

longtemps constitué le fait dominant, se terminent par l'atrophie successive des glandes et en même temps par celle de la muqueuse elle-même. Ces différentes variétés de *laryngites chroniques* sont ordinairement désignées sous les dénominations de *catarrhales*, *hypertrophiques*, *atrophiques*. La thérapeutique médicale ne peut rien contre la plupart de ces affections : quelques formes seulement, où les troubles sécrétoires constituent le symptôme dominant, peuvent être parfois modifiées favorablement par la thérapeutique thermale et en particulier par certaines eaux sulfureuses ; mais les autres ne sont susceptibles de s'améliorer ou de guérir que grâce à des interventions directes et localisées qui relèvent de la chirurgie laryngoscopique. Cependant elles se présentent trop fréquemment à l'observation du médecin pour que celui-ci puisse s'en désintéresser ; et la dernière partie du présent chapitre sera consacrée à leur histoire. Les chapitres suivants, qui termineront l'article, seront consacrés à l'étude de la syphilis et de la phthisie laryngées.

I

LARYNGITES CATARRHALES AIGÜES

Étiologie et pathogénie. — L'inflammation catarrhale aiguë de la muqueuse du larynx est le plus souvent associée à celles des fosses nasales et du pharynx nasal, et son étiologie se confond alors avec celle du coryza aigu. Nous retrouvons comme principales causes déterminantes l'action du froid, celle des poussières, vapeurs, fumées âcres et irritantes, celle de l'ingestion de certains médicaments (iodures, etc.) ; comme causes prédisposantes, l'influence du tempérament lymphatique chez les jeunes sujets, celle du coryza et du catarrhe naso-pharyngien chroniques, etc. La laryngite catarrhale doit être considérée le plus souvent, dans ces divers cas, comme une inflammation propagée plutôt que primitive, et elle atteint rarement une intensité très marquée.

L'obstruction nasale, quelle que soit sa cause, prédispose toujours aux laryngites, en exposant le larynx au contact d'un air qui n'a pu, en traversant les fosses nasales, s'y filtrer, s'y humidifier, et mettre sa température en équilibre avec celle des voies aériennes où il pénètre. Cette cause se fait sentir au maximum chez les individus obligés, par leur profession, à un usage constant et prolongé de la voix. Mais il est remarquable que tous les individus prédisposés à la laryngite, par suite des diverses conditions précédemment énumérées, ont des catarrhes aigus du larynx plutôt gênants par leur fréquence que par leur intensité. On peut, au contraire, noter que si la prédisposition est liée à des conditions locales du larynx ou de l'appareil broncho-pulmonaire, les poussées aiguës intenses de laryngite catarrhale ne sont pas rares. C'est ce qu'on observe assez souvent chez les chanteurs, comédiens, orateurs, crieurs de profession (boursiers, marchands ambulants, etc.) ; chez les syphilitiques récemment atteints de lésions secondaires, chez les individus atteints de certaines formes de bronchites chroniques, chez les phthisiques encore indemnes de lésions tuberculeuses du larynx.

Le type de la laryngite aiguë intense est la laryngite *a crapula*, dans la genèse de laquelle le refroidissement ne joue qu'un rôle inconstant, ou du

moins secondaire. L'affection atteint des individus qui, après avoir passé plusieurs heures dans des cafés ou des cabarets, au milieu d'une atmosphère lourde, chargée de vapeurs d'alcool et de fumée de tabac, à boire, fumer, chanter ou crier, se refroidissent ou non en sortant, ou s'exposent à des changements brusques de température en passant d'un cabaret à un autre, se couchent à moitié ivres, et se réveillent aphones avec une sensation d'ardeur au niveau du larynx, en puissance d'une laryngite aiguë intense. L'accident se termine par la guérison et reste isolé si le sujet atteint a payé ainsi un écart de régime accidentel. Mais s'il se répète, la résolution ne se fait plus qu'incomplètement et la laryngite chronique en est la conséquence.

Les causes sous l'influence desquelles les laryngites aiguës intenses se développent le plus souvent rendent compte de leur plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme, et chez les jeunes adultes que chez les enfants et chez les vieillards. Mais les laryngites légères sont à peu près aussi fréquentes chez les adolescents des deux sexes que chez les adultes. Toutes choses égales d'ailleurs, l'affection est plus commune dans les climats variables, dans les saisons froides, et par les temps humides, que dans les conditions contraires.

