

coexistence presque constante d'une pharyngite de même espèce. Les ulcérations de la laryngite glanduleuse sont déprimées en infundibulum.

La paralysie hystérique des cordes vocales a été confondue quelquefois avec la phthisie laryngée; en dehors de l'existence possible d'autres manifestations de la névrose, l'examen laryngoscopique lève les doutes (voy. plus loin, page 244). Il sera bon de se rappeler néanmoins qu'au début d'une laryngite tuberculeuse, alors que le larynx ne présente encore aucune trace d'ulcération spécifique, certaines paralysies peuvent se développer.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Il n'existe qu'une seule cause de la phthisie laryngée, c'est la *diathèse tuberculeuse*. La laryngite tuberculeuse peut être la première manifestation du vice constitutionnel (le fait est rare, 10 obs. de Krishaber); le plus souvent elle apparaît alors que les poumons ont déjà été envahis; quelquefois elle ne se développe que dans les périodes ultimes de la maladie. C'est de trente à quarante ans qu'elle se déclare le plus souvent (J. Frank). Trousseau et Belloc l'ont observée avant la puberté. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (Serre, Louis, Franck).

Louis, Trousseau et Belloc ont pensé que la laryngite des phthisiques avait son origine dans l'action irritante des crachats à leur passage dans le larynx. Cette explication, non admissible pour la *laryngite tuberculeuse*, qui peut être la manifestation initiale de la diathèse, est plausible quand il s'agit de la *laryngite catarrhale chronique des tuberculeux*.

TRAITEMENT. — La thérapeutique est impuissante à faire rétrograder les productions tuberculeuses, aussi n'avons-nous que des moyens palliatifs à opposer à cette affection. Par l'application de révulsifs sur le cou, par des inhalations ou des pulvérisations, enfin par des attouchements soit avec un mélange de glycérine et de teinture d'iode, soit avec une solution étendue de tanin ou de chlorure de zinc, soit enfin avec une solution de cocaïne, des pansements à l'iodoforme ou à l'acide lactique (Krause et Hering), on peut modifier l'irritation des parties, rendre à la voix un peu de sa clarté, calmer la toux, etc. Les préparations opiacées seront toujours employées avec profit contre la toux et la douleur.

On se rappellera que la dysphagie est un des accidents qui causent le plus de souffrance au malade. On arrivera à la calmer en badigeonnant le larynx, quelques instants avant les repas, avec un mélange d'eau de laurier-cerise (30 gr.) et d'extrait d'o-

pium (1 gr.) (Fauvel, Dieulafoy). On évitera avec soin les boissons irritantes; contre l'état général on administrera les arsenicaux, les sulfureux, l'huile de foie de morue, etc.

La trachéotomie est indiquée en cas d'asphyxie imminente, et lorsque l'état général n'est pas trop mauvais. Dans ces dernières années, Robinson Beverley, partant de cette idée que la laryngite des tuberculeux est le plus souvent une laryngite catarrhale non spécifique, a conseillé la *trachéotomie* comme traitement préventif, afin de soustraire le larynx au contact des mucosités irritantes.

Le savant américain ne saurait assurément être suivi dans cette voie qui a pour point de départ une idée erronée. Nous devons faire aussi de sérieuses réserves au sujet du traitement tout nouvellement préconisé par Hering, de Varsovie, et qui consiste dans le raclage des ulcérations tuberculeuses. Sans doute les observations de Hering méritent une sérieuse attention, car ses préparations microscopiques ne laissent aucun doute sur la nature tuberculeuse des lésions présentées par ses malades; néanmoins nous pensons que pour être vulgarisé, ce traitement doit avoir reçu la consécration du temps.

