

En tout cas, si la probabilité d'une guérison radicale est dans la très grande majorité des cas extrêmement faible, et n'est accrue que dans de bien petites proportions par l'intervention thérapeutique, celle-ci parvient cependant à palier et à diminuer considérablement, sinon à faire disparaître, le symptôme capital de la maladie : la fétidité. Or, au point de vue des rapports sociaux et de la carrière du malade, c'est là un résultat énorme, et qu'il faut poursuivre avec persévérance, sans jamais se laisser aller au découragement.

Le plus sûr moyen d'y parvenir est de soumettre le malade aux irrigations nasales antiseptiques répétées, qu'il fait matin et soir au moins, et trois ou quatre fois par jour s'il le faut, en faisant passer à chaque reprise, dans les fosses nasales, à l'aide d'un siphon de Weber ou d'une seringue anglaise, trois quarts de litre ou un litre d'une solution tiède. Le liquide de choix, à mon avis, est l'eau boricuée saturée, additionnée de 10 à 25 centigrammes de naphthol par litre. Si l'irrigation est bien faite, elle amène l'expulsion des sécrétions accumulées dans le nez, et le résultat de son action désinfectante est de suspendre pendant un temps variable la réapparition de la mauvaise odeur. Mais les irrigations, même répétées, ne suffisent pas à amener une amélioration réelle, c'est-à-dire à diminuer la sécrétion et sa tendance à se dessécher, à la modifier en lui faisant perdre plus ou moins notablement sa mauvaise odeur, à donner à la muqueuse malade un meilleur aspect. Pour parvenir à ce résultat, il faut faire suivre les lavages, aussitôt que le nez est débarrassé des dernières gouttes du liquide employé et est redevenu sec, d'applications médicamenteuses appropriées. J'ai, depuis plusieurs années déjà, insisté sur les avantages des applications des corps gras imputrescibles et inoxydables (vaseline et pétroléine) sur la muqueuse nasale des ozéneux. Ces applications empêchent le dessèchement de la muqueuse et de ses sécrétions, et modifient très favorablement l'une et les autres. Je conseille donc, dans l'intervalle des lavages (qu'on doit surtout considérer comme un moyen de nettoyage mécanique), de faire dans les fosses nasales des pulvérisations d'huile de vaseline⁽¹⁾, répétées le plus souvent possible; et, une fois par jour ou tous les deux ou trois jours suivant les cas, de faire faire dans la journée ou le matin un badigeonnage de la muqueuse nasale avec un pinceau plat spécial ou avec un porte-ouate garni, largement imbibé de naphthol sulfuriciné à 10 pour 100, employé pur.

Grâce à ces moyens, s'ils sont régulièrement et convenablement mis en œuvre, on obtient dans un nombre important de cas des résultats très satisfaisants. Mais pour qu'ils aient chance d'être durables, il faut continuer le traitement pendant deux ans au moins, parfois trois et même quatre années. A cette condition seulement on peut espérer des améliorations lentement progressives, et des guérisons relatives, capables de se maintenir malgré l'abandon graduel des pansements et des lavages. Encore ces cas constituent-ils une très grande minorité; il est presque toujours nécessaire que le malade continue, pendant très longtemps, à soumettre son nez à une toilette matinale presque journalière.

(1) Je me suis bien trouvé de l'addition, à l'huile de vaseline pure, d'une faible proportion d'essence de géranium (huile de vaseline, 50 grammes; essence de géranium rosat, VI à X gouttes). Les pulvérisations sont faites avec un petit pulvérisateur Richardson à boule de caoutchouc, de forme spéciale, dont M. Galante a construit sur mes indications un modèle tout à fait convenable.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES DU LARYNX

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES CIRCULATOIRES

I

ANÉMIE

L'anémie du larynx coïncide le plus souvent avec celles du pharynx et de la cavité buccale. On l'observe chez des sujets anémiés, soit par des hémorragies répétées, soit par une maladie aiguë antécédente, etc.; ainsi que chez les chlorotiques et les leucémiques. Le mal de Bright, et les diverses autres maladies chroniques cachectisantes (telles que le cancer, la tuberculose, le paludisme, etc.) comptent aussi parmi ses causes les plus fréquentes. De toutes celles-ci, c'est peut-être la tuberculose pulmonaire qu'on a le plus souvent l'occasion d'incriminer.

