

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 broncho-pulmonaires 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.

rité des malades sont atteints à l'âge adulte. Bien que parmi eux les hommes soient en majorité, l'influence du sexe n'est qu'apparente; cette différence vient de ce fait que les hommes sont astreints à des occupations ou à un genre de vie qui les exposent plus que leurs compagnes aux diverses causes déterminantes. Mais si la femme vient à se trouver dans des conditions analogues, elle contracte l'affection tout aussi facilement; et, dans certains milieux féminins où les causes de la laryngite ont occasion de s'exercer, celle-ci devient très commune. Il en est ainsi, par exemple, chez les filles publiques, que leur profession expose à la fois aux refroidissements, aux conséquences de l'ivrognerie, de l'abus du tabac, etc. Les excès vénériens paraissent en outre jouer dans ce cas un rôle important. Leur retentissement sur l'appareil de la voix est évident chez bien des sujets: certains chanteurs ne peuvent se permettre de dépasser quelque peu la mesure, en cette matière, sans perdre momentanément une partie de leurs moyens. Leur voix est moins sûre, moins étendue, parfois altérée dans son timbre; quelques-uns même sont pris d'un enrouement plus ou moins marqué dû à des phénomènes congestifs avec ou sans parésies musculaires.

Symptomatologie. — La symptomatologie de la laryngite chronique est extrêmement restreinte. La douleur est nulle, le plus souvent, ou bien elle se réduit à quelques sensations vagues d'irritation intra-laryngée, lorsque le malade a parlé plus que d'ordinaire. Ces sensations ne deviennent que rarement assez intenses pour provoquer la toux, ou du moins pour déterminer des quintes dont se plaint le malade. Si le malade tousse, il le doit dans la majorité des cas à la trachéite ou à la bronchite chronique qu