MORGAGNI. Lettre XV. — LOUIS. Recherches sur la phthisie. Paris, 1825; 2^e édit., 1843. — TROUSSEAU et BELLOC. Traité pratique de la phthisie laryngée. Paris, 1837. — BARTH. Ulcér. des voies aériennes (Arch. gén., 1839). — ANDRAL. Clin. méd., 1846. — GREEN, N. GUENEAU DE MUSSY. Loc. cit. — TOULMOUCHE (de Rennes). Études clin. sur les ulcérations du larynx et de la trachée-artère (Arch. de méd., Paris, 1857, juillet et août). — TOBOLD. Die chronischen Kehlkopfkrank. Berlin, 1866. — KRISHABER et PETER. Article *Larynx* du Dictionnaire encyclopédique, 1866. — THAON. Recherches sur l'anat. path. de la tuberculose. Paris, 1873. — DIEULAFOY. Cours de l'École pratique, 1876 (leçons inédites). — CH. FAUVEL. Traité des maladies du larynx, 1876. — TROUSSEAU. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 3^e édit. 1877. — ZIEMSEN. Handbuch der speciellen Pathol. und Ther. Leipzig, 1886, Band IV, Erste Hälfte. — DOLERIS. Rech. sur la tuberculose du larynx (Arch. de phys., 1877). — GOUGUENHEIM. Edème de la glotte chez les tuberculeux (Soc. méd. des hôp., 1878, et Association française pour l'avancement des sc. Paris, 1878. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — LABOULBÈNE. Nouv. éléments d'anatomie pathologique. Paris, p. 442, 1879. — KRISHABER. Troubles respir. dans les laryngopathies syphilitiques (Ann. mal. oreilles et larynx, 1879). — J. MOURE. Diagnostic de la syphilis et de la phthisie laryngée, th., Paris, 1879. — ROBINSON BEVERLEY. Laryngite ulcéreuse des tuberculeux (The american Journ., 1879. Phthisie laryngée). — GOUGUENHEIM. Laryngite syphilitique tertiaire, in France méd., 1881. — Lire au Compte rendu du Congrès de laryngologie de Milan, l'intéressante discussion qui a eu lieu au sujet de la phthisie laryngée (Schmidt, Schnitzler, Massei, Gouguenheim et Krishaber). — GOUGUENHEIM. Laryngite tub. (Union médicale, 1881). — VOLTOLINI. Tuberculose du voile du palais et du larynx (Breslauer arsth Zeitsch., 1884). — P. TISSIER. Sténoses glottiques chez les tuberculeux (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, 1885). — SCHENITZLER. Coexistence de la tuberculose et de la syphilis du larynx. (Berlin. klin. Woch., 1885). — LEROY. Tuberculose laryngée (Arch. de physiol., 1885). — LUBLINSKI. Tuberculose du larynx (Deuts. und Zeitung, 1885). — FOURNIER. Traitement de la-

laryngite tuberculeuse, th., Paris, 1886. — DE RENZI. Tuberculose et syphilis laryngo-pharyngiennes (Rivista clin. et terapia, 1886). — HERING. Curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx (Un. méd., 1886).

ŒDÈME DE LA GLOTTE (1)

Synonymie : *Laryngite sous-muqueuse* (BOULLAUD, CRUVEILHIER). *Angine laryngée œdémateuse* (SESTIER, TROUSSEAU). *Infiltration laryngée* (JACCOUD).

L'œdème de la glotte, observé pour la première fois par Bayle en 1808, et décrit par lui comme une complication des laryngites, n'est point une entité morbide ; c'est un accident, un épiphénomène de plusieurs affections, soit locales, soit générales, qui provoquent tantôt l'inflammation du larynx, tantôt simplement son infiltration séreuse. Cette considération clinique explique la diversité des dénominations qui ont servi tour à tour à désigner la maladie. L'expression d'*angine laryngée œdémateuse*, acceptée par Sestier et Trousséau, nous semble préférable, en ce sens qu'elle fait la part égale à l'inflammation et à l'œdème dans la pathogénie des phénomènes, ce qui est conforme à l'observation.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — On peut diviser en trois catégories les altérations morbides qui prédisposent à l'œdème de la glotte :

1° Lésions franchement inflammatoires, ainsi que cela peut s'observer dans quelques cas de laryngite intense, que celle-ci ait été déterminée par une brûlure, ainsi que cela se voit souvent en Angleterre, en Russie ou dans l'Amérique du Nord, chez les jeunes enfants qui ont aspiré imprudemment le liquide bouillant de la théière laissée devant le foyer, ou qu'elle provienne d'un

(1) En publiant la seconde édition de ce traité, nous avons pensé devoir insérer la note suivante en tête du chapitre consacré à l'œdème de la glotte.