A l'examen laryngoscopique, on constate que l'épiglotte, les ligaments ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et la région aryténoïdienne ont perdu leurs couleurs rosées et sont uniformément pâles. Parfois leur teinte tranche à peine sur celle des cordes vocales par un aspect un peu plus jaunâtre. Souvent cette pâleur se constate aussi sur les parois sous-glottiques du larynx. En même temps, la muqueuse laryngée paraît plus mince qu'à l'état normal (Mandl), et les cordes vocales ont parfois un aspect transparent particulier (Schrötter). La muqueuse anémiée est quelquefois, particulièrement au niveau de l'épiglotte, striée d'arborisations vasculaires. Lorsque l'anémie est secondaire et symptomatique d'une anémie générale chez un individu antérieurement sujet aux hyperémies laryngées ou présentant des traces de catarrhe chronique, ces striations vasculaires sont souvent plus nombreuses, et la muqueuse pâle est terne et dépolie.

Les symptômes sont nuls ou légers. Dans certains cas, la motilité des muscles phonateurs est amoindrie, et la voix est faible ou voilée. Les troubles de la sensibilité (picotements, sensations d'irritation mal définies, douleurs légères même, etc.) ne sont pas rares.

Le diagnostic laryngoscopique n'offre aucune difficulté. Il suffit d'un peu d'attention pour ne pas confondre l'anémie des bandes ventriculaires, lorsqu'elle semble plus marquée d'un côté ou en avant, avec des érosions ou des ulcérations; ou bien encore pour ne pas prendre la trace blanchâtre d'une ancienne ulcération cicatrisée pour une anémie circonscrite simple.

Le diagnostic causal doit être tenté dans tous les cas, car c'est lui qui commande le pronostic et le traitement. La constatation d'une anémie semblant localisée au larynx, avec ou sans troubles de la sensibilité locale et de la voix, doit (surtout lorsqu'il s'agit d'une personne se plaignant d'avoir, depuis peu, légèrement maigri et perdu des forces et de l'appétit) faire penser immédiatement à la possibilité d'une tuberculose pulmonaire au début, et impose un examen approfondi de la poitrine (Lennox-Browne, Morell-Mackenzie). Dans un cas de ce genre, si une anémie marquée du vestibule laryngien coïncidait avec la rougeur et l'aspect dépoli d'une corde vocale ou des deux, avec ou sans rougeur interaryténoïdienne, il y aurait lieu, même en l'absence de tout signe d'auscultation, de songer à un début de laryngite tuberculeuse.

II

HYPERÉMIE

Les hyperémies du larynx sont fréquentes et surviennent sous l'influence de causes extrêmement nombreuses. Elles sont actives ou passives.

Les congestions actives peuvent tenir à des causes purement locales, ou survenir sous l'influence de poussées vaso-motrices directes, ou réflexes, et à points de départ éloignés. Parmi les premières, nous citerons les traumatismes locaux, la pénétration des vapeurs, poussières, fumées âcres ou autres, l'action locale des liquides ou des aliments (boissons alcooliques, épices irritantes), et celle de l'élimination, au niveau de la muqueuse de l'arrière-gorge, de quelques substances médicamenteuses (iodures alcalins, eaux sulfureuses, etc.). Les fatigues locales résultant d'efforts vocaux répétés (cris, toux quinteuse, etc.) ou d'usage trop prolongé de la voix parlée ou chantée, amènent aisément de la congestion du larynx. Elle survient souvent chez les orateurs, et chez les chanteurs de profession qui abusent de leur larynx; surtout, d'après M. Moure, « chez les personnes qui chantent dans le registre grave, sur des notes qui ne sont pas dans leur voix ». Parmi les hyperémies laryngées de causes locales, il faut aussi ranger celles qui surviennent à l'occasion de la mue de la voix, résultant du développement rapide que présente le larynx à l'époque de la puberté. Ce sont les plus persistantes.

