

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

voisines résulte évidemment de la compression, par la tumeur, des troncs veineux et lymphatiques efférents.

Les difficultés d'interprétation deviennent autrement grandes lorsqu'on n'a plus affaire à un œdème collatéral ou à un œdème par compression. En dehors de la compression, l'œdème glottique de cause mécanique, par stase veineuse, est très rare, on ne l'observe que très rarement dans les *affections chroniques du cœur et de la poitrine* retentissant sur le cœur droit et amenant l'insuffisance tricuspidiennne. Il semble donc que lorsque l'infiltration séreuse du larynx survient dans les cas de ce genre, la pathogénie en soit plus complexe qu'on pourrait le croire tout d'abord; puisque ces conditions, qui se montrent assez souvent capables de réaliser des œdèmes sous-cutanés dans différentes régions, ne causent l'œdème glottique que tout à fait exceptionnellement, et peuvent le déterminer sans qu'il coïncide avec l'anasarque.

La même observation s'applique aux cas, moins rares d'ailleurs, où l'œdème glottique apparaît dans le cours ou pendant la convalescence de diverses *maladies générales infectieuses aiguës* (rougeole, scarlatine, etc.), et même lorsqu'on l'observe dans certains états morbides généraux plus souvent hydropigènes, tels que les *cachexies* de causes variées (cachexie palustre, scorbutique, cancéreuse, tuberculeuse, etc.), et surtout dans le *mal de Bright*. N'omettons pas de remarquer en passant que toutes les néphrites, primitives ou consécutives, comptent l'œdème de la glotte parmi leurs complications possibles; on peut observer cet accident dans les néphrites aiguës; on peut le voir survenir, non seulement dans le cours ou à la fin des néphrites chroniques, mais encore, comme premier symptôme de la maladie rénale (Ch. Fauvel⁽¹⁾, Gibb, Schrötter, B. Fränkel, Massei, etc.). Pourquoi ces œdèmes cachectiques ou dyscrasiques envahissent-ils la région pharyngo-laryngée, ou seulement le larynx, pourquoi se localisent-ils même parfois à ces régions, dans certains cas, alors que chez la très grande majorité des sujets ils les respectent? Je n'ai pas à m'occuper ici de la pathogénie des œdèmes dyscrasiques ou cachectiques en général⁽²⁾: on sait que, quelles que soient les régions du corps où ils se montrent, elle est toujours complexe, bien que les altérations de la crase sanguine (hypo-albuminose, hydrémie) semblent y jouer un rôle prédominant. Je cherche simplement à élucider la question de savoir pourquoi, dans certains cas plutôt rares, on observe une localisation laryngée. Or, si l'on s'astreint à une lecture attentive des observations publiées, et si l'on prend soin d'interroger et d'examiner minutieusement les malades qu'on a l'occasion d'observer, on voit qu'un nombre important des sujets atteints ont eu antérieurement à souffrir de laryngites aiguës ou subaiguës diverses, ou bien encore avaient déjà une tendance au catarrhe chronique du larynx, ou quelque trouble morbide fonctionnel ou autre de cet organe, quand l'œdème a apparu. On doit conclure de cette enquête que les sujets dont le larynx présente des traces d'affections antérieures, ou des lésions actuelles quelconques, s'ils viennent à être atteints de quelque maladie hydropigène, sont plus exposés que les autres à l'œdème de la glotte. Il me paraît probable que dans la genèse de ces œdèmes glottiques dyscrasiques, aussi bien que de quelques œdèmes glottiques dits mécaniques (cœur droit, etc.), les altérations vasculaires locales jouent un rôle important, et que leur association aux autres facteurs pathogéniques de l'extravasation

⁽¹⁾ CH. FAUVEL, Aphonie albuminurique; *Congrès des Sciences médicales de Rouen*, 1865.

⁽²⁾ Consultez A. LEGROUX, in *Dict. encyclop. des sc. médicales*, article ŒDÈME.

séreuse permet à celle-ci d'apparaître dans le larynx plus facilement que si celui-ci eût été tout à fait normal.