« L'histoire de l'œdème de la glotte traverse actuellement une période de transition ; l'ancienne conception de Sestier tend, grâce à une analyse plus délicate des faits et aux progrès de la laryngologie, à céder le pas à des descriptions moins vagues et surtout moins théoriques. Nous ne pouvons cependant rompre complètement encore avec la tradition ; nous aurons donc en vue surtout, dans ce chapitre, les faits considérés jusqu'ici comme classiques, quitte à faire une large place aux idées nouvelles que nous exposerons chemin faisant. »

Cette note doit être maintenue aujourd'hui intégralement ; nous devons ajouter toutefois que les idées nouvelles que nous avons été des premiers à vulgariser, reçoivent chaque jour la consécration de l'expérience : le syndrome classique décrit par Sestier a vécu.

refroidissement brusque, comme chez cet ivrogne dont Trousséau a raconté l'histoire, et qui contracta une angine laryngée œdémateuse pour s'être endormi la nuit sur un pont. L'amygdalite simple peut se compliquer d'œdème glottique ; nous avons observé un fait de ce genre dans le service de Rigal, et l'un de nous en a rapporté une observation.

L'infiltration laryngée consécutive à l'érysipèle du pharynx, à la laryngite de la variole, à un phlegmon de la base de la langue (Demarquay), aux abcès rétro-pharyngiens, rentre dans cette première catégorie.

2° L'œdème glottique apparaît dans le cours d'une laryngite chronique ulcéreuse (cancer, syphilis ou phthisie laryngée), ou d'une altération profonde de l'organe (la périchondrite principalement).

Pour expliquer l'œdème dans ce cas, on a recours en général à la théorie de l'*œdème collatéral*, imaginée par Virchow, qui attribue l'infiltration séreuse à la gêne circulatoire qu'entraînent, autour des parties ulcérées ou altérées, les oblitérations vasculaires partielles résultant du travail inflammatoire qui s'accomplit sur leurs confins.

3° Enfin l'œdème peut tenir à l'existence préalable d'une maladie hydropigène (mal de Bright, scarlatine). Il existe même quelques observations où l'infiltration laryngée a été la première manifestation de la dyscrasie (Jaccoud, Fauvel) ; elle est au contraire exceptionnelle dans l'anasarque d'origine cardio-pulmonaire (1).

L'œdème de la glotte est relativement rare chez les enfants (dix-sept cas seulement sur les deux cent quinze observations de Sestier).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La configuration anatomique du larynx nous rend compte de la distribution de l'œdème ; la grande laxité des replis glosso et ary-épiglottiques les prédispose à l'infiltration ; Sestier a montré par des injections pratiquées sur le cadavre que les replis infiltrés peuvent augmenter jusqu'à quinze fois de volume. Au contraire, la grande adhérence de la muqueuse des cordes vocales avec les parties profondes s'oppose à la propagation de l'œdème, d'où sa rareté à ce niveau ;

(1) Gouguenheim a rapporté, du reste, un cas d'œdème de la glotte chez un cardiaque : ce qui dominait, c'était une dyspnée continue, sans sifflement et sans bruits laryngiens spéciaux ; au bout de quelques jours de repos les accidents s'amendèrent.

dans quelques cas exceptionnels pourtant, cette région peut être envahie (on compte en effet dans la science une vingtaine d'observations de véritable œdème glottique); l'infiltration sous-glottique est encore plus rare.

Au point de vue de son siège, l'œdème de la glotte présente donc trois types distincts qui sont: 1^o l'œdème sus-glottique; 2^o l'œdème glottique proprement dit; 3^o l'œdème sous-glottique, variété exceptionnelle, mais dont la réalité est bien établie par les recherches de Ziemssen, Burow, Rauchfuss. On voit par cela même tout ce qu'a de défectueux l'expression d'œdème de la glotte, consacrée pourtant par l'usage, puisqu'elle représente une erreur anatomique (1).

