

l'aide de pulvérisations répétées, ou mieux à l'aide d'un pinceau imbibé d'eau tiède dont on le badigeonne après une pulvérisation locale d'une solution de cocaïne, on se rend compte, dans la plupart des cas, du point de départ ou des points de départ de l'hémorragie, qui le plus souvent se trouvent sur les faces supérieures des cordes vocales. Les hémorragies cessent d'ordinaire de reparaître au bout de quelques jours, et la durée de la maladie ne dépasse pas celle d'une laryngite aiguë de moyenne intensité.

Pronostic. — Le pronostic de la *laryngite catarrhale aiguë diffuse* est toujours favorable, à tous les points de vue, quand elle est soignée. Mais si le malade continue à s'exposer au froid, s'il fatigue son larynx en s'efforçant de parler, s'il l'irrite en continuant à fumer, l'affection risque de ne pas suivre son cours régulier et de passer à l'état chronique. Il en est de même lorsque, sous l'influence répétée des causes qui ont déterminé la première atteinte, les attaques de laryngite aiguë se succèdent à intervalles rapprochés. La résolution ne se fait bientôt plus qu'incomplètement, la muqueuse laryngée devient le siège de lésions permanentes, et la laryngite chronique s'installe, rebelle et tenace.

Le pronostic de l'*épiglottique catarrhale* est tout à fait bénin; il s'agit, dans la plupart des cas, d'une affection accidentelle et sans conséquences.

Quant à celui de la *laryngite striduleuse*, il est, dans la très grande majorité des cas, favorable. Toutefois il peut devenir sérieux lorsque les accès de spasme glottique deviennent menaçants par eux-mêmes, à cause de leur intensité et de leur durée. La mort par suffocation est extrêmement rare; mais, dans un certain nombre de cas, on n'a pu l'éviter qu'en recourant à la trachéotomie. Il importe de remarquer que ce sont là des faits exceptionnels; lorsque la laryngite striduleuse menace l'existence, c'est à cause des complications broncho-pulmonaires qui viennent s'y surajouter. On a vu, dans un assez grand nombre de cas, la laryngite rubéolique se présenter sous forme de laryngite striduleuse grave: en pareil cas, le diagnostic avec le croup peut être difficile, et le pronostic doit toujours être réservé, car les accidents laryngés sont souvent suivis de broncho-pneumonies fatales.

Le pronostic de la *laryngite hémorragique* est le plus souvent sans gravité, à moins que l'affection ne se montre dans le cours d'une maladie générale grave (variolo, leucémie, scorbut, etc.), auquel cas, d'ailleurs, le pronostic relève bien plus de la maladie causale que de la complication laryngée.

Diagnostic. — Le diagnostic de la laryngite catarrhale aiguë exige impérieusement l'emploi du miroir laryngoscopique. Toutes les fois où l'âge du malade le permet, on ne doit jamais négliger d'y recourir, et grâce à ce moyen on évitera bien souvent de confondre avec une laryngite aiguë ou subaiguë simple une lésion spécifique syphilitique ou tuberculeuse, ou une *paralysie laryngée à début brusque*. L'anamnèse, la marche des accidents, l'aspect laryngoscopique, permettent le plus souvent de poser un diagnostic précis; mais on doit toujours penser à éliminer la *laryngite syphilitique* secondaire érythémateuse; comme la toux manque souvent dans la laryngite simple, on peut se trouver embarrassé, si l'on a affaire à un syphilitique ne présentant plus de lésions bucco-pharyngées et chez lequel les accidents gutturaux ont passé inaperçus. La constatation des traces d'une vérole récente, et l'aspect rouge sombre, comme velouté, des cordes vocales et du vestibule laryngien, doivent

faire penser à la laryngite syphilitique érythémateuse. D'autre part, les laryngites aiguës simples ne sont pas rares chez les syphilitiques, et elles affectent souvent chez eux un aspect parfois peu différent de celui de la laryngite spécifique; de sorte que le diagnostic peut présenter quelquefois des difficultés très sérieuses. La question est bientôt tranchée, dans la très grande majorité des cas, par l'épreuve du traitement spécifique: alors qu'en cas de laryngite syphilitique le traitement mixte donne lieu, sous peu de jours, à une amélioration objective manifeste; on voit, dans le cas contraire, l'état du larynx s'aggraver immédiatement sous l'influence de l'ingestion de l'iodure de potassium. Il importe même de remarquer que bon nombre de cas de laryngite simple, survenant chez des syphilitiques à la période secondaire, sont en réalité des manifestations d'iodisme; et le mieux à faire, en pareil cas, est de supprimer le médicament, et de remplacer le traitement mixte par le traitement mercuriel simple.

