

## XVI

## LARYNGITES CHRONIQUES

PAR LE D<sup>r</sup> MAURICE BOULAY  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Envisagées dans leur ensemble, les laryngites chroniques sont rares dans l'enfance. Il ne faudrait pas en effet, pour apprécier leur fréquence, s'appuyer sur les altérations chroniques de la voix qu'on observe de temps en temps à cet âge : la raucité vocale dont sont atteints un certain nombre d'enfants n'a le plus souvent rien à voir avec la laryngite chronique; elle présente des causes variables (parésie musculaire, néoplasme, etc.), parfois indéterminées, mais le plus souvent indépendantes de toute inflammation laryngée. Cette rareté nous autorise à ne faire qu'une étude sommaire des principales variétés de laryngites chroniques susceptibles d'être observées chez l'enfant.

Nous les diviserons en deux groupes : celles qui résultent d'une inflammation chronique banale et celles dont la nature est nettement spécifique.

I. **Laryngites chroniques non spécifiques.** — **Étiologie.** — Elles prennent naissance dans deux conditions principales : tantôt elles sont la conséquence d'une laryngite aiguë ou mieux d'une série de laryngites aiguës à répétition, banales ou spécifiques, développées au cours de l'influenza, de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, et qui passent de l'état aigu à l'état chronique; tantôt elles sont l'effet d'une obstruction ou d'une suppuration nasale persistante (végétations adénoïdes, déviation de la cloison, catarrhe nasal hypertrophique, rhinite purulente chronique, ozène, etc.); l'inflammation du larynx est alors le résultat d'une infection descendante ou bien, et c'est le mode pathogénique habituel, la conséquence de la respiration buccale : la muqueuse laryngée soumise à l'action continuelle d'un air qui ne s'est ni humidifié, ni réchauffé, ni débarrassé de ses impuretés, germes et poussières, dans les cavités nasales, subit une irritation constante et une série de petites poussées inflammatoires qui aboutissent à l'établissement d'un catarrhe chronique.

Deux facteurs étiologiques importants de la laryngite chronique chez l'adulte, les excès de boissons et de tabac, n'entrent pas en jeu chez l'enfant; par contre il n'est pas rare de voir intervenir chez lui, comme chez l'adulte, les abus de la parole, les cris, les fatigues vocales prolongées. Les efforts vocaux, le surmenage et le malmenage du larynx, ont une influence particulièrement néfaste à l'époque de la mue chez les jeunes garçons qui, dans leurs jeux, poussent des cris répétés et cherchent à élever d'autant plus la voix qu'ils la sentent plus voilée et plus faible.

**Symptomatologie.** — Il existe plusieurs formes anatomiques de laryngites

chroniques chez l'enfant. Les principales sont la forme catarrhale, la forme sèche et la forme nodulaire.

a). — Dans la *forme catarrhale*, l'examen laryngoscopique fait constater une rougeur un peu sombre de la muqueuse du vestibule, des bandes ventriculaires et de la région inter-aryténoïdienne : en ce dernier point on constate souvent la présence de quelques mucosités grisâtres au-dessous desquelles la muqueuse est un peu tuméfiée. Les cordes vocales perdent leur couleur blanche et nacré; elles sont grisâtres, humides, comme relâchées; dans les efforts de phonation, elles se tendent insuffisamment et se rapprochent mollement, sans énergie.

b). — La *laryngite sèche* se caractérise par la formation dans le larynx de mucosités qui se dessèchent rapidement sur place et restent adhérentes à la muqueuse; ces sécrétions prennent ainsi l'aspect de croûtes brunes, verdâtres ou noirâtres qui masquent une plus ou moins grande étendue des cordes vocales. Au-dessous d'elles, la muqueuse est rouge, injectée, amincie, comme atrophiée. A ces lésions s'associent souvent des altérations analogues de la trachée : il s'agit alors d'une trachéo-laryngite sèche. Celle-ci peut se développer isolément, mais le fait est exceptionnel : elle est presque toujours accompagnée de lésions analogues du pharynx et du nez, c'est-à-dire d'une rhinite atrophique vulgaire; c'est donc presque exclusivement chez des ozéneux qu'on l'observe et par conséquent rarement avant 7 ou 8 ans; l'enfant le plus jeune chez qui je l'ai rencontrée avait 11 ans. Au point de vue pathogénique, la lésion serait une simple localisation laryngée ou laryngo-trachéale de l'ozène : le microbe de Lœwenberg se retrouve dans les croûtes<sup>1</sup>.

c). — La *laryngite nodulaire* s'observe de préférence chez des enfants de 7 à 10 ans; elle serait particulièrement fréquente à la suite d'un surmenage vocal chez les enfants que l'on fait chanter en chœur dans les écoles<sup>2</sup>.