La pathogénie de la laryngite catarrhale ne diffère évidemment pas de celle de diverses inflammations aiguës superficielles des membranes muqueuses exposées. L'affection se développe sous l'influence de l'action des micro-organismes phlogogènes habitant d'ordinaire l'arrière-gorge, ou qui y sont introduits accidentellement avec l'air respiratoire ; microbes inoffensifs lorsque la muqueuse laryngée se trouve dans des conditions de résistance et de vitalité normales, et devenant pathogènes lorsque ces conditions viennent à être momentanément troublées. La diminution de la vitalité et de l'activité cellulaires de tout l'organisme, qui s'observe sous l'influence de troubles graves de l'état général dus à certaines maladies chroniques (tuberculose, etc.), ou aiguës (fièvre typhoïde, grippe, etc.), explique la facilité avec laquelle apparaissent, en pareil cas, sous l'influence de causes extrinsèques insignifiantes, les diverses affections catarrhales aiguës, et la tendance qu'elles ont alors à atteindre secondairement les tissus sous-jacents aux membranes muqueuses.

Anatomie pathologique. — La laryngite aiguë simple ne déterminant pas la mort du malade, les lésions qui la caractérisent ne peuvent être étudiées anatomiquement. Les altérations microscopiques superficielles dont la constatation est faite sur le malade, seront décrites avec les symptômes, et il est inutile d'en parler ici. Quant aux lésions histologiques, étudiées sur des sujets atteints de laryngites secondaires à des maladies générales (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc.), ce sont celles des inflammations superficielles des membranes muqueuses ; prolifération et desquamation des épithéliums, infiltration du chorion par des éléments lymphatiques et des globules rouges, dilatation hyperémique des vaisseaux capillaires, etc.

Symptomatologie. — Les symptômes de la laryngite catarrhale aiguë ne varient pas seulement en raison de l'intensité du processus inflammatoire, mais aussi suivant son siège. Il existe, en effet, à côté des laryngites aiguës *diffuses* les plus communes, des laryngites *circonscrites* qui présentent des caractères cliniques particuliers. Ces dernières revêtent surtout une physionomie spéciale lorsque l'inflammation, très intense dans une région limitée de l'organe, est très

peu marquée ailleurs, ce qui n'est pas absolument rare. Ainsi, l'on peut voir, dans certains cas, l'inflammation se localiser à l'épiglotte; c'est l'*épiglottite aiguë*; dans d'autres, on la voit s'accuser dans la portion sous-glottique du larynx et y acquérir une intensité très accentuée, alors que l'épiglotte, le vestibule et même les cordes vocales jusqu'à leur bord libre ne présentent qu'un léger état catarrhal: c'est la *laryngite aiguë sous-glottique*, assez fréquente pendant la première partie de la seconde enfance. Je décrirai successivement ces diverses formes cliniques de laryngite aiguë.

Dans certains cas, la laryngite aiguë peut donner lieu à des extravasations sanguines assez importantes pour constituer de véritables hémorragies, soit sous-muqueuses, soit superficielles. Cette forme, rare, a été dénommée *laryngite hémorragique*.

A. Laryngite catarrhale aiguë diffuse. — La forme intense de cette affection généralement primitive a un début presque toujours brusque. Dès que les causes qui lui ont donné naissance ont eu une action quelque peu prolongée, la poussée hyperémique active s'accroît rapidement, et les symptômes apparaissent. Les phénomènes généraux manquent le plus souvent, ou ne sont que passagers; ce sont un léger malaise, parfois quelques frissonnements, rarement un peu de fièvre. Localement, le malade ressent une ardeur, une sécheresse et une chaleur insolites au niveau du larynx; le passage de l'air inspiré, lorsque la respiration se fait par la bouche, est pénible, donne lieu à une sensation de brûlure et provoque la toux. Celle-ci est sèche, rauque, douloureuse, et le malade s'efforce d'y échapper le plus possible pour éviter la sensation pénible de piqure que chacune de ses secousses renouvelle au niveau du larynx. Généralement d'ailleurs elle ne dure pas, si l'inflammation reste circonscrite au larynx et épargne la trachée et les bronches. Elle diminue après deux ou trois jours, sans avoir été le plus souvent très fréquente, en même temps qu'elle devient moins sèche et moins pénible. La voix est altérée dès le début: elle est enrrouée, abaissée dans sa tonalité, son timbre devient rauque; très souvent elle s'éteint tout à fait. Du reste, comme la phonation est douloureuse [et très fatigante, le malade s'abstient volontiers de tout effort vocal et même, s'il n'est pas aphone, il parle à voix basse ou chuchotée.