Le liquide infiltré dans les mailles du tissu cellulaire varie de nature selon que la maladie a une origine inflammatoire ou qu'elle dépend d'une dyscrasie hydropigène. Dans le premier cas, on y observe de grandes cellules granuleuses, et surtout des globules sanguins et purulents; dans les œdèmes consécutifs aux altérations profondes du larynx (la périchondrite par exemple), les globules blancs sont tellement abondants que le liquide a un aspect purulent. Dans le second cas, le liquide est transparent (comme la sérosité de l'œdème en général), et contient parfois un réticulum fibrineux; il est emprisonné au milieu des faisceaux du tissu connectif distendu, aussi s'échappe-t-il avec peine par une incision; il est nécessaire de recourir à la pression pour en provoquer l'écoulement (Sestier). Ce fait anatomique a une certaine valeur au point de vue thérapeutique; il démontre le peu de profit qu'on doit espérer du procédé dit des scarifications.

Pour Doléris et Gouguenheim, le gonflement des replis ary-épiglottiques chez les tuberculeux tiendrait à l'envahissement de la région par une infiltration de matière tuberculeuse; cette va-

(1) Il est facile, par contre, chez les animaux, de reproduire artificiellement l'œdème glottique proprement dit (François-Franck, Gouguenheim). Gouguenheim a repris avec beaucoup de soin les expériences de Sestier, et il est arrivé à établir très nettement les règles de l'infiltration laryngée: la marche de l'œdème, sa distribution, le temps nécessaire à sa généralisation dans tout l'organe. Ainsi: 1^o une injection poussée dans un repli aryéno-épiglottique gagne successivement le ligament glosso-épiglottique du même côté, et celui du côté opposé en deux heures; au bout de ce temps l'épiglotte se gonfle; plus tard survient la tuméfaction des cordes vocales: l'infiltration n'est complète qu'au bout de douze heures; 2^o au contraire, une injection poussée dans le tissu cellulaire sous-glottique se généralise avec une rapidité surprenante. Donc tout le larynx peut s'œdématiser contrairement à ce qu'avait pensé Sestier.

riété anatomique doit être distinguée avec soin de l'œdème proprement dit, car elle imprime à la maladie des allures cliniques qui s'éloignent notablement du tableau classique de l'infiltration laryngée œdémateuse. Des recherches toutes récentes de Balzer et Gouguenheim ont entièrement confirmé ces données primitives.

DESCRIPTION. — Ce qui domine dans la symptomatologie de l'œdème de la glotte, c'est la *dyspnée*: celle-ci peut se déclarer brusquement sous forme d'un violent accès qui va mettre du premier coup les jours du malade en danger; ainsi se passent les choses dans les œdèmes aigus ou qui sont d'origine inflammatoire. D'autres fois la dyspnée s'établit progressivement, ne provoquant tout d'abord qu'un sentiment de constriction ou de gêne au niveau du larynx: le malade a la sensation d'un corps étranger qui obstrue l'orifice supérieur des voies aériennes; il cherche à s'en débarrasser par des mouvements de déglutition répétés qui lui occasionnent de vives douleurs, ou bien encore par des accès de toux qui l'épuisent. De temps à autre cette dyspnée, lente, mais continue, est interrompue par de violents paroxysmes de suffocation, sortes de spasmes réflexes qui entraînent l'obstruction de la glotte et augmentent au suprême degré l'angoisse du malade. « Le malade a quelque chose d'effrayant, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur » (Trousseau). Cependant les allures de la maladie ne sont point toujours aussi dramatiques. Suivant Peter et Krishaber, les crises de suffocation ne se produisent que dans les trois cinquièmes des cas; elles manquent surtout dans les œdèmes à marche presque chronique, comme le sont souvent ceux de la maladie de Bright ou des laryngites ulcéreuses.

On a dit que cette dyspnée était caractéristique, dans ce sens que, occasionnée par l'accolement des replis œdématisés tremblotants et mobiles sous le poids de la colonne d'air inspiré, elle était essentiellement *inspiratoire*; l'expiration, au contraire, se ferait sans difficulté, les replis accolés s'écartant naturellement sous l'influence de la pression excentrique exercée par la colonne d'expiration. La chose est vraie dans quelques cas, et l'on peut voir des malades qui, à la suite d'une inspiration pénible et siffante, ont une expiration silencieuse et facile, mais le fait est loin d'être constant; souvent l'expiration est aussi laborieuse que l'inspiration. C'est ce qui arrive dans ces cas signalés par Gouguenheim chez les tuberculeux, où les replis ary-épiglot-

tiques infiltrés sont durs et ont perdu toute espèce de mobilité. Quelques observateurs, Sestier entre autres, auraient noté au moment de l'expiration comme un bruit de drapeau qu'ils attribuaient à la mise en vibration des replis ary-épiglottiques agités par le passage de l'air. Les expériences que nous avons rapportées plus haut et l'observation clinique ont conduit Gougouenheim à refuser presque complètement au gonflement des replis aryépiglottiques le rôle important qu'on leur avait fait jouer dans la production de la dyspnée.