Les poussées hyperémiques de causes générales ou de causes éloignées sont presque aussi fréquentes. On observe les unes dans certaines maladies infectieuses (fièvre typhoïde, etc.); ou elles semblent résulter de l'action des poisons microbiens sur les centres vaso-moteurs; et dans certaines fièvres éruptives, où elles marquent le plus souvent le début d'une localisation inflammatoire catarrhale. Les autres se voient fréquemment chez certaines femmes à l'approche ou pendant la durée des périodes menstruelles. Elles peuvent encore résulter d'excès vénériens. Leur cause de beaucoup la plus fréquente est le refroidissement, soit généralisé, soit plutôt limité aux extrémités inférieures. La respiration d'un air froid et humide peut la provoquer sans que le malade se refroidisse; et le séjour dans une atmosphère surchauffée et trop sèche peut amener le même résultat. Ce sont surtout les arthritiques (Joal), les lymphatiques, les dyspeptiques et les constipés qui souffrent de ces hyperémies laryngées

déterminées par les changements de température: il s'agit, le plus souvent, d'individus sujets à des poussées subaiguës de catarrhe nasal et pharyngé, et chez eux l'hyperémie n'atteint le larynx que consécutivement aux régions sus-jacentes. Plusieurs de ces causes diverses sont souvent associées.

Les congestions passives s'observent chez des cardiaques présentant des lésions valvulaires mal compensées, les emphysémateux et les bronchitiques avec dilatation du cœur droit, les gens atteints de cirrhoses du foie, aussi bien que chez les sujets présentant des tumeurs voisines du larynx et en comprimant les veines émergentes. La bronchite capillaire aiguë s'accompagne aussi de congestion passive de la muqueuse du larynx. Les efforts prolongés, la toux et les efforts de vomissement (coqueluche) peuvent avoir le même effet. Les hyperémies survenant rapidement sous l'influence d'un examen laryngoscopique prolongé (Mandl, Schrötter), me paraissent devoir être considérées aussi comme des congestions passives dues aux efforts persistants que le malade fait inconsciemment.

Les résultats de l'examen laryngoscopique diffèrent un peu suivant que la congestion est active ou passive. Dans ce dernier cas (sauf s'il s'agit d'une compression limitée), le larynx est atteint d'une rougeur livide diffuse, surtout marquée au niveau du vestibule; et lorsque la congestion est déjà ancienne, on trouve souvent l'épiglotte et la base de la langue sillonnées de varicosités bleu noirâtre. En cas de forte hyperémie active, la rougeur est très vive. Elle est surtout marquée au niveau du vestibule: bandes ventriculaires, région aryténoïdienne, replis ary-épiglottiques, et souvent aussi au niveau de l'épiglotte. Mais les cordes vocales sont rarement de couleur rouge vif. Elles sont seulement rosées, au lieu d'être blanches et nacrées comme à l'état normal. Lorsque la congestion est moins vive, la rougeur est également moindre, les cordes vocales peuvent avoir conservé leur blancheur en partie, et présenter seulement un liséré rouge sur leur bord libre. Lorsque la congestion est consécutive à des quintes de toux répétées, ce liséré occupe surtout la région interaryténoïdienne et ne dépasse guère les apophyses vocales; il peut au contraire s'étendre plus en avant et être moins marqué en arrière, s'il résulte de fatigues de la voix.

Dans les cas légers, les symptômes sont à peu près nuls. Si l'hyperémie, plus vive, est limitée à la région aryténoïdienne, il n'y a qu'une légère sensation de chaleur et de sécheresse, et un chatouillement qui porte le malade à « hemmer », ou à toussoter; si les cordes vocales sont touchées, la voix s'altère dans sa tonalité et dans son timbre, la première s'abaisse et le second devient cuivré et dur. Il peut y avoir de l'enrouement marqué si l'hyperémie s'accompagne de parésies musculaires, ce que fait reconnaître l'examen laryngoscopique. La voix parlée peut être à peine altérée, et la voix chantée compromise. Les artistes lyriques (voix de soprano et de ténor surtout) deviennent incapables de chanter sans effort et se plaignent que leur voix est surtout altérée dans le médium (Moure). Au contraire, il n'est pas rare de voir des barytons et des basses présenter de l'hyperémie marquée des cordes vocales, parfois même persistante, sans présenter d'altérations sensibles de leur voix (Semon).