Je ne m'occuperai pas ici du diagnostic différentiel de la *laryngite tuberculeuse* aiguë, question qui sera exposée ultérieurement. Quant au diagnostic du *croup*, il a été longuement étudié dans le volume précédent de cet ouvrage, où l'on a vu de quelles difficultés il était entouré dans certains cas, lorsqu'il s'agit de différencier une laryngite spasmodique simple d'une laryngite diphtérique à marche insolite.

Chez l'adulte, j'ai déjà signalé comme cause d'erreur la *laryngite sèche*, qui peut présenter des poussées subaiguës, avec accumulation de sécrétions sous-glottiques donnant lieu à des accès spasmodiques. On doit aussi se garder de confondre avec une fausse membrane diphtérique les taches grises, formées d'une couche de cellules épithéliales desquamées, qu'on peut observer dans le catarrhe aigu simple. En cas de doute, on aura recours (si l'on a une habitude suffisante des instruments laryngiens) à l'exploration directe à l'aide d'un stylet garni d'un peu de coton hydrophile sec. Les amas épithéliaux se détachent avec une extrême facilité; leur adhérence est nulle, et pour peu qu'on n'ait fait que passer légèrement le tampon sur la région, la muqueuse sous-jacente n'est ni sanguinolente, ni plus rouge que celle des parties voisines. En cas de fausse membrane diphtérique, l'adhérence est toujours assez marquée, et l'exsudat se détache par lambeaux en laissant une surface rouge et souvent saignante.

Il importe cependant de songer à une cause d'erreur, et de ne pas confondre avec une diphtérie au début, en se basant sur les signes que je viens de rappeler, une laryngite *herpétique*. L'angine herpétique peut en effet, ainsi que l'a vu et fait remarquer M. Ch. Fernet⁽¹⁾, frapper le larynx et y donner lieu à quelques vésicules ou quelques groupes de vésicules blanchâtres ou jaunâtres, et consécutivement à une petite fausse membrane. Mayer-Huni, Stepanoff, Beregszaszi, Massei, Schrötter, et d'autres, ont observé aussi des cas de ce genre. La marche de l'affection, la coexistence de lésions herpétiques du pharynx, l'absence de reproduction de la membrane après son ablation, et enfin l'examen bactérioscopique, au besoin, fixeront le diagnostic.

Le diagnostic de la *laryngite hémorragique* doit être fait avec l'hémoptysie; l'examen laryngoscopique ne suffit pas toujours à l'établir avec certitude. Il faut souvent encore, pour se rendre compte du point de départ de l'hémorragie, recourir à l'exploration directe et au titoyage du larynx avec le stylet

(1) CH. FERNET, Herpès laryngé; *Comptes rendus de la Société clinique et France médicale*, 1879.

porte-ouate. On ne doit pas oublier que le sang peut venir à la fois du larynx et de la trachée (*laryngo-trachéite hémorragique*).

Les paralysies laryngées seront reconnues au premier examen à l'aide du miroir, et nous ne nous y arrêterons pas; non plus qu'aux œdèmes, inflammatoires ou autres, dont les symptômes peuvent simuler une laryngite catarrhale, mais dont les signes laryngoscopiques sont caractéristiques.

Traitement. — Le traitement de la laryngite catarrhe aiguë varie suivant la cause de l'affection. Lorsque celle-ci est consécutive ou associée à un coryza aigu, son traitement se confond avec celui du rhume : le repos, le benzoate de soude à l'intérieur, le séjour dans un appartement à température constante, les pédiluves très chauds, le silence surtout, en font les frais. Indépendamment du benzoate de soude, ou pour remplacer ce médicament chez les sujets qui le supportent mal ou n'en retirent pas d'avantages, on donnera les balsamiques : sirop de Tolu, sirop de bourgeons de sapin; et les opiacés : sirop de codéine ou de narcéine. L'alcoolature de racines d'aconit, prescrit avec prudence, peut être utile : il calme parfois merveilleusement la toux, même si celle-ci est plutôt le fait d'une trachéo-bronchite concomitante que de la laryngite elle-même. L'utilité des sudorifiques me paraît douteuse.