Pour Gougouenheim, la dyspnée serait le fait de l'œdème laryngien proprement dit ou d'une infiltration néoplasique entraînant l'occlusion du conduit laryngien ou de la paralysie des dilateurs (paralysie des crico-aryténoïdiens post.) (1). Cette opinion trouve sa confirmation légitime dans les faits d'œdème énorme des replis ary-épiglottiques restés complètement latents (Gougouenheim-Hanot).

Le plus souvent la voix est peu altérée, ce qui se comprend aisément, puisque les cordes vocales sont généralement intactes; elle est seulement sourde et elle s'accompagne d'une toux pénible avec accès de suffocation.

En introduisant profondément l'index derrière la base de la langue, on peut sentir quelquefois les replis ary-épiglottiques gonflés; cette exploration doit être faite avec de grands ménagements, car elle peut déterminer, par voie réflexe, l'apparition d'une crise de dyspnée (Thuillier, Legroux, Brichetaux).

L'examen laryngoscopique, quand il est possible, montre les replis ary-épiglottiques tuméfiés, congestionnés ou livides, suivant la nature de l'infiltration, lorsque l'œdème est *sus-glottique*; si c'est à l'œdème glottique proprement dit qu'on a affaire, on

(1) Dans des travaux ultérieurs, d'ordre à la fois clinique et anatomopathologique, Gougouenheim ayant observé que l'adduction des lèvres de la glotte coïncidant avec la compression des nerfs récurrents, était susceptible de diminuer sous l'influence de la chloroformisation et d'autres anesthésiques, a émis l'opinion que l'occlusion du conduit laryngien pouvait bien, en pareil cas, être plutôt le fait d'une contracture des adducteurs que d'une paralysie des dilateurs de la glotte. Cette opinion lui a paru corroborée par l'examen des muscles dilateurs qu'il n'a pas trouvés altérés.

Du reste, pour le moment, cette question est loin d'être tranchée, et les laryngologistes les plus compétents sont encore divisés à son sujet; les uns admettent la paralysie des abducteurs, les autres la contraction des adducteurs, il en est même qui pensent pouvoir rapporter l'adduction des cordes vocales dans la tuberculose, à l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes, explication d'ailleurs que rien ne justifie jusqu'ici.

aperçoit les cordes vocales gonflées, d'une coloration gris sale ou violacée, et ayant l'apparence d'une petite vessie natatoire de poisson (Ch. Fauvel). Dans le cas d'œdème sous-glottique, on constate entre les lèvres de la glotte deux petites saillies rougeâtres qui ont l'aspect d'un chémosis palpébral (Fauvel). Quant aux symptômes généraux, ils sont peu marqués; il n'y a pas de modification thermique importante, sauf dans les périodes ultimes de l'asphyxie (cyanose et refroidissement). Quand il existe un appareil général fébrile, il est le fait de la maladie primitive, dont l'œdème n'est qu'une complication (1).

DIAGNOSTIC. — Quand un malade atteint d'une affection chronique du larynx ou d'une affection qui prédispose aux hydroopies se présente avec des accès de dyspnée, de la gêne inspiratoire, sans trouble très sensible de la voix et sans difficulté expiratoire, le diagnostic d'œdème de la glotte s'impose en quelque sorte; il n'est pas même nécessaire de recourir à l'emploi du laryngoscope ou à l'exploration digitale; toutefois ces procédés sont utiles pour s'assurer du siège exact de l'infiltration et des conditions qui lui ont donné naissance.