L'examen laryngoscopique, pratiqué au moment où le catarrhe proprement dit a fait place à l'hyperémie du début, montre que la muqueuse laryngée est le siège d'une rougeur vive généralisée. Celle-ci n'atteint pas seulement la face postérieure de l'épiglotte, le vestibule, et les bandes ventriculaires, qui sont de teinte rouge foncée, uniformément tuméfiés, d'aspect chagriné et vernissé, mais encore les cordes vocales inférieures. Celles-ci, dans toute leur étendue, présentent une teinte rouge vif, carminée, uniforme, et tranchent souvent, par leur aspect mat et dépoli, avec les parties voisines. L'apparence chagrinée de la muqueuse du vestibule est due à la tuméfaction des glandes, et son aspect brillant à la couche de mucus d'abord transparent, puis bientôt opalin, qui la recouvre. La sécrétion ne tarde pas à augmenter, et, au bout de peu de jours, elle est devenue d'un gris jaunâtre, et elle se présente sous forme de petits amas filants qui recouvrent par places les bandes ventriculaires, qu'on voit sourdre des ventricules de Morgagni, et qui occupent souvent aussi la région inter-aryténoïdienne. Indépendamment de ces amas de mucus, on distingue parfois sur la muqueuse vestibulaire des plaques blanchâtres, minces, un peu

opalines, ordinairement de petite dimension, formées de cellules épithéliales desquamées. Leur chute ne donne guère lieu à des érosions proprement dites, sauf au niveau des orifices glandulaires et vers la partie postérieure de la cavité laryngienne, où l'on aperçoit parfois des érosions de quelque étendue dans les cas les plus intenses.

L'examen laryngoscopique permet de se rendre compte du mécanisme de la dysphonie. Celle-ci peut reconnaître pour l'une de ses causes la tuméfaction de la muqueuse inter-aryténoïdienne, ou l'accumulation des mucosités en cette région; mais elle dépend surtout des troubles parétiques musculaires que j'ai signalés antérieurement en étudiant les paralysies laryngées.

L'abondance de la sécrétion est toujours médiocre, et l'expectoration insignifiante, s'il n'y a pas de trachéo-bronchite concomitante. La toux et les sensations douloureuses, qui ne déterminent que très exceptionnellement un léger degré de dysphagie, s'amendent assez rapidement et ont disparu au bout d'une semaine au plus. La rougeur a, elle aussi, diminué; elle abandonne en premier lieu les cordes vocales inférieures, qui redeviennent d'abord grises et où la coloration rosée ne persiste plus qu'aux bords libres et en arrière, le mucus redevient opalin et moins opaque, et les signes de catarrhe disparaissent peu à peu. Les troubles de la voix sont les plus persistants des divers symptômes; la voix est souvent encore très enrrouée à la fin de la seconde semaine; mais, eux aussi, disparaissent progressivement. La durée totale de l'affection a été de quinze à vingt jours.

Dans les formes subaiguës, tous les symptômes sont plus ou moins atténués, et souvent l'évolution est beaucoup plus rapide. Elle peut ne pas dépasser une semaine. Dans d'autres cas au contraire, l'inflammation, sans avoir jamais cessé d'être légère, persiste; et elle peut durer de trois à cinq semaines avant de disparaître complètement.

