins à son début ne s'accompagne pas d'autres manifestations inflammatoires de l'appareil respiratoire, est assez facile à reconnaître à la dysphonie, à la toux, au spasme laryngien qui la caractérisent. Lorsqu'elle est secondaire, la laryngite aiguë pourrait être ignorée, étant donné que les signes qu'elle présente se confondent parfois avec les phénomènes inflammatoires coexistants de l'appareil respiratoire. Il faut la retrouver au milieu de l'ensemble des phénomènes symptomatiques de la maladie, grâce à la raucité de la toux, aux troubles de la voix et de la respiration que l'on observe. Dans le premier cas, la maladie bien isolée est pour cette raison même d'un diagnostic assez facile. Dans le second cas, il faut savoir la faire émerger du tableau symptomatique parfois fort complexe de la phlogose plus ou moins généralisée des voies respiratoires.

D'autre part, lorsqu'il existe un spasme glottique en même temps qu'une lésion pulmonaire, il s'agit d'établir la part prise par la lésion laryngienne et celle due à la lésion pulmonaire dans les troubles respiratoires. Ceci nous amène à étudier le spasme glottique réflexe d'origine pulmonaire dans les laryngites aiguës, étude qui trouve sa place à côté du diagnostic différentiel de ces affections chez l'enfant.

SPASMES GLOTTIQUES RÉFLEXES D'ORIGINE PULMONAIRE DANS LES LARYNGITES AIGÜES. — A part la lésion catarrhale simple de la muqueuse du larynx, à part les ulcérations, que nous verrons décrites par Coyne dans les laryngites rubéoliques et qui interviennent dans la production du spasme, il

⁽¹⁾ G. VARIOT et J. GLOVER. De la dilatation de la glotte dans le traitement des spasmes laryngiens et du croup en particulier. *Communication à l'Académie de médecine*; séance du 30 juin 1896.

paraît certain que les complications trachéo-bronchiques et pulmonaires peuvent aussi jouer un rôle dans le même sens.

Dans bien des cas de laryngites aiguës spasmodiques, qu'elles soient essentielles, qu'elles soient diphtériques, membraneuses ou non membraneuses, ou bien rubéoliques et compliquées de broncho-pneumonie, ainsi que cela arrive fréquemment, il est fort difficile de faire la part de la lésion laryngienne ou de la lésion pulmonaire dans la production du spasme.

Chacun se rappelle l'observation, citée par Trousseau, de cette petite fille, chez laquelle on constatait une difficulté extrême de la respiration sans accès de suffocation. La dyspnée, au dire de la mère, avait fait de grands progrès depuis quelques heures. La petite malade toussait, mais on ne trouvait rien à l'examen de la poitrine. Il n'y avait pas de fausses membranes dans la gorge et l'enfant n'en avait point rendu. Mais la gêne respiratoire était croissante; l'interne de garde, alors Dumontpallier, pratiquait la trachéotomie. Durant dix jours, on tentait de supprimer la canule sans y parvenir. Le spasme glottique était persistant et l'on découvrit à l'examen de la poitrine, au onzième jour seulement de l'opération, des noyaux d'hépatation pulmonaire. La dyspnée était encore accrue à partir de ce moment et il était impossible jusqu'à la mort, qui survint au quatorzième jour, d'enlever un instant la canule. Des lésions inflammatoires légères furent reconnues à l'autopsie, au niveau du larynx. En revanche, il existait des noyaux d'hépatation purulente à la surface du poumon et une pleurésie purulente gauche, dont ces noyaux superficiels avaient peut-être été la cause. Et Trousseau insistait auprès de ses élèves pour démontrer à l'aide de ce fait probant que le faux croup peut être le début d'une des maladies les plus sérieuses de l'enfance: de la pneumonie catarrhe, du catarrhe capillaire. Trousseau est le premier auteur qui tende à expliquer les relations existantes entre ce spasme et les lésions pulmonaires. A côté du spasme glottique d'origine vraiment laryngienne, il semble donc qu'il y ait le spasme de la glotte d'origine pulmonaire¹: spasme réflexe, comparable aux autres spasmes de même nature ayant un point de départ à la pituitaire, à la muqueuse pharyngienne. Le spasme de la glotte d'origine réflexe est du reste accepté par quelques auteurs. Goldstein et d'autres observateurs en donnent une description et une explication particulières: l'excitation périphérique, au lieu de ne se manifester que par l'irritation des filets sensitifs laryngés supérieurs de la muqueuse, paraît se produire aussi au niveau des filets sensitifs du pneumogastrique de la muqueuse trachéale et bronchique, filets nerveux représentant les nerfs centripètes du réflexe, qui aboutit à la production de la dyspnée spasmodique. Il paraît bien vraisemblable que le spasme réflexe de la glotte d'origine pulmonaire entre en jeu dans les troubles respiratoires qui se produisent au cours de ces laryngites. Un fait clinique, rendant probable l'explication physiologique précédente des phénomènes, est le suivant: si l'on vient à tubér un enfant atteint de laryngite spasmodique compliquée d'une lésion broncho-pulmonaire, le jeune malade est momentanément