Mais quand les antécédents du malade restent inconnus, quand on se trouve sans renseignements en face d'un individu qui étouffe ou asphyxie, la chose est moins aisée. On s'assurera d'abord que la *dyspnée est d'origine laryngée*, ce que l'on reconnaîtra aux *caractères* de la gêne respiratoire et à la localisation des sensations du malade, et surtout au sifflement ou au tirage inspiratoire, tirage qui, dans quelques circonstances, peut revêtir les caractères d'un véritable cornage (2). Ceci établi, on procédera au diagnostic différentiel par voie d'élimination. L'idée d'un spasme glottique proprement dit, d'une laryngite striduleuse ou de la diphthérie sera promptement abandonnée si l'on n'a pas

(1) C'est intentionnellement que, dans le cours de notre description, nous avons omis ou indiqué seulement certains signes qui figurent pourtant dans la symptomatologie classique de l'œdème de la glotte: tels le *sifflement laryngé inspiratoire* s'entendant à grande distance, et ces *bruits laryngés, bruits vocaux de Sestier*, auxquels l'éminent observateur ajoutait tant d'importance. Nous pensons, avec Semon (de Londres) et Gougouenheim, que ces différents signes ne sont pas le fait de l'œdème de la glotte, mais celui de la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs avec laquelle on a souvent confondu l'infiltration laryngée. (Voy. *Comptes rendus, Société clinique de Londres*, in *British. med. Journ.*, et, plus loin, article *Paralysies du larynx*.)

(2) Empis a défini le cornage « une respiration rude, rauque et stridente s'entendant à distance et à maximum inspiratoire ». Suivant Empis, ce symptôme est propre aux lésions de la trachée et des bronches. Il existe

affaire à un jeune enfant, et si l'on peut constater l'absence de pseudo-membranes soit dans le pharynx, soit dans l'expectoration. Le diagnostic se restreint alors entre un corps étranger ou une tumeur du larynx, une paralysie glottique ou une compression laryngo-trachéale.

Les corps étrangers occasionnent une *dyspnée continue* et donnent lieu, lorsqu'on ausculte le larynx, à des bruits qui varient avec la nature de l'obstacle. Les compressions laryngo-trachéales sont caractérisées par la *permanence de la dyspnée*, qui toujours est aussi accentuée pendant l'expiration que pendant l'inspiration, et elles se révèlent souvent par l'existence de signes extrinsèques (autres phénomènes de compression, symptômes d'anévrysme aortique, de tumeur du médiastin ou d'adénopathie bronchique) qui concourent pour une large part à la certitude du diagnostic. *L'intégrité des sons glottiques* enfin élimine la paralysie des récurrents; il ne reste plus que la *paralysie isolée des dilatateurs*, dans laquelle, il est vrai, il n'y a pas d'aphonie, mais qui se traduit par une dyspnée continue avec accès paroxystiques.

Le laryngoscope permet, dans bien des cas, de faire ce diagnostic différentiel du premier coup; mais il se peut que son emploi soit impraticable, aussi bien que celui de l'exploration digitale, et l'on est forcé pour établir le diagnostic de s'appuyer sur les différentes considérations que nous venons d'indiquer.

MARCHE ET PRONOSTIC. — Quand l'œdème est primitif, il évolue rapidement; il suffit de quelques jours pour que le malade succombe à l'asphyxie ou qu'il guérisse, soit que l'infiltration d'abord modérée n'ait pas entraîné d'accidents fort graves, soit que la trachéotomie les ait prévenus.

Les œdèmes consécutifs ont une marche plus lente; ils peuvent durer trois, quatre, cinq ou six semaines laissant alternativement au malade les bénéfices d'une amélioration passagère et s'affirmant ensuite par des crises dyspnéiques très pénibles.

Soit par le fait du traitement, soit par celui de l'évolution régulière de l'affection, la mort peut encore assez souvent être conjurée. Quand elle survient, elle est déterminée par un des accès de suffocation ou par suite d'une dyspnée continue, progressive, qui a jeté le trouble dans les fonctions de l'hématose et a produit l'asphyxie.

pendant un cornage laryngien. On l'observe : 1° dans l'œdème de la glotte; 2° dans la double paralysie des nerfs dilatateurs de la glotte. Dans ces cas il y a dyspnée, et celle-ci est indispensable à la production du phénomène (Raynaud).

C'est en quelque sorte, ainsi que l'ont déjà fait remarquer Trousseau et Belloc, la réalisation clinique de l'ancienne expérience de Bichat qui déterminait à volonté l'asphyxie chez un chien en empêchant, à l'aide d'un robinet fixé à la trachée préalablement liée, l'entrée de l'air dans la poitrine.