Ses caractères anatomiques sont les mêmes que chez l'adulte. Au laryngoscope on distingue sur le bord libre des cordes vocales, de préférence à l'union de leur tiers antérieur et de leur tiers moyen, deux petits nodules symétriquement placés, de la dimension d'une tête d'épingle, grisâtres ou à peine rosés, souvent recouverts l'un et l'autre d'un petit amas de mucus blanc et filant. Ils se juxtaposent dans la phonation; s'opposant de ce fait au rapprochement normal des cordes, ils divisent la glotte en deux segments inégaux, l'un antérieur plus court, l'autre postérieur plus long<sup>3</sup>. Les autres régions du larynx peuvent être normales ou montrer une teinte légèrement rosée; parfois cependant on distingue en même temps sur la face supérieure des cordes, en particulier dans leur région antérieure, de petites saillies rosées, lisses ou veloutées, donnant aux cordes, malgré leur faible relief, un aspect bosselé (chordite tubéreuse, laryngite granuleuse).

Le trouble fonctionnel capital auquel donnent lieu ces diverses lésions est l'altération de la voix : celle-ci est simplement voilée, légèrement couverte

<sup>(1)</sup> LUC. Ozène trachéal. *Arch. intern. de laryngol.*, 1888, n° 5. — MOLINIÉ. De la laryngite sèche. *Soc. franç. d'otol., de laryngol., etc.*, 5 mai 1895.

<sup>(2)</sup> MOURE. *Laryngite nodulaire des enfants*. II<sup>e</sup> Congrès français de médecine interne. Bordeaux, 8-14 août 1895.

<sup>(3)</sup> WAGNIER. Des nodules des cordes vocales. *Revue mens. de laryngol.*, 1888.



ou tout à fait rauque. L'enrouement est permanent ou intermittent. Il est d'ordinaire plus marqué après un usage prolongé de la voix, aussi n'est-il pas rare que, tout en étant normale le matin et la plus grande partie de la journée, celle-ci se voile uniquement dans la soirée; l'enfant tente alors, mais vainement, de la rendre plus claire en toussant ou en râclant de la gorge. Parfois cependant, dans la laryngite sèche en particulier, c'est le matin que la voix est le plus altérée : au réveil elle est couverte, rauque, ou même éteinte, puis après quelques secousses de toux elle redevient plus claire et sonore; c'est que les sécrétions ou les croûtes qui s'interposaient entre les lèvres de la glotte ont été déplacées ou expulsées. La toux n'existe que dans les formes sécrétantes ou bien lorsque la laryngite s'accompagne de trachéite ou de bronchite. La formation dans le larynx de croûtes adhérentes provoque parfois chez les enfants des accidents spasmodiques et des crises dyspnéiques.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est facile dans les cas typiques, l'examen laryngoscopique permettant de reconnaître nettement les caractères d'une laryngite. Il en est autrement dans les cas nombreux où les lésions se réduisent à une légère modification de couleur ou d'humidité des cordes, le reste de l'organe offrant un aspect normal. Il est alors d'autant plus permis d'hésiter, avant de prononcer le mot de laryngite, que des troubles fonctionnels analogues peuvent s'observer chez des enfants porteurs de larynx absolument normaux. Il faut se souvenir en effet que la raucité vocale n'est pas nécessairement l'indice d'une lésion laryngée chez les enfants. Chez certains l'altération vocale est en quelque sorte héréditaire et de plus congénitale : dans certaines familles la voix est éraillée chez les enfants comme chez les parents, sans que l'examen laryngé fasse constater aucune anomalie. Chez d'autres enfants l'enrouement apparaît spontanément ou bien à la suite d'excès vocaux répétés, sans qu'on puisse encore constater aucune modification du larynx. La raucité de la voix me semble, au moins dans quelques-uns de ces cas, tenir à un défaut, à une anomalie de contraction de l'ensemble des muscles qui concourent à la phonation (muscles intrinsèques et extrinsèques du larynx) ou de quelques-uns d'entre eux : j'ai vu chez deux enfants, âgés l'un de 5 ans, l'autre de 12 ans, la raucité disparaître en quelques semaines sous l'influence de badigeonnages ou mieux de massages biquotidiens du pharynx, sans autre traitement; un troisième fut très amélioré. Les paralysies laryngées, consécutives à la diphtérie ou aux laryngites aiguës graves, peuvent également donner naissance à des troubles vocaux analogues à ceux que provoque la laryngite chronique.