⁽¹⁾ VARIOT. Sur la cause déterminante du spasme phrénoglottique dans le croup. In *Journal de clin. et de thérap. infant.*, juin 1896.

soulagé et ce soulagement se produit surtout dans le moment qui suit immédiatement l'introduction du tube, mais on s'aperçoit bien vite que l'amélioration est factice. Le soulagement est incomplet. Après peu de temps, le tirage, un peu atténué, se reproduit, et la dyspnée, sans être cependant aussi prononcée, se manifeste encore par une gêne profonde de la respiration. Si, croyant alors à l'inutilité du tube, on le supprime, les accidents spasmodiques redoublent d'intensité. Il semble qu'à la cause laryngienne du spasme, un moment contre-balancée par le tubage, vienne immédiatement s'adjoindre la cause pulmonaire, car la respiration devient subitement très difficile.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel le plus important est à faire en présence d'une laryngite aiguë avec la laryngite diphtérique, le croup à proprement parler. Lorsque, avec les signes d'une laryngite aiguë, toux rauque, voix claire ou éteinte, gêne respiratoire avec ou sans spasme, on reconnaît l'existence d'une angine exsudative, non pas seulement amygdalienne, mais avec extension de l'exsudat aux piliers du voile membraneux et plus exactement, ce qui est encore un signe plus précis de propagation laryngienne, à la paroi pharyngienne postérieure, il n'y a aucun doute, et le diagnostic croup diphtérique doit être formulé même sans examen bactériologique. Mais c'est là un cas facile. Quelquefois, avec une angine diphtérique exsudative confluente et extensive, la toux et la voix rauque, parfois éteinte, d'autres fois la toux rauque et la voix claire, la respiration reste calme, en dépit même des examens multiples de la gorge du petit malade, examens qui ont cependant parfois la vertu d'exciter considérablement la production des troubles respiratoires. Il est dans ce cas cependant impossible de méconnaître des accidents laryngiens imputables à la diphtérie, que révèle l'état du pharynx. C'est cette forme spéciale de diphtérie laryngienne que l'un de nous a décrit sous le nom de *croup fruste*, la laryngite diphtérique sans spasme, sans troubles respiratoires et ne s'accompagnant que de troubles de la phonation. Le diagnostic de ce croup fruste avec une laryngite aiguë est donc assez rationnel. Enfin, il peut n'exister avec la laryngite aiguë qu'un léger exsudat amygdalien, dont seul l'examen bactériologique donnera le lendemain, après culture, la nature bactérienne diphtérique. On rencontre des cas de laryngites aiguës dans lesquelles l'angine blanche exsudative, habituellement concomitante, fait défaut; où l'enfant ne rend, ni par le nez, ni par le larynx, de fausses membranes. On croit le petit malade légèrement atteint de laryngite aiguë simple. Néanmoins, vu l'intensité de la dyspnée, le cornage, le tirage, on introduit un tube dilateur, qui écouvillonne le larynx, provoque l'expulsion de fausses membranes, et souvent le calme complet se rétablit. C'est là le *croup d'emblée*, qui, à sa période initiale, peut, comme on le voit, donner à l'observateur le change contre une simple laryngite catarrhale.