Indépendamment des œdèmes laryngés de voisinage, et de ceux qu'on peut appeler mécaniques ou dyscrasiques, il nous faut encore signaler les œdèmes « toxiques ». Peut-être ceux qui apparaissent quelquefois dans les maladies infectieuses (je parle des œdèmes vrais et non pas des abcès par infections secondaires), ainsi que ceux qui atteignent les brightiques, mériteraient-ils mieux d'être rangés dans cette catégorie que dans celle des œdèmes dyscrasiques; car il semble probable que l'action sur les centres vaso-moteurs des substances toxiques, surtout de celles fabriquées par les microbes dans le premier cas, et de celles fabriquées par l'organisme lui-même dans le second, soit un des plus importants facteurs pathogéniques de ces exsudations séreuses. Dans d'autres conditions, la pathogénie est moins complexe, et c'est bien évidemment à une intoxication que sont dus les accidents: tels sont les œdèmes de la glotte consécutifs à l'ingestion de l'*iodure de potassium*, médicament qui chez certains sujets, provoque des symptômes d'iodisme à très petites doses; tels sont encore les œdèmes dits *angioneurotiques* par Strübing, et qui doivent être rangés, selon toute vraisemblance, dans le cadre de l'*urticaire œdémateuse*⁽¹⁾. Ces œdèmes toxiques sont des œdèmes actifs, dus à des poussées vaso-dilatatrices exagérées.

Faut-il considérer et décrire comme une variété d'œdème neuropathique l'*œdème aigu a frigore*, accident rare, mais parfois d'une gravité extrême, et pouvant en quelques heures au plus menacer l'existence du sujet qu'il atteint? Il semble bien probable que certains cas rangés sous cette rubrique méritent réellement la dénomination qu'on leur a donnée; mais d'autre part il est impossible, lorsqu'on a affaire à une infiltration œdémateuse, pharyngo-laryngée ou laryngée, survenant subitement sous l'influence d'un refroidissement, et disparaissant au bout de quelques heures aussi vite qu'elle avait apparu, de savoir s'il s'est agi d'un œdème vrai, ou d'une inflammation phlegmoneuse suivie de résolution rapide. L'observation montre en effet que l'évolution de la laryngite phlegmoneuse peut être extrêmement brève dans un cas rapporté par M. Fredet⁽²⁾, et dans lequel la mort est survenue *moins de 2 heures* après le début des accidents, cet auteur a trouvé une collection purulente de l'épiglotte. D'autre part, pas plus que la guérison spontanée et rapide, l'absence de pus constatée à l'autopsie ne peut suffire à fixer le diagnostic; on ne peut expressément nier, dans ce dernier cas, qu'il se soit agi d'une laryngite phlegmoneuse: celle-ci a pu tuer le malade avant l'apparition de la suppuration. L'absence de fièvre n'est pas une raison suffisante pour éliminer le phlegmon, car elle a paru manquer dans quelques cas, rares il est vrai, mais parfaitement démonstratifs, où l'on a trouvé du pus dans le larynx à l'autopsie. L'absence de douleur locale semble être un signe de plus grande valeur, mais il serait téméraire de le considérer comme pathognomonique; de même que la douleur ne suffit pas non plus à permettre d'affirmer qu'on a affaire à un œdème phlegmoneux, puisqu'elle existe constamment en cas d'arthrite crico-aryténoïdienne aiguë.

Pour toutes ces raisons, et tout en inclinant à croire qu'il peut exister au larynx, comme au pharynx, une variété d'œdème aigu *a frigore* de nature névro-

⁽¹⁾ Voyez t. III, p. 7 et 44.