Une fois le diagnostic de laryngite établi, il restera à en déterminer la nature, à chercher en particulier si la tuberculose ou la syphilis entre en jeu. A vrai dire, il y a rarement matière à hésitation chez l'enfant, la laryngite chronique ne se traduisant guère à cet âge par ces infiltrations plus ou moins limitées, ces lésions pachydermiques qui tiennent si souvent le diagnostic en suspens chez l'adulte; d'autre part nous allons voir que la tuberculose laryngée est exceptionnelle chez l'enfant et que la syphilis produit dans son larynx des lésions destructives qui n'ont aucune analogie avec les altérations de la laryngite chronique simple.

**Pronostic.** — Le pronostic est toujours sérieux, mais plus encore dans la laryngite sèche que dans les deux autres formes. Lorsque le développement de ces dernières a été rapide, lorsque la date de leur apparition est encore récente, et surtout quand elles ont une cause aisément saisissable et à laquelle on peut remédier, le pronostic de l'affection, si sombre chez l'adulte, devient relativement favorable, car on est en droit d'espérer la guérison.

**Traitement.** — Le traitement consiste : 1° à supprimer les causes qui provoquent ou entretiennent la laryngite, c'est-à-dire à prescrire le repos du larynx ainsi qu'à traiter les lésions du nez et du pharynx, lesquelles sont à peu près constantes : la désobstruction du nez en particulier est de première nécessité; 2° à modifier l'état de la muqueuse par un traitement endolaryngé : attouchements et badigeonnages avec des solutions de nitrate d'argent ou de chlorure de zinc dans la laryngite catarrhale, avec de l'huile mentholée dans la laryngite sèche, avec des solutions iodo-iodurées dans la laryngite nodulaire.

Les nodules vocaux, qui paraissent être l'effet et non la cause de la mauvaise émission de la voix ne sont pas, à notre sens, justiciables de l'ablation; des exercices vocaux, parfois même des exercices respiratoires (Nasier) peuvent aider beaucoup à leur disparition.

**II. Laryngites chroniques spécifiques.** — Nous passerons en revue la tuberculose, le lupus et la syphilis du larynx. Nous nous contenterons de rappeler que la laryngite sèche pourrait être rangée parmi les laryngites spécifiques, s'il est vrai, comme le soutiennent un grand nombre d'auteurs, qu'elle soit une simple localisation laryngée de l'ozène, un ozène laryngé ou laryngo-trachéal. Quant à l'affection, qui a été étudiée, surtout en Italie, sous le nom de croup chronique<sup>1</sup>, elle n'est autre que la diphtérie prolongée de Cadet de Gassicourt et n'offre pas, à proprement parler, les caractères de chronicité inhérents aux laryngites dont nous traitons ici.

**Tuberculose.** — En thèse générale, on peut émettre cette proposition que le larynx des enfants est d'ordinaire respecté par la tuberculose; il convient toutefois de distinguer, à ce point de vue, entre l'observation clinique et l'observation anatomo-pathologique.

*a.* — Cliniquement, la tuberculose laryngée est si rare chez l'enfant que des spécialistes expérimentés comme Morell-Mackenzie, Moritz Schmidt, Ruault et tant d'autres comptent les cas qu'ils en ont observés dans leur existence. Malgré des recherches bibliographiques minutieuses, Rheindorff n'a pu en réunir que 20 cas. Pour ma part je n'en ai jusqu'ici observé que 2 cas, tous deux à l'hôpital Trousseau : chez ces deux enfants âgés l'un de 8, l'autre de 12 ans, les déterminations laryngées étaient consécutives à une angine tuberculeuse à marche rapide. Cette rareté est bien faite pour frapper l'esprit, étant données d'une part la fréquence de la tuberculose infantile, de l'autre la banalité des lésions bacillaires du larynx chez l'adulte.