TRAITEMENT. — Il faut distinguer les cas aigus et les œdèmes à marche presque chronique : dans les cas aigus on pourra recourir dès le début à une médication antiphlogistique ou révulsive (saignées locales, application de vésicatoires autour du cou). On administrera un vomitif. Si la suffocation est imminente, la trachéotomie est indiquée, ainsi que cela ressort nettement des statistiques de Sestier, qui montrent qu'on sauve un tiers des malades trachéotomisés, tandis que par les autres procédés on n'en guérit qu'un cinquième.

Les scarifications des replis tuméfiés, à l'aide du bistouri (Gordon Buck, Lisfranc) ou avec l'ongle (Legroux), sont souvent impuissantes à arrêter les progrès du mal; il s'échappe à peine quelques gouttes de liquide par la déchirure ainsi produite. On a retiré quelques avantages des pulvérisations ou des gargarismes à l'alun ou au tanin.

Ces derniers procédés sont utiles surtout dans les œdèmes chroniques. On pourra ensuite, par l'administration des diurétiques ou des purgatifs, favoriser dans une certaine mesure la résorption de la sérosité infiltrée. Mais, si la dyspnée est intense et persistante, la trachéotomie reste encore le remède par excellence.

THULLIER. Angine laryngée œdémateuse. Paris, 1815. — BOULLAUD. Arch. gén. de médecine, 1825. — FLEURY. Des causes de la nature et du traitement de l'angine laryngée œdémateuse (Journ. de méd., 1844). — GORDON BUCK. The Transactions of the American Medical Association, 1848. — LAILLER. Œdème de la glotte, th., Paris, 1848. — SESTIER. De la bronchotomie dans les cas d'angine laryngée œdémateuse (Arch. gén. de méd., 1850). — Du même. Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852. — BARRIER. Traité pratique des maladies de l'enfance. — RAUCHFUSS. Ueber Cauterisationen im Incisionen im Kehlkopfe (Petersburg med. Zeitschr., 1861). — OBÉDÉNARE. Trachéotomie dans l'œdème de la glotte, th., Paris, 1866. — LASÈGUE. Traité des angines, 1868. — RICHARD et A. LAVERAN. Obs. d'œdème de la glotte à la suite d'une angine simple (Soc. méd. des hôpitaux, 1876). — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1880. — KRISHABER et PETER. Loc. cit. — TROUSSEAU. Clinique médicale. — GOUGUENHEIM. Œdème de la glotte chez les tuberculeux (Soc. méd. des hôpitaux, 1878). — Du même. France médicale, 1881. — CHAUFFARD. Abscess laryngé rétro-hyoïdien. Œdème de la glotte. Mort. (Soc. an., 1881). — GOUGUENHEIM et BALZER. Arch. de physiologie, 1882. — GOUGUENHEIM. Soc. méd. des hôpitaux, 1883. Ann. des mal. du larynx, 1884. Congrès de Copenhague, 1884. — HANOT. Œdème de la glotte dans l'albuminurie (Arch. de méd., 1885). — NATHER. Ueber laryngitis hypoglossica acuta gravis of Ziemssen (Deutsches Arch. f. klin. Med., Bd XXXVII, H. 6).

LARYNGITE STRIDULEUSE

Synonymie : *Asthme de Millar*. *Angine striduleuse* (BRETONNEAU). *Faux croup* (GUERSANT). *Laryngite spasmodique* (RILLIET et BARTHEZ).

La laryngite striduleuse, décrite pour la première fois par Millar (1769), a été confondue avec le croup jusqu'à la découverte de Bretonneau. Dès l'origine, elle fut considérée comme une maladie à part, ayant dans ses allures et dans ses causes quelque chose de spécial. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien : la laryngite striduleuse est une *laryngite catarrhale simple* qui, à cause de l'étroitesse de la glotte et de la susceptibilité nerveuse de l'enfant, revêt chez lui des caractères particuliers, parmi lesquels les accès de suffocation avec quintes de toux rauque, stridente, et l'apparition nocturne de ces accès occupent le premier rang.