Dans le *faux croup*¹, l'invasion est brusque, les symptômes sont immédiatement alarmants, puis décroissent. Dans le croup, l'invasion est moins brusque, mais les symptômes sont graduellement croissants. De telle sorte

⁽¹⁾ TROUSSEAU. *Clin. Hôtel-Dieu*, t. 1, p. 642.

que de deux enfants, l'un ayant la voix enrôlée depuis deux ou trois jours et une toux suspecte depuis quarante-huit heures, l'autre ayant été pris instantanément, la nuit, d'une gêne considérable de la respiration avec des inspirations sifflantes, une toux croupale retentissante; de ces deux enfants, disons-nous, le premier est plus gravement malade que le second. Chez celui-ci, il ne s'agit que d'un faux croup, chez celui-là vous avez affaire au vrai croup. En général, les signes qui feront plutôt admettre une laryngite simple sont surtout une fièvre vive; la température dans la diphtérie laryngienne n'est ordinairement pas très élevée: 38°,5 le soir. Et, même, beaucoup d'enfants sont à la normale ou à peu près. Le diagnostic d'une laryngite striduleuse (asthme aigu de Millar, angine striduleuse de Bretonneau, pseudo-croup de Guersant, laryngite spasmodique de Rilliet et Barthez) présente donc en certains cas de réelles difficultés, surtout lorsqu'on se rappelle la confusion possible dans la valeur réelle de certains phénomènes propres à toutes les laryngites aiguës. La laryngite striduleuse ne s'accompagne pas ordinairement d'angine. Mais il existe, on le sait, un croup d'émblée, sans angine, pouvant par suite donner lieu à une fausse interprétation. La brusquerie de l'accès nocturne de laryngite striduleuse, la rémission qui se produit entre chaque accès, si ceux-ci viennent à se répéter, représentent quelques-uns des principaux caractères propres au pseudo-croup. Au contraire la laryngite aiguë simple se distingue de la laryngite striduleuse par sa marche continue et par l'absence ordinaire d'accès de suffocation.

L'œdème glottique, rare chez l'enfant, et très discuté, est précédé des signes d'une affection chronique du larynx, ou succède à une brûlure locale. Il accompagne quelquefois une anasarque généralisée post-scarlatineuse. L'œdème glottique donne lieu à une altération de la voix, à une dyspnée qui persiste, bien qu'à un degré moindre, entre les accès. Il faut se souvenir aussi que l'intubation dilatatrice est impraticable dans l'œdème glottique, renseignement qui peut être fort utile au diagnostic. *Les papillomes laryngiens* chez l'enfant se révèlent parfois subitement par un accès de suffocation simulant une attaque de faux croup. Le développement de ces papillomes s'accompagne en général, du reste, d'une dyspnée continue, d'une altération habituelle de la voix, qui ferait supposer leur existence. Enfin le diagnostic s'éclairera par l'examen direct, surtout si l'enfant est assez âgé pour se prêter à l'exploration laryngoscopique ou à l'autopsie directe des voies aériennes. Nous ne saurions trop insister sur le diagnostic différentiel des laryngites aiguës avec celui des *abcès rétro ou latéro-pharyngiens*, des *abcès de l'amygdale* ou *péri-amygdaliens*. Ce diagnostic est de la plus haute importance dans la pratique médicale; car de lui peut dépendre la vie même du malade. *On doit toujours, lorsqu'un enfant est pris d'un accès de suffocation, explorer avec le doigt le fond de la gorge et s'assurer qu'il n'existe dans cette région aucun abcès.* C'est seulement en explorant qu'on évitera ces erreurs grossières. En présence d'un jeune malade présentant une toux amygdalienne d'un timbre si caractéristique, une voix amygdalienne d'une consonnance si spéciale, troubles s'accompagnant à un degré quel-