*b.* — Anatomiquement, la laryngite tuberculeuse se montre moins exceptionnellé. Lorsqu'on examine systématiquement le larynx des enfants

<sup>(1)</sup> CONCETTI. Un cas de diphtérie chronique. *Arch. di patol. infant.*, an. IV, n° 6, 1887. — EGAMI. Due casi di crup cronico. *Arch. ital. di laryngol.*, janvier 1895, p. 18.



qui succombent à la tuberculose, on y trouve dans un bon nombre de cas des lésions bacillaires, alors même que rien ne permettait d'en supposer le développement pendant la vie; ces lésions sont d'ailleurs d'autant moins rares que l'enfant est plus âgé. D'après une statistique de Heinze, reposant sur plus de 1200 autopsies, la proportion des lésions laryngées constatées anatomiquement serait la suivante : 7 pour 100 avant 1 an, 10 pour 100 de 1 à 10 ans, 25 pour 100 de 11 à 20 ans. Cette répartition des lésions anatomiques selon les âges concorde assez bien avec les données cliniques : jusqu'ici, en effet, on n'a guère diagnostiqué la tuberculose laryngée chez des enfants de moins de 5 ou 6 ans. On a attribué à diverses causes la rareté relative des localisations laryngées du bacille de Koch chez l'enfant : pour les uns, elle tient à ce que la tuberculose affecte souvent la forme généralisée à cet âge et que cette forme tue le malade avant la production d'ulcérations laryngées; de plus, la granulie ne s'accompagnant guère de sécrétions bronchiques, les chances d'infection du larynx au passage de celles-ci sont moindres. Pour d'autres, si ces lésions échappent au clinicien, c'est que les symptômes laryngés ne font d'ordinaire leur apparition qu'à une époque avancée de la tuberculose infantile : ils s'effacent alors devant l'importance des symptômes généraux<sup>1</sup>. Ajoutons à ces raisons que la symptomatologie de l'affection est à peu près négative. L'altération de la voix, qui est légèrement voilée, à peine rauque, est le seul signe qui attire l'attention sur le larynx : la douleur est à peu près nulle, la dysphagie fait défaut; la dyspnée causée par les lésions pulmonaires n'est pas accrue par l'envahissement du larynx; il ne se produit contre toute attente, étant donnée la susceptibilité réflexe bien connue du larynx des enfants, ni accidents spasmodiques, ni phénomènes de sténose; les lésions d'œdème glottique sont en tout cas exceptionnelles<sup>2</sup>.

La forme habituelle aux enfants est la variété ulcéreuse; toutefois, à la fin de la seconde enfance ou au début de l'adolescence, les lésions peuvent affecter l'aspect végétant, pseudo-polypeux; cette forme de tuberculose laryngée juvénile est parfois une manifestation initiale, momentanément isolée, de la tuberculose : dans ces conditions, elle est facilement confondue avec les papillomes. Mais, à part ce cas particulier, le diagnostic est toujours aisé, car il est en quelque sorte imposé par les lésions bacillaires concomitantes des poumons et des autres organes.

Le pronostic est des plus sombres; non pas que les lésions laryngées aggravent sensiblement l'état du petit malade, mais elles représentent d'ordinaire l'une des dernières étapes que la tuberculose infantile ait à franchir; elles sont donc, au moins chez les jeunes enfants, l'indice d'un dénouement fatal imminent. Le traitement, lorsqu'il est possible, ne diffère pas de celui qu'on applique aux adultes; par exception des accidents dyspnéiques peuvent nécessiter la trachéotomie<sup>3</sup>.

**Lupus.** — Comme les formes vulgaires de la tuberculose laryngée, il est

<sup>(1)</sup> BARTHEZ et SANNÉ. *Traité des mal. des enfants*, Paris, 1891, t. III.