On comprend que la marche, la durée, les terminaisons et le pronostic des hyperémies passives varient avec leurs causes. Les poussées de congestion active, le plus souvent, sont de courte durée, ou même tout à fait passagères, lorsqu'elles ne constituent pas le début d'une laryngite catarrhale. Elles ne deviennent sérieuses que lorsqu'elles se répètent fréquemment, en augmentant

de durée; et surtout lorsqu'elles atteignent des personnes obligées par leur profession à ménager leur voix (professeurs, avocats, orateurs ou prédicateurs, chanteurs, etc.); car elles aboutissent facilement au catarrhe subaigu répété d'abord, et chronique ensuite. En pareil cas, une fois le diagnostic établi avec le laryngoscope, on devra rechercher avec soin les causes et s'appliquer à les faire disparaître ou à les éviter.

Le traitement est nul dans la majorité des cas. Le repos toujours, le silence surtout, quelquefois un léger purgatif, un bain de pieds très chaud, pourront être conseillés avec avantage. Les applications locales sont presque toujours plus nuisibles qu'utiles. L'aconit à l'intérieur (teinture ou alcoolature) jouit, auprès des chanteurs surtout, d'une vogue qu'il ne mérite certainement pas: d'ailleurs la dose parfois utile varie suivant les cas et les individus, et de plus le médicament ne peut sans danger être laissé à la libre disposition des malades.

III

ŒDÈME

Étiologie et pathogénie. — Tantôt circonscrite, tantôt diffuse, l'infiltration séreuse ou séro-fibrineuse (œdème inflammatoire) du larynx peut survenir soit à l'occasion d'un trouble morbide local ou localisé intra-laryngé, soit sous l'influence de causes extra-laryngées. C'est ainsi que, d'une part, elle peut parfois accompagner l'inflammation superficielle aiguë intense (catarrhale ou érysipélateuse) de la muqueuse laryngée; ou, plus fréquemment, résulter d'une inflammation aiguë plus profonde, soit limitée au derme muqueux (pustules varioliques, ecthyma), soit propagée au tissu cellulaire sous-muqueux (laryngite phlegmoneuse), soit siégeant au niveau des articulations ou des cartilages (arthrites ou périchondrites primitives). De même, les processus ulcéreux aigus, subaigus ou chroniques (fièvre typhoïde, tuberculose, syphilis, cancer) peuvent aussi donner lieu, par des mécanismes divers, à des œdèmes diffus ou circonscrits, surtout lorsqu'ils envahissent les couches profondes et déterminent des lésions du squelette cartilagineux. Dans tous ces cas, ainsi que dans ceux où l'œdème survient consécutivement à un traumatisme local (corps étrangers, plaies, brûlures, etc.), l'œdème n'est qu'un élément du complexe morbide constituant l'affection laryngée en cause: élément cardinal parfois (érysipèle, phlegmon, etc.), mais parfois aussi simple complication éventuelle (processus ulcéreux divers, etc.). Je me bornerai ici à signaler ces diverses variétés étiologiques d'œdème, qui, à mon avis, doivent être étudiées en même temps que les différentes affections laryngées auxquelles elles sont liées.