⁽²⁾ Voyez la thèse de M. CHARAZAC. *Étude sur l'œdème du larynx*, Paris, 1885, p. 105, 56 et passim

pathique, résultant d'une réaction nerveuse, d'une poussée vaso-dilatatrice, et indépendante de tout phénomène infectieux, je m'abstiendrai cependant de faire ici une étude spéciale de ces accidents, absolument exceptionnels d'ailleurs, et dont en tout cas la nature est toujours hypothétique. Ce qu'il importe de savoir, c'est que la grande majorité des cas décrits sous le nom d'« œdème aigu primitif de la glotte » (lorsqu'ils ne sont pas en réalité des *érysipèles*, ou des *arthrites crico-aryténoïdiennes*), sont des *laryngites phlegmoneuses primitives*, ainsi que l'avaient dit, il y a longtemps, Bouillaud et Cruveilhier. C'est pourquoi dans ce qui va suivre aussi bien que dans notre étude étiologique et pathogénique, nous laissons de côté tout ce qui a rapport à ces faits chirurgicaux, qui appartiennent à l'histoire des *phlegmons* laryngiens.

L'étude des causes de l'œdème de la glotte nous explique en partie pourquoi celui-ci est rare chez les enfants, atteint surtout les adultes de dix-huit à cinquante ans, et est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Toutefois, il convient de ne pas attacher trop d'importance à ces résultats de statistiques évidemment erronées, car elles comprennent une foule de cas qui n'y devraient pas figurer.

Anatomie pathologique. — A l'autopsie, lorsqu'on examine le larynx d'un sujet ayant présenté de l'œdème laryngien au moment de la mort, on constate que les parties œdématisées présentent la forme de tuméfactions pâles, grises, vitreuses, le plus souvent tremblotantes, comme de la gelée; limitées par une muqueuse amincie, et plus ou moins plissée et ridée par places. Cet aspect est surtout marqué au niveau du vestibule; sous la glotte la pâleur est moins accentuée et le tissu œdématisé est plutôt rougeâtre dans la majorité des cas.

Le siège et l'étendue de l'œdème sont très variables, ainsi que son intensité. Plus fréquemment, il domine au niveau du vestibule laryngé: épiglote et replis ary-épiglottiques surtout. Puis viennent la région aryténoïdienne et les cordes vocales supérieures. Il est rare de trouver les cordes vocales inférieures œdématisées, tant à leur face supérieure qu'à leur face inférieure, où d'ailleurs l'adhérence est bientôt très marquée; mais plus bas, dans le reste de la légion sous-glottique du larynx, où le tissu cellulaire redevient assez lâche, l'œdème se montre moins rarement qu'on l'a dit, bien qu'incontestablement l'œdème sous-glottique soit beaucoup moins fréquent que l'œdème sus-glottique ou vestibulaire (1).

(1) La disposition du tissu cellulaire sous la muqueuse, rend exactement compte de la prédominance ordinaire de l'œdème en certains points du larynx. Les anciennes expériences de Sestier (1852), reprises plus récemment (1878) et avec une tout autre précision par MM. Gouguenheim et François-Franck, montrent nettement que l'infiltration séreuse se fait plus aisément et plus vite dans les régions les plus riches en tissu cellulaire sous-muqueux. Ces auteurs se sont servis, pour leurs recherches, de pièces où ils avaient conservé non seulement le larynx, mais la langue et la plus grande partie du pharynx et de la trachée. Ils introduisaient sous la muqueuse des différentes régions, une aiguille de Pravaz, et faisaient pénétrer lentement, sous la pression de trois centimètres de mercure seulement, un liquide coloré dont ils surveillaient l'infiltration dans le tissu cellulaire. La piqûre d'un repli ary-épiglottique à sa partie externe donnait lieu à un envahissement rapide et intense du côté intéressé, puis le liquide s'infiltrait dans le repli glosso-épiglottique du même côté et ne gagnait que lentement, en une heure et demie ou deux heures, le repli glosso-épiglottique du côté opposé. Plus tard, on voyait se distendre successivement la face antérieure de l'épiglotte, le vestibule et les cordes vocales supérieures; au bout de douze heures l'infiltration était complète. La piqûre d'un repli ary-épiglottique à sa partie interne donnait les mêmes résultats, mais l'intérieur du larynx était envahi plus rapidement. Celle des replis glosso-épiglottiques produisait en deux ou trois heures une infiltration de ces parties rapidement propagée aux deux replis ary-épiglottiques, mais l'intérieur du larynx était envahi plus rapi-

Je n'insisterai pas ici sur l'aspect des différentes régions atteintes d'œdème, parce que celui-ci, bien qu'ayant subi une résorption partielle après la mort, ne diffère que par ses dimensions de ce qu'il était pendant la vie, et que nous en retrouverons la description tout à l'heure en étudiant les résultats de l'examen laryngoscopique.