<sup>(2)</sup> BAR. De la laryngite œdémateuse chez les enfants. *Soc. franç. d'otologie*, etc., mai 1896.

<sup>(3)</sup> PLICQUE. La tuberculose du larynx dans l'enfance. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., 1892, n° 4, p. 211.

plus rare chez l'enfant que chez l'adolescent et l'adulte : on en a cependant publié quelques exemples chez des enfants âgés de 7 à 15 ans, en particulier chez des filles. Il est presque toujours accompagné de lésions lupiques, cutanées ou muqueuses, dont le développement a précédé le sien ou, plus rarement, l'a suivi : il peut constituer un foyer indépendant d'elles ou n'en être qu'une propagation; c'est au visage, dans les fosses nasales, dans le pharynx que siègent d'ordinaire ces lésions concomitantes.

La symptomatologie du lupus laryngé est encore plus pauvre que celle de la tuberculose laryngée infantile vulgaire : à peine un léger voile de la voix en révèle-t-il parfois l'existence; le plus souvent l'affection doit être cherchée et c'est l'examen laryngoscopique pratiqué systématiquement chez un lupique qui en fait constater le développement.

La muqueuse laryngée est pâle, anémiée dans son ensemble; elle est de plus tuméfiée et épaissie; sa surface est tantôt lisse et régulière, tantôt mamelonnée et végétante. Il ne se produit d'ulcération qu'à une période avancée de l'affection, et seulement dans quelques cas : ce sont soit des érosions superficielles, soit de véritables ulcérations, atones et torpides, à fond bourgeonnant grisâtre ou jaunâtre. Les lésions ont pour siège de prédilection l'épiglotte, qui est épaissie dans son ensemble, déformée, parfois recouverte d'excroissances ou de véritables végétations mûriformes; les replis aryéno-épiglottiques et toute la muqueuse de la région sus-glottique offrent souvent des altérations analogues; par contre les cordes vocales sont rarement touchées.

La chronicité et l'indolence constituent les caractères essentiels de l'affection; sans doute on a décrit des lupus à évolution rapide se distinguant par l'intensité des lésions d'infiltration, par le développement exubérant de granulations confluentes ou végétantes et se traduisant par des phénomènes précoces de laryngo-sténose; mais ces faits sont exceptionnels, et le plus souvent l'affection se prolonge pendant des années sans déterminer de troubles sérieux et sans même attirer l'attention des malades. Les lésions peuvent rester stationnaires, s'aggraver à l'occasion des poussées aiguës transitoires auxquelles succèdent des périodes de rémission plus ou moins durables, rétrocéder enfin et même disparaître, au moins par places, ne laissant comme trace de l'infiltration ou des ulcérations que des cicatrices blanchâtres, nacréées, seléreuses, sur lesquelles de nouvelles poussées lupiques pourront se faire ultérieurement ou qui demeureront le témoignage d'une guérison définitive. Malheureusement ce travail de cicatrisation, qu'il soit spontané ou qu'il résulte d'un traitement local, aboutit parfois à la production de brides fibreuses qui peuvent déterminer ultérieurement l'apparition de phénomènes de laryngo-sténose.

Le diagnostic de l'affection est facilité par la présence, presque constante, de lésions de même nature dans le larynx, les fosses nasales, la bouche ou les téguments de la face.

Le traitement consiste soit en des attouchements locaux avec des solutions modificatrices (acide lactique, phénol sulfuricé, etc.), soit dans le curettage, les scarifications ou l'ignipuncture.



**Syphilis.** — Nous n'avons en vue dans cette étude que la syphilis héréditaire du larynx. Elle est précoce ou tardive.

A. *Syphilis héréditaire précoce du larynx.* — Elle s'observe chez les enfants du premier âge. Sans être commune, elle est moins rare qu'on ne l'a supposé pendant longtemps. Signalée successivement par Trousseau et Lasègue<sup>1</sup>, par Parrot<sup>2</sup>, par P. et F. Diday<sup>3</sup>, par Fournier<sup>4</sup>, elle a été étudiée avec soin par J. Mackenzie<sup>5</sup> et par M. Sevestre<sup>6</sup>. Elle fait son apparition dans la première année de l'existence, de préférence dans les six premiers mois, parfois dès les premières semaines de la vie : deux observations de Monti semblent indiquer qu'elle peut se développer pendant la vie intra-utérine.