DESCRIPTION. — Le début de la maladie est généralement brusque ou plutôt semble tel, car, si l'on veut bien prêter un peu d'attention, on reconnaît souvent que le petit malade a présenté depuis trente-six ou quarante-huit heures, un peu de fièvre avec léger coryza, larmolement, enrouement, toux, etc. Rilliet et Barthez ont trouvé treize fois sur quinze ces signes prémonitoires. Quoi qu'il en soit, le premier accès éclate au milieu de la nuit, souvent vers onze heures du soir. L'enfant est réveillé en sursaut (1); il se dresse sur son séant, en proie à une dyspnée violente, il cherche d'un œil inquiet le visage de sa mère et se précipite dans ses bras, plein d'angoisse et de détresse. Il est pris d'une toux rauque et bruyante, qui ressemble parfois à l'aboïement d'un chien, et qui jette l'alarme autour de lui; la respiration s'accélère et chaque mouvement inspiratoire est accompagné d'un sifflement aigu qui trahit toute la difficulté que l'air éprouve à pénétrer dans la poitrine. Quelquefois on observe des vomissements et souvent des intermittences du pouls. Si l'accès se prolonge, le visage se congestionne, les veines du cou se gonflent, l'épigastre se déprime, l'asphyxie paraît alors imminente. Le plus

(1) Pour Krishaber et Peter, l'accès se déclarerait moins subitement qu'on ne le croit d'ordinaire. Quand on a l'occasion d'observer l'enfant dans les instants qui précèdent la crise, on voit les accidents se développer graduellement. La respiration se ralentit, elle devient ensuite difficile; l'épigastre se creuse, un peu d'agitation apparaît, enfin l'enfant se réveille : c'est alors qu'il y a suffocation.

souvent la voix est peu altérée; elle est seulement légèrement rauque ou enrouée; jamais il n'y a d'aphonie.

La crise ne dure quelquefois qu'un instant; les symptômes s'amendent rapidement, le calme renaît et le petit malade se rendort, sans même se souvenir de la scène violente qu'il a traversée. D'autres fois la crise se prolonge plusieurs heures, ne présentant que de légères rémissions.

L'atteinte de laryngite striduleuse se borne souvent à un seul accès; d'autres fois une nouvelle crise, mais moins intense que la première, se produit vers la fin de la nuit ou dans la matinée. Il se peut que les crises reparassent deux ou trois jours de suite, rarement plus; quand les accidents sont diurnes, ils sont toujours moins intenses. Sauf un peu d'enrouement ou de toux, le rétablissement est complet dans l'intervalle des accès.

La laryngite striduleuse, malgré ses allures vraiment effrayantes, est une affection bénigne en elle-même, aussi Bretonneau et Guersant ont-ils pu dire qu'elle ne se terminait jamais par la mort. Cette assertion n'est point absolument exacte : Troussseau a observé trois fois la terminaison fatale, dont un cas fort remarquable chez un collégien de treize ans. Millar et Vieusseux avaient rapporté déjà des observations de ce genre; Lobstein en a cité depuis.

La laryngite striduleuse peut se compliquer de pneumonie catarrhale; dans ce cas elle est généralement mortelle (Krishaber et Peter). D'autres fois, elle peut donner naissance à un emphyseme aigu du poumon, comme dans le fait de Cadet de Gassicourt.

DIAGNOSTIC. — L'ensemble des symptômes de la laryngite striduleuse est trop caractéristique pour qu'il soit besoin d'insister longuement sur le diagnostic. L'œdème de la glotte, très rare d'ailleurs chez l'enfant, n'a rien de commun, ni dans sa marche, ni dans les caractères de la dyspnée, etc., avec l'asthme de Millar; il ne se présente pas sous la forme de crises de toux rauque avec inspiration sifflante, dans l'intervalle desquelles la respiration est normale. Il en est de même pour le croup ou laryngite pseudo-membraneuse dont le début n'est pas brusque, mais insidieux; la voix est étouffée, la toux éteinte, la dyspnée continue, et s'il existe des accès de suffocation, la santé reste profondément altérée dans leurs intervalles. Enfin, fait pathognomonique, il existe des fausses membranes, soit dans le pharynx, soit dans les crachats rejetés à la suite des quintes de toux.

Il ne peut y avoir d'embarras que dans le cas où la laryngite