conque d'un cornage amygdalien facile à caractériser, on doit avant tout, en règle générale, pratiquer l'examen direct avec l'abaisse-langue. Et si difficile qu'il puisse être, étant donnée la difficulté même de l'ouverture de la bouche, on apercevra la tuméfaction due à la présence de l'abcès. Bien souvent le toucher du fond du pharynx avec la pulpe de l'index fera reconnaître la résistance d'une collection saillante. Enfin *les corps étrangers* des premières voies aériennes pourraient faire penser par les symptômes qui les accompagnent à une laryngite aiguë, si l'on ne se souvenait que ces symptômes débutent subitement après la déglutition et se produisent presque immédiatement sous forme d'accès de suffocation très intenses. Les commémoratifs éclairent d'ailleurs en pareil cas la situation.

II) **Anatomie pathologique.** — Chez les enfants qui succombent dans le cours d'une laryngite catarrhale, on trouve la muqueuse laryngienne rouge, hyperémiée. La rougeur est localisée à certains points, à l'épiglotte, aux aryténoïdes; ou, au contraire, elle est généralisée. Ce n'est guère que dans les laryngites secondaires que la muqueuse présente de véritables ulcérations. Coyne décrivait plusieurs variétés d'altérations du larynx, se produisant secondairement à la rougeole. Dans une forme dite catarrhale, le chorion muqueux est infiltré de leucocytes, surtout au voisinage des vaisseaux et des glandes: celles-ci sont tuméfiées et remplies d'une matière visqueuse albuminoïde, qui fait assez souvent saillie au dehors. Les follicules lymphatiques sont gonflés et saillants. Dans la forme ulcéreuse, que Coyne n'a rencontrée qu'à l'autopsie d'enfants ayant succombé à une période tardive de la rougeole, les ulcérations sont tantôt diffuses sur la surface de la muqueuse; tantôt elles sont localisées dans le voisinage de l'extrémité postérieure de la corde vocale inférieure ou le long des cartilages aryténoïdes, qui quelquefois sont dénudés. La nécrose a pour siège les follicules clos qui, en se tuméfiant, étouffent les vaisseaux nourriciers et sont les agents de leur propre mortification par un mécanisme analogue à celui qui préside à l'ulcération des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. Et alors elles siègent sur le bord libre de la corde vocale inférieure. On aurait pu constater parfois de la thrombose des vaisseaux de la base des papilles, avec péri-artérite et endartérite (Coyne). Dans d'autres cas, cette forme ulcéreuse peut tenir à la suppuration des glandules, et alors c'est au niveau des cartilages aryténoïdes, le long de la face postérieure de l'épiglotte, qu'on les observe seulement. Quoi qu'il en soit, ce travail ulcéral se développe grâce à l'excès d'une inflammation qui est venue atteindre tous les éléments de la muqueuse. L'appréciation des lésions laryngées dans les cas de faux croup graves, qui succombent, est particulièrement embarrassante, lorsque les enfants ont gardé le tube à demeure. Il devient alors extrêmement difficile, dans les altérations constatées à l'autopsie, de faire une part au processus initial et l'autre part aux lésions produites par le séjour du tube. Il y a là une difficulté des plus sérieuses pour nous qui manions couramment le tubage comme procédé d'intervention dans la laryngite suffocante. Nous avons exposé suffisamment, plus haut, ce qu'étaient le processus membraneux et sa bactériologie, pour qu'il soit inutile d'y revenir.