On peut distinguer, avec J. Mackenzie, trois formes anatomiques de laryngopathies syphilitiques héréditaires. Ce sont : a) la *laryngite chronique superficielle*, évoluant au début sous l'aspect d'une laryngite chronique banale, mais aboutissant tôt ou tard, parfois après plusieurs mois ou plusieurs années seulement, à la production d'ulcérations. Elle passe par les phases successives suivantes : période d'hyperémie, caractérisée par une rougeur diffuse non seulement du larynx, mais du pharynx et de la trachée; période d'infiltration, d'hypertrophie, dans laquelle l'un des côtés du larynx devient le siège d'une sorte d'œdème inflammatoire chronique; période d'ulcération, laquelle débute par des érosions qui creusent progressivement; b) la *laryngite chronique interstitielle*, dans laquelle les lésions d'infiltration et d'hypertrophie prédominent, amenant un rétrécissement graduel de la cavité laryngée et aboutissant parfois au développement de végétations papillomateuses ou verruqueuses<sup>7</sup>; c) la *laryngite ulcéreuse profonde* se distinguant des deux formes précédentes, d'une part par ses caractères anatomiques, qui sont ceux d'une production gommeuse suivie d'ulcérations, de l'autre par son évolution ordinairement rapide. Les ulcérations gommeuses, uniques ou multiples, uni ou bilatérales, présentent les mêmes caractères objectifs que celles de la syphilis acquise; leur seule particularité est d'être parfois très précoces, de survenir chez des enfants de quelques jours ou de quelques semaines et d'être d'emblée si profondes que le cartilage se trouve mis à nu dès les premiers jours de leur formation.

Les signes fonctionnels peuvent faire défaut, en dépit de la profondeur ou de l'étendue des lésions; celles-ci sont alors trouvées par hasard au cours d'une autopsie consciencieusement faite. D'ordinaire l'un des troubles suivants sert d'indice révélateur de la lésion laryngée. La voix est altérée, mais ses modifications n'ont rien de constant ni de caractéristique. Elle est

(<sup>1</sup>) TROUSSEAU ET LASÈGUE. De la syphilis constitutionnelle chez les enfants du premier âge. *Arch. de méd.*, 1847.

(<sup>2</sup>) PARROT. *La syphilis héréditaire et le rachitis*, p. 69.

(<sup>3</sup>) P. ET F. DIDAY. Syphilis congénit. *Dict. encyclopéd. des sc. méd.*

(<sup>4</sup>) FOURNIER. *La syphilis hérédit. tardive*, p. 407.

(<sup>5</sup>) JOHN MACKENZIE. Congenit. syphilis of the throat. *The Americ. Journ. of the med. sc.*, octobre 1880.

(<sup>6</sup>) SEVESTRE. Des manifest. laryngées de la syph. hérédit. précoce. *Études de clinique infantile*. Paris, 1889.

(<sup>7</sup>) DELIE. Un cas de végét. papillomat. de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx chez un enfant de 2 ans et demi. *Revue hebdomad. de laryngol.*, etc., 17 octobre 1896, n° 42.

tantôt couverte et voilée, tantôt sourde, rauque ou brisée; chez quelques malades son timbre aigre l'a fait comparer au son que donne une trompette d'enfant (West); d'autres fois elle présente un timbre nasillard qui rappelle l'égophonie pleurétique (Sevestre). Ces caractères se retrouvent dans la toux, qui est fréquente et parfois accompagnée de suffocation.

Les modifications de la respiration sont en rapport avec le degré d'obstruction laryngée; pour peu que cette obstruction soit accusée, la respiration devient bruyante, sifflante ou ronflante; les mouvements respiratoires s'accélèrent, se précipitent, deviennent irréguliers; le tirage, le cornage peuvent ne différer en rien de ceux qu'on observe dans les autres laryngosténoses.

A cette dyspnée continue s'entremêlent des accès de suffocation parfois accompagnés de convulsions et qu'on doit attribuer à un spasme surajouté des muscles glottiques. Dans quelques cas ces attaques dyspnéiques ont été assez violentes pour amener la mort.