B. Épiglottite. — La situation de l'épiglotte explique comment l'inflammation catarrhale aiguë s'y circonscrit assez fréquemment, lorsqu'elle a pour cause l'action irritante locale des liqueurs alcooliques, celle de l'ingestion de liquides glacés ou au contraire trop chauds, des aliments trop épicés, etc. En pareil cas, on conçoit que la phlegmasie, au lieu d'envahir la face laryngienne de l'organe, se développe surtout au niveau de sa face linguale et surtout de son bord libre. Il en résulte que les symptômes sont plutôt *pharyngés* que laryngés: la douleur à la déglutition ne manque jamais, et elle est d'autant plus accusée que l'inflammation est plus intense; de plus, il existe une sensation de piqure, de brûlure, et de corps étranger, extrêmement gênante pour le malade. Les troubles de la voix sont nuls, ainsi que les autres symptômes respiratoires de la laryngite ordinaire. Lorsque l'inflammation acquiert une grande intensité, et surtout lorsqu'elle résulte de l'ingestion de liquides très chauds, cet opercule devient le siège d'une infiltration œdémateuse. Cet accident n'est pas rare dans les pays du Nord, en Angleterre particulièrement, chez les enfants qui boivent au bec de la théière avant que l'infusion soit suffisamment refroidie. A moins qu'il n'y ait ingestion d'un liquide bouillant, ou d'une solution caustique, l'œdème reste d'ordinaire circonscrit à l'épiglotte; mais, dans le cas contraire, il peut envahir les replis ary-épiglottiques et même s'étendre à tout le larynx. Les auteurs anglais ont publié nombre d'observations de ce genre, et la terminaison mortelle est alors assez fréquente. Mais, en pareil cas, il s'agit à propre-

ment parler d'une *brûlure* de l'épiglotte, et nullement d'une épiglottite catarrhale. Celle-ci, au contraire, est un léger accident, sans aucune gravité: au bout de quelques jours la rougeur et la tuméfaction constatables au laryngoscope s'atténuent, les symptômes diminuent d'intensité et bientôt disparaissent. La maladie ne dure en tout que quatre à six jours au plus.

C. Laryngite sous-glottique aiguë. — La laryngite sous-glottique aiguë est une affection exceptionnelle chez l'adulte. C'est une maladie de l'enfance, et les sujets chez lesquels on l'observe presque exclusivement sont âgés de trois à sept ans. Elle a été décrite par Guersent sous le nom de *pseudo-croup*, et surtout par Bretonneau, qui l'a appelée *laryngite striduleuse* ⁽¹⁾ et en a rattaché les symptômes à leur vraie cause, la tuméfaction de la muqueuse laryngée déterminant un rétrécissement momentané de l'orifice des voies aériennes. C'est vraisemblablement, disait Bretonneau, une sorte d'« enchiffrement de la glotte ». En réalité, la tuméfaction ne siège pas au niveau des lèvres de la glotte, mais bien au-dessous. Le vestibule et les cordes vocales sont bien touchés, à quelque degré, par le catarrhe, mais l'inflammation atteint un degré beaucoup plus intense au-dessous du bord libre des cordes vocales, et elle donne lieu à ce niveau, dans toute la partie supérieure de la région sous-glottique du larynx, à une tuméfaction en forme de bourrelet saillant, rouge et induré, dont la base ne suit pas les cordes vocales dans leurs mouvements d'abduction, et qui détermine un rétrécissement constant de l'entrée des voies aériennes.

L'étiologie spéciale de la laryngite sous-glottique aiguë est encore très obscure. Elle est le plus souvent, semble-t-il, liée au refroidissement; mais elle ne se voit guère que comme laryngite primitive ou consécutive à un catarrhe nasal ou naso-pharyngé, et on ne la voit pas se développer consécutivement à un catarrhe bronchique à titre d'inflammation propagée: les conditions particulières qui lui imposent son siège nous échappent absolument, et tout ce que nous savons, c'est ce que ces conditions jusqu'ici inconnues se trouvent surtout réalisées chez les enfants de deux ou trois à sept ans, puisque cet âge est celui où nous observons presque exclusivement la maladie. Les enfants strumeux ou lymphatiques porteurs de lésions nasales (coryza chronique congestif ou hypertrophique), de catarrhe chronique et d'hypertrophie de l'amygdale rétro-nasale et des amygdales palatines, y sont spécialement prédisposés; toutefois, il importe de remarquer que, chez ces enfants, on confond bien souvent les accès de spasme glottique purement nerveux auxquels ils sont sujets à la moindre attaque de coryza, avec une laryngite striduleuse vraie. Leur prédisposition est néanmoins réelle, en ce sens que les inflammations des voies aériennes et du larynx sont plus fréquentes chez eux, comme chez tous les sujets souffrant d'obstruction nasale. Peut-être est-ce à l'hérédité de ces conditions prédisposantes qu'est due l'hérédité manifeste de l'affection: celle-ci ne fait pas de doute; on voit, dans certaines familles, les enfants présenter des attaques de laryngite striduleuse à tour de rôle, et l'anamnèse apprend bien souvent que pendant leur enfance, le père ou la mère ont présenté des accidents analogues.