A la coupe, la consistance de la muqueuse œdématisée est variable; parfois elle est molle, tremblotante, et laisse suinter assez facilement sous la pression des doigts le liquide infiltré; plus souvent peut-être elle est ferme, et de consistance élastique plutôt que gélatiniforme, surtout lorsque l'œdème dure depuis longtemps. Si l'on abandonne à lui-même un fragment isolé et épais de cette muqueuse infiltrée, la sérosité s'en écoule peu à peu, et les tissus s'affaissent sous l'influence de la rétraction de leurs éléments fibreux élastiques, mais cet écoulement se fait avec une rapidité très variable, et le plus souvent lentement. Lorsque l'œdème occupe les régions postérieures du larynx, on peut parfois se convaincre, par la dissection, que les articulations crico-aryténoïdiennes renferment du liquide; et voir que les muscles voisins sont pâles et mous, ce qui fait supposer qu'ils ont été, eux aussi, envahis dans une certaine mesure par l'infiltration séreuse.

L'examen histologique fait constater les altérations étudiées dans l'œdème, en général, par les professeurs Ranvier et J. Renaut. Les faisceaux fibreux du tissu conjonctif sont dissociés, et ses cellules altérées sont nettement visibles. Dans les intervalles, on trouve une substance amorphe, renfermant des cellules lymphatiques, qui ne se colorent pas par l'hématoxyline (Eppinger). Le nombre des globules blancs est très variable, et l'on trouve aussi des globules rouges en plus ou moins grande quantité. Dans les cas où il s'agit d'un œdème inflammatoire, on observe la présence d'un réticulum fibrineux; plus tard les globules blancs deviennent très nombreux et les tissus peuvent prendre une teinte jaunâtre.

Lorsqu'on a affaire à un œdème vrai qui dure depuis longtemps, on constate un épaississement plus ou moins marqué des faisceaux fibreux du tissu conjonctif.

Symptômes et marche. — Étudions tout d'abord les signes laryngoscopiques de l'œdème du larynx, et nous chercherons ensuite, en analysant les symptômes fonctionnels qui en dérivent, à établir les rapports qui relient ceux-ci aux premiers, suivant le siège et l'étendue des lésions.

1° *Signes laryngoscopiques.* — A l'examen, à l'aide du miroir laryngien, les parties œdématisées ont un aspect plus lisse, plus tendu, plus opalin et plus translucide que sur le cadavre. Cet aspect se rapproche beaucoup de celui de l'œdème des paupières, et surtout de l'œdème du prépuce (Massei). L'épiglotte perd son contour: lorsque sa face linguale est seule atteinte, les fossettes glosso-épiglottiques et les replis glosso et pharyngo-épiglottiques s'effacent. L'opercule prend une forme hémisphérique et surplombe le larynx en cachant plus ou moins

dément que dans les expériences précédentes. Enfin celle d'un repli pharyngo-épiglottique amenait d'abord un effacement du sinus piriforme, puis plus tard l'injection envahissait les replis ary et glosso-épiglottiques du même côté, et consécutivement le reste du vestibule laryngien. Dans toutes ces expériences, l'œdème ne dépassait pas les lèvres glottiques. Au contraire, fait très important, la piqûre de la région sous-glottique du larynx produisait rapidement une infiltration cellulaire, non seulement de la région, mais qui gagnait bientôt le larynx en totalité. (GOUGUENHEIM, De l'œdème de la glotte; *France médicale*, 1881, n° 60.)