Ces laryngopathies précoces sont extrêmement graves, surtout lorsqu'elles ne sont pas traitées. Dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire dans ceux où elles guérissent, soit spontanément, soit par l'effet du traitement spécifique, elles laissent à leur suite des altérations de structure persistantes, telles que brides cicatricielles, état d'hypertrophie fibroïde ou de sclérose en nappe de la muqueuse, larges adhérences membraneuses à la partie antérieure de la glotte, rétrécissement infundibuliforme de tout le larynx. A ces lésions s'ajoutent parfois des altérations sous-glottiques consécutives à l'évolution simultanée de gommages trachéales : rétrécissement cicatriciel des premiers anneaux de la trachée, trachée aplatie en fourreau de sabre. Ce sont là autant de stigmates communs des laryngopathies syphilitiques héréditaires : ils exposent l'enfant à de graves complications, lorsqu'il est atteint ultérieurement soit de phlegmasies locales, soit d'affections broncho-pulmonaires.

L'impossibilité habituelle de constater *de visu* l'état du larynx chez les nourrissons, la banalité des troubles fonctionnels que nous avons énumérés, rendent toujours assez incertain le diagnostic de ces laryngopathies précoces. Si aucun antécédent, aucun symptôme actuel n'éveille l'idée de la syphilis chez l'enfant, on sera exposé à confondre l'affection avec l'une quelconque des autres lésions laryngées susceptibles d'être observées à cet âge, avec les papillomes, les corps étrangers, voire avec le croup, ainsi que M. Sevestre en a rapporté des exemples. Lorsque au contraire les accidents laryngés surviennent chez un enfant qui a présenté ou présente actuellement des signes de syphilis héréditaire, on aura peu de chance de se tromper en les mettant sur le compte de l'infection syphilitique : les résultats du traitement spécifique, rigoureusement appliqué, viendront confirmer ou infirmer cette hypothèse. Ce traitement devra d'ailleurs être administré même dans les cas où la syphilis, loin d'être certaine, n'est que probable chez l'enfant; c'est une épreuve dont il ne faut jamais refuser le bénéfice éventuel au petit malade.

B. *Syphilis héréditaire tardive du larynx.* — L'âge auquel apparaissent les déterminations tardives de la syphilis héréditaire sur le larynx est



assez variable, puisqu'on les a vues survenir dès l'âge de 4 ans (Mackensie) ou ne faire leur première apparition qu'à 28 ou 50 ans (Schnitzler). Toutefois, c'est principalement de 10 à 15 ans, c'est-à-dire à la fin de la seconde enfance et à l'approche de la puberté qu'on les observe. Il est exceptionnel qu'elles soient la première manifestation de la syphilis héréditaire; on retrouve presque constamment chez le malade des traces d'accidents antérieurs en d'autres régions du corps; il n'est pas rare qu'elles soient accompagnées de lésions de même nature dans le pharynx ou les fosses nasales.

Elles ne diffèrent pas des lésions tertiaires de la syphilis acquise dont les trois formes principales sont: l'infiltration hyperplasique diffuse, la gomme, et la forme scléro-gommeuse. Les deux premières formes s'accompagnent parfois d'une hyperplasie végétante des tissus, de productions d'aspect papillomateux. Ces lésions ont une prédilection marquée pour l'épiglotte et les parties supérieures du larynx. Elles évoluent lentement, silencieusement, au moins au début; durant plusieurs semaines ou plusieurs mois la voix peut ne présenter aucune modification, la respiration rester normale, l'enfant ne ressentir ni gêne ni douleur: pendant cette période insidieuse, l'affection passe d'ordinaire inaperçue; puis rapidement, en quelques heures ou en quelques jours, par le fait de l'extension progressive ou subite des lésions, sous l'influence d'une poussée d'œdème ou de péri-chondrite, éclatent des troubles fonctionnels plus ou moins graves (dysphonie, dysphagie, laryngosténose) qui attirent l'attention sur le larynx et deviennent parfois une source d'indications thérapeutiques pressantes.