La laryngite striduleuse a le plus souvent un début fébrile; elle commence comme un rhume, et l'enfant est atteint déjà, depuis un jour ou deux, d'une toux quinteuse et rauque, quand apparaissent les *accès dyspnéiques* qui sont le

⁽¹⁾ BRETONNEAU. *De la diphtérie*, Paris, 1826, p. 264 et suivantes. — Voyez aussi TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, et les divers traités classiques de pathologie infantile.

symptôme caractéristique de la maladie. Le plus souvent, le premier accès est précédé d'une légère dyspnée permanente, d'un peu de stridor inspiratoire sensible quand le petit malade s'agite ou fait quelque effort. Ce premier accès débute presque toujours la nuit. L'enfant s'est couché assez calme et s'est bientôt endormi; mais, au bout de quelques heures de sommeil, la respiration s'embarasse, l'agitation se montre et augmente, le visage se couvre de sueur. Puis, tout à coup, le petit malade se réveille en sursaut, la respiration devient bruyante, l'inspiration est longue, sonore, sifflante, striduleuse, et l'expiration est fréquemment entrecoupée de secousses de toux bruyante, de basse tonalité, rauque, forte, conquassante. Cette toux, qui ne manque jamais, est un signe de haute valeur diagnostique, car elle conserve son timbre pendant toute la durée de l'affection, au lieu de s'éteindre, comme il arrive en cas de croup. Pendant toute la durée de l'accès, l'agitation est toujours assez marquée, et l'angoisse est d'autant plus grande que la dyspnée est plus accentuée. Le pouls est fréquent, la face vultueuse, la peau chaude, la face couverte de sueur. Après une demi-heure, une heure, deux heures au plus, les accès dyspnéiques, qui se sont succédé presque sans interruption, interrompus seulement par quelques secondes de calme relatif et réveillés par les secousses de toux, finissent par céder; le calme reparait, la peau devient moite, le pouls se ralentit et l'enfant se rendort. L'intensité de la dyspnée est très variable, elle peut parfois acquérir un haut degré, et donner lieu à un tirage marqué et à des symptômes d'asphyxie commençante, mais le plus souvent ces phénomènes graves font défaut. Il peut y avoir, dans les cas les plus sévères, plusieurs accès dans la même nuit, et même des accès pendant le jour. Mais le plus souvent, la journée se passe sans autres accidents qu'un peu de toux, et, de temps à autre, une légère difficulté respiratoire. La voix reste sonore, bien que faible, basse et enrouée. Souvent, le petit malade, si son âge lui permet d'y porter attention et de s'en plaindre, accuse une sensation de chaleur constante au niveau du larynx; et un peu de douleur, une sensation de piqure le plus souvent, au même point, lorsqu'il tousse.

Après avoir reparu deux ou trois nuits de suite, souvent avec une intensité croissante, les accès nocturnes diminuent d'intensité, et cessent au bout de 8 à 10 jours. La toux devient plus grasse et moins fréquente, la voix redevient claire, et la guérison arrive en 15 jours environ. Toutes les fois où l'on a affaire à une laryngite striduleuse vraie, la durée de la maladie dépasse toujours un septenaire; elle peut même durer plus de quinze jours, ainsi que l'a observé Massei, qui a donné de cette maladie une description remarquable ⁽¹⁾. Les prétendues laryngites striduleuses à marche rapide, disparaissant en quatre ou cinq jours, ne sont que des accès de spasme glottique indépendants de lésions inflammatoires du larynx.

Lorsque l'examen laryngoscopique est possible (et, chez les enfants âgés de quatre à sept ans, il est souvent praticable), il fait reconnaître, indépendamment d'une hyperémie diffuse du vestibule laryngien, l'existence d'une tuméfaction plus ou moins marquée, de la muqueuse de la région sous-glottique: les cordes vocales inférieures, rosées ou rouges, mais non tuméfiées, sont doublées, sur toute leur longueur, d'un bourrelet fusiforme, rouge et tendu, qui fait saillie au-dessous et en dedans de leur bord libre. Ce bourrelet disparaît, recouvert par les vraies cordes, pendant la phonation; mais, pendant l'inspiration, il est nette-

⁽¹⁾ MASSEI, *Patologia e terapia della laringe*, t. II, p. 165 et suiv.