Lorsque la laryngite succède à des excès alcooliques associés à des fatigues de la voix et à l'abus simultané de la fumée de tabac, tous ces moyens sont à peu près complètement inefficaces. On doit se borner à prescrire le repos et un silence absolu; à tenter de décongestionner le larynx à l'aide de pédiluves très chauds, et de sinapismes appliqués au devant du cou; à calmer l'irritation par des inhalations de vapeur d'eau. En pareil cas, les bains de vapeur ou d'air chaud semblent parfois rendre des services, en agissant comme dérivatifs.

En aucun cas, on ne devra tenter le prétendu traitement abortif de la laryngite aiguë par les applications directes de solutions astringentes (nitrate d'argent, chlorure de zinc) ou les insufflations de poudres (talc et nitrate d'argent, etc.). Je n'ai jamais vu ces moyens réussir, et bien des fois j'ai constaté l'impossibilité de les mettre en usage sans provoquer de violents accès de spasme de la glotte, suivis parfois d'une aggravation des symptômes antécédents. Massei recommande très chaudement, comme une méthode abortive héroïque si elle est utilisée dès le début, les pulvérisations gutturales chaudes, répétées trois ou quatre fois par jour, de chlorhydrate d'ammoniaque, en solution à 2 pour 100 environ dans l'eau distillée. J'ai essayé ce moyen dans quelques cas, sans en retirer un grand bénéfice; et j'en dirai autant des applications locales de solutions de cocaïne, recommandées par le même auteur.

Le traitement de la laryngite striduleuse est le même que celui de la laryngite catarrhale aiguë ordinaire; mais, de plus, il comporte le traitement des accès dyspnéiques qui compliquent la maladie. On arrive souvent à diminuer l'intensité de ces accès en faisant vivre le malade dans une atmosphère chargée de vapeur d'eau; pour cela, on maintient en ébullition, le jour et surtout la nuit, à l'aide d'une lampe à gaz ou d'un fourneau à pétrole, un récipient rempli d'eau additionnée de teinture de benjoin, qu'on place dans la chambre du malade. L'accès lui-même est généralement amendé et abrégé par l'application, au devant du cou, de compresses de tarlatane imbibées d'eau très chaude, et renouvelées à mesure qu'elles commencent à se refroidir. Ce moyen, employé par Graves qui se servait pour cela d'une éponge, chaudement recommandé par Trousseau et

la plupart des auteurs, est des plus efficaces; et sa simplicité, sa facilité d'exécution, son innocuité, sont autant de raisons pour le faire préférer aux applications de glace qui n'agissent pas mieux et ne sont pas exemptes d'inconvénients. Dans les cas les plus graves, lorsque les accès deviennent inquiétants à cause de leur intensité, de leur fréquence ou de leur durée, on obtient souvent des résultats excellents, immédiats et durables, d'une saignée locale, pratiquée à l'aide de l'application de deux ou trois sangsues au-devant du cou. La trachéotomie n'est que très rarement nécessaire; avant d'y recourir, et si l'asphyxie devenait imminente, on devrait tenter le tubage de la glotte, qui permettrait peut-être d'éviter l'opération sanglante. Quant à la dilatation forcée du larynx (pratiquée à l'aide d'une pince laryngienne à écartement latéral) récemment recommandée par M. C. Paul qui lui aurait dû un succès, je doute que son emploi se généralise; et je ne la considère pas comme une manœuvre assez inoffensive (surtout si elle doit être faite à l'aveugle par un médecin étranger à la laryngoscopie), pour conseiller de la pratiquer à moins d'absolue nécessité : par exemple, lorsque l'arsenal du tubage de la glotte lui fait défaut, et qu'il ne lui reste plus autre chose à faire avant de recourir à la trachéotomie. Encore, en pareil cas, devra-t-on se garder de recourir à une pince laryngienne, en admettant qu'on ait sous la main un instrument de ce genre, présentant des dimensions appropriées.