C'est surtout avec la tuberculose laryngée qu'on est exposé à confondre ces laryngopathies syphilitiques; or, nous savons déjà que la tuberculose du larynx s'observe exceptionnellement chez l'enfant, et qu'en tout cas elle ne se développe que chez des tuberculeux avérés. C'est là un élément de diagnostic des plus précieux. L'aspect des lésions locales est également différent, au moins dans les cas typiques: les lésions syphilitiques du larynx se distinguent des lésions bacillaires par l'intégrité habituelle de la région inter-aryténoïdienne, par la couleur rouge sombre de la muqueuse, par leur unilatéralité fréquente, par leur indolence.

L'évolution des lésions vers la laryngosténose par rétrécissement cicatriciel ou par sclérose des néoplasies laryngées fait la gravité du pronostic. Toutefois celui-ci est peut-être moins sérieux que dans les laryngopathies tertiaires de l'adulte; car le traitement iodo-potassique paraît être ici beaucoup plus efficace qu'à un âge plus avancé: un certain nombre d'observations montrent que, sous son influence, on peut espérer voir disparaître des productions végétantes et hyperplasiques, voire des scléroses, d'apparence les plus rebelles<sup>1</sup>.

(<sup>1</sup>) R. BOREY. De la syphilis héréditaire tardive du larynx. *Ann. des mat. de l'oreille*, etc., mai 1894.

## XVII

## MALADIES DU THYMUS

PAR LE D<sup>r</sup> MEINHARD PFAUNDLER

Professeur de clinique pédiatrique à l'Université de Graz.

I. **Introduction.** — La glande thymique, essentiellement constituée de tissu lymphoïde avec des débris épithélioïdes, est chez l'enfant un organe allongé, aplati, formé de deux lobes latéraux, reliés par du tissu conjonctif. Le tissu, traversé de larges vaisseaux sanguins (provenant des artères mammaire interne et thyroïdienne inférieure) et de vaisseaux lymphatiques en partie dépourvus de parois, se divise en petits lobules « primaires » dans lesquels on peut distinguer une partie périphérique épaisse, dense, et une portion médullaire plus lâche.

L'organe siège dans le médiastin antérieur, dans sa partie supérieure; il est compris entre la fourchette sternale, le péricarde, les gros vaisseaux (il est surtout en contact immédiat avec la veine cave supérieure, les artères et les veines anonymes et l'aorte), la trachée, les deux plèvres. La capsule est lâchement unie au sternum; au contraire, elle adhère assez fortement au péricarde, les lobes descendant bas, presque jusqu'au diaphragme. En haut, le thymus ne dépasse guère le bord sternal; il peut venir en contact à cet endroit avec la glande thyroïde.

Cette glande s'accroît rapidement (surtout pendant la vie fœtale) et atteint l'acmé de son développement dans les première et seconde années. A cette époque de la vie, elle produit une sécrétion lactée qui s'accumule dans les follicules. Le poids moyen du thymus est, d'après Friedleben, le suivant aux différents âges:

Du 3 <sup>e</sup> au 5 <sup>e</sup> mois de la vie fœtale . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,5
Du 6 <sup>e</sup> au 7 <sup>e</sup> . . . . .	2 <sup>gr</sup> ,4
Au 8 <sup>e</sup> . . . . .	8 <sup>gr</sup> ,4
Au moment de la maturité du fœtus . . . . .	14 <sup>gr</sup> ,5
Du 1 <sup>er</sup> au 9 <sup>e</sup> mois de la vie extra-utérine . . . . .	20 <sup>gr</sup> ,7
Du 9 <sup>e</sup> mois à la 2 <sup>e</sup> année . . . . .	27 <sup>gr</sup> ,5
De la 2 <sup>e</sup> à la 14 <sup>e</sup> année . . . . .	27 <sup>gr</sup> ,0
De 16 à 25 ans . . . . .	22 <sup>gr</sup> ,1
De 25 à 55 ans . . . . .	5 <sup>gr</sup> ,1

II. **Hyperplasie et retard du processus de régression.** — De toutes les altérations pathologiques du thymus c'est, depuis deux générations, ce qu'on appelle l'hyperplasie, qui a surtout été prise en considération. Malgré cela, il est encore impossible aujourd'hui de bien délimiter, même approximativement, ce qu'il faut entendre par hyperplasie du thymus. Le tissu de la glande hyperplasiée n'est guère autrement constitué que celui de la glande