D'autre part, l'œdème du larynx peut survenir à titre de manifestation locale ou localisée d'une maladie générale, ou comme complication d'une affection extra-laryngée locale ou localisée, voisine ou éloignée; et apparaître dans des conditions telles, qu'il constitue le seul processus morbide *laryngé* d'où dépendent les troubles fonctionnels, vocaux ou respiratoires, se présentant à l'observation. Il me semble hors de doute que pour faire de l'œdème du larynx en général une étude fructueuse, il faut abandonner résolument les plans suivis jusqu'ici par les auteurs et leurs divisions en « œdème primi-

lif » et « œdème secondaire », œdème « aigu » et « chronique », etc. Le seul moyen de débrouiller la question, c'est de considérer en premier lieu l'œdème du larynx tel qu'il se montre à nous dans les conditions que je viens d'indiquer.

C'est la seule façon de se rendre un compte exact des lésions qui constituent l'œdème de la glotte, des symptômes qu'elles déterminent suivant leur siège et leur étendue, de leur marche et de leurs terminaisons diverses. C'est à cette analyse que sera consacré le présent chapitre: cette étude préliminaire et fondamentale, nous faisant connaître l'œdème glottique « pur » (dirais-je volontiers), nous permettra plus tard, quand nous passerons à celle de diverses affections laryngées où il joue un rôle plus ou moins important, de distinguer, dans le tableau symptomatique de chacune d'elles, ce qui appartient en propre à cette dernière de ce qui est le fait de l'infiltration séreuse concomitante. Examinons tout d'abord les conditions étiologiques et pathogéniques présidant à l'apparition de l'œdème dans le larynx sain.

La cause la plus fréquente, à beaucoup près, de l'œdème de la glotte, c'est l'existence d'un *foyer inflammatoire profond voisin* du larynx. Les *phlegmons sus-hyoïdiens*, médians ou latéraux, amènent presque invariablement de l'œdème du larynx, même lorsqu'ils ne suppurent pas et doivent se terminer par résolution. L'œdème est le plus souvent circonscrit à l'épiglotte, ou bien à cet opercule et à l'un des ligaments ary-épiglottiques; souvent aussi il dure peu; et dans ces conditions il ne donne lieu à aucun symptôme assez marqué pour éveiller spécialement l'attention du malade ou celle du médecin: il passe inaperçu. Mais, je le répète, son existence est presque constante lorsque l'inflammation atteint quelque intensité; et si l'on veut bien s'astreindre, comme je l'ai fait moi-même, à le rechercher systématiquement dans tous les cas de ce genre, le miroir laryngoscopique en main, et plusieurs jours de suite s'il le faut, on se convaincra de la réalité de l'assertion que je n'hésite pas à émettre à ce sujet, quelque paradoxale qu'elle puisse paraître de prime abord puisqu'elle donne comme une règle ce qui n'a été jusqu'ici considéré que comme une complication toujours très grave.

Plus rarement, on voit l'œdème laryngé survenir à la suite de *lésions de la mâchoire inférieure*, de la *thyroïdite aiguë*, de la *parotidite*, des *phlegmons péri-amygdaliens*, et des *adéno-phlegmons latéro* ou *rétro-pharyngiens*. Lorsqu'il se montre pendant l'évolution d'un *épithélioma ulcéré* du pharynx, de la base de la langue, du plancher buccal, etc., il est encore presque constamment lié à des poussées inflammatoires résultant d'infections secondaires dont la porte d'entrée est l'ulcération cancéreuse.

Dans ces diverses conditions, la pathogénie de l'œdème glottique est simple. On peut, à la vérité, discuter la question de savoir si, dans tel ou tel cas, il s'agit uniquement d'un œdème collatéral vrai, ou surtout de la propagation d'un processus inflammatoire actif; mais on est toujours certain que l'infiltration du larynx est sous la dépendance du phlegmon juxta-laryngien. La pathogénie des lésions est encore facile à comprendre lorsque l'œdème glottique s'installe chez un sujet atteint d'une *tumeur du médiastin ou du cou* (anévrisme de la crosse aortique ou des vaisseaux du cou, tumeurs ou tuméfactions ganglionnaires profondes, hypertrophie ou néoplasme du corps thyroïde et particulièrement de lobes accessoires, etc.). Bien qu'assez rares, des faits de cet ordre s'observent de temps à autre, et en pareil cas l'infiltration séreuse du larynx et des régions