En effet, en introduisant dans le larynx d'un jeune enfant une pince fermée et en écartant ensuite les branches avec effort, on risquerait de léser non seulement la muqueuse enflammée, infiltrée et par cela même plus friable, mais encore les attaches des ligaments péri-articulaires et thyro-aryténoïdiens, et de compromettre à jamais la voix. Si le larynx échappe à ces lésions, c'est parce que les mors de la pince sortent de la glotte en glissant sur ses lèvres au moment où elle est ouverte, et qu'en réalité la seule dilatation produite est celle qui a résulté de l'introduction de l'instrument fermé entre les cordes vocales. D'ailleurs le point de départ de cette idée thérapeutique est la comparaison de la glotte à un sphincter; les spasmes des sphincters pouvant cesser sous l'influence de la dilatation, on veut faire cesser celui du larynx par le même moyen. En réalité, le larynx n'est assimilable à un sphincter que lorsqu'il réalise l'occlusion de son vestibule à l'aide des muscles thyro-aryténoïdiens et autres, qui affectent une disposition annulaire, dans sa région sus-glottique; il en est ainsi dans le phénomène de l'effort, par exemple. Mais, dans l'occlusion laryngée due au spasme glottique, ces muscles n'interviennent nullement; les cordes vocales seules se trouvent rapprochées et tendues, ainsi que le miroir laryngien permet de s'en assurer. Or, bon nombre des muscles dont l'action synergique réalise cette occlusion sont situés à l'extérieur du squelette cartilagineux (crico-aryténoïdien postérieur, ary-aryténoïdien transverse, crico-thyroïdien), ils échappent entièrement à l'action du dilatateur qui ne se fait sentir que sur les apophyses vocales élastiques, les thyro-aryténoïdiens et les crico-aryténoïdiens latéraux; à moins, comme je l'ai dit tout à l'heure, qu'elle ne réussisse à produire la déformation ou la dilatation de la charpente cartilagineuse annulaire, résultat qu'elle ne peut viser sans imprudence, et qu'elle ne peut jamais atteindre, même chez l'enfant, sans risque de fractures de cartilages, ou tout au moins des lésions articulaires. Dans ces conditions, la guérison du spasme de la glotte par la dilatation forcée du larynx ne peut être qu'une vue de l'esprit : la dilatation n'est utile qu'en raison de son effet mécanique, qui est d'ouvrir la

glotte et de laisser entrer l'air; et dès lors il vaut mieux chercher à obtenir ce résultat avec une sonde urétrale à extrémité mousse, en pratiquant le cathétérisme du larynx, comme le conseillait Desault; car, si le cathéter est poussé sans violence, exactement le long de la face laryngienne de l'épiglotte, et n'est pas de trop gros calibre, il peut pénétrer dans le larynx sans le léser; et, s'il y est maintenu assez longtemps, arrêter les progrès de l'asphyxie et en faire cesser les symptômes. On ne devra pas cependant perdre un temps précieux en tentatives répétées de ce genre si les premières sont infructueuses: mieux vaut ouvrir la trachée que de laisser succomber un enfant dont la guérison est à peu près assurée par une opération exempte de gravité si elle est faite régulièrement et antiseptiquement, et que l'opéré soit minutieusement soumis aux soins consécutifs méthodiques qui permettent aujourd'hui d'éviter sûrement en pareil cas, sauf exceptions malheureuses, l'apparition de complications bronchopulmonaires à terminaison fatale.

Le traitement de la laryngite hémorragique se confond avec celui de la laryngite aiguë quand les hémoptysies sont légères et que les caillots trachéo-laryngés ne sont pas assez abondants pour causer de la dyspnée. Dans le cas contraire, on aura recours avec avantage aux pulvérisations de solutions astringentes (perchlorure de fer, et mieux encore tanin) pour arrêter l'hémorragie si elle se prolonge; aux inhalations de vapeur d'eau ou aux pulvérisations alcalines, pour favoriser l'expulsion des caillots sanguins.

II

LARYNGITES CHRONIQUES

Étiologie. — Les processus inflammatoires chroniques de la muqueuse laryngée sont rarement chroniques d'emblée. Dans la majorité des cas, ils succèdent à des processus aigus de même ordre.

Il est rare qu'une laryngite catarrhale aiguë, survenant à titre accidentel chez un sujet jusque-là indemne, passe à l'état chronique; et pour qu'il en soit ainsi, il faut que le malade néglige tout traitement et continue à s'exposer aux causes dont sa laryngite a été la conséquence. Mais certaines laryngites spécifiques (rougeole, diphtérie, syphilis secondaire, etc.) peuvent être remplacées par une laryngite chronique consécutive non spécifique.

D'ordinaire, le catarrhe laryngé chronique ne s'installe que lorsque le malade a déjà souffert, antérieurement, d'attaques aiguës ou subaiguës répétées. Au bout d'un certain nombre de récidives, la résolution ne se fait plus complètement, et les lésions persistantes apparaissent, puis prennent une marche lente et continue. C'est le plus souvent ainsi que la maladie prend naissance chez les individus atteints de coryzas et d'angines chroniques. On ne doit évidemment pas les considérer comme des laryngites par propagation lorsqu'elles évoluent parallèlement aux lésions nasales ou pharyngées; elles ne sont, en pareil cas, qu'une localisation du catarrhe diffus des premières voies. Mais quoi qu'en dise Schrötter, les choses ne se passent point ordinairement ainsi, et la laryngite apparaît le plus souvent longtemps après les lésions nasales et pharyngées. Je ne les considère pas non plus cependant comme résultant alors

d'une extension des lésions par continuité ou contiguïté; et je crois que dans leur genèse le rôle prédominant appartient à l'insuffisance de la perméabilité nasale, qui, en obligeant le sujet à respirer, constamment ou la plupart du temps, par la bouche, et en soumettant ainsi son larynx à l'action continue ou répétée d'un air chargé de poussières et de germes, souvent trop froid et presque toujours trop sec, est ainsi par elle-même une cause puissante de laryngite.

On a longtemps attribué à l'élongation de la luette une valeur étiologique très exagérée, et que bien peu de médecins admettent encore aujourd'hui. Cependant Gottstein soutient que l'irritation que détermine une luette trop longue par son contact avec l'épiglotte, et les mouvements répétés de déglutition à vide qui en résultent, sont capables, sinon de causer la laryngite chronique, du moins de l'entretenir; et il cite des faits personnels à l'appui de son opinion. Je crois qu'en réalité l'hypertrophie de la luette est une conséquence de l'angine chronique diffuse qui coïncide si souvent avec la laryngite chronique, et qu'elle n'a pas d'influence spéciale sur le développement de cette dernière. Le plus souvent, je le répète, les lésions du pharynx buccal, aussi bien que celles du larynx, sont sinon causées, du moins entretenues et aggravées par l'obstruction ou la sténose du nez.

Cette dernière, bien autrement commune que l'hypertrophie de la luette chez les gens souffrant du larynx, se rencontre avec une fréquence extrême chez les sujets atteints de laryngites chroniques dites *professionnelles*: crieurs publics, chanteurs, orateurs et prédicateurs, comédiens, conférenciers, avocats, professeurs, etc., que leur métier expose déjà, en les obligeant à un usage continu et prolongé de la voix parlée ou chantée, à la fatigue du larynx et aux congestions locales de l'organe qui en résultent. Mais, pour être fréquentes dans ces cas, les lésions nasales ne sont pas constantes, et la laryngite peut se développer d'emblée à l'état chronique à la suite de fatigues vocales prolongées.

On observe encore des laryngites chroniques d'emblée chez des individus que leur profession expose à l'action continue, répétée ou prolongée des fumées ou des poussières quelconques, tels que les meuniers et les boulangers, les tailleurs de pierre, les charbonniers, mécaniciens ou chauffeurs, les gens séjournant dans des magasins où l'air est constamment chargé de poussière, dans des ateliers enfumés, etc.

Dans la majorité des cas, l'affection résulte de l'association de plusieurs causes différentes, dont chacune a contribué à sa genèse. Elle se développe très facilement et très fréquemment chez les grands fumeurs, et surtout les grands buveurs d'alcool, qui peuvent aussi bien être atteints chroniquement (*) d'emblée, qu'à la suite de laryngites aiguës négligées ou répétées.

La laryngite chronique est rare chez l'enfant. Cependant, chez les jeunes garçons, on la voit encore assez souvent se développer pendant la période de la *mue vocale*. Il s'agit presque toujours, en pareil cas, de jeunes collégiens ayant l'habitude d'entremêler leurs jeux en plein air de cris répétés, d'appels et de conversations à longues distances, etc., et qui continuent à faire de même, au prix d'efforts vocaux exagérés, malgré l'enrouement dont ils ont été atteints dès le début de la période de la mue et qui eût cessé avec elle si l'organe en voie de développement n'eût pas été astreint à des fatigues intempestives. L'affection n'apparaît non plus qu'exceptionnellement chez les vieillards. La très grande majo-

(*) Comme les angines, les laryngites chroniques *d'emblée* sont, en réalité, le résultat de poussées subaiguës, très légères et passant inaperçues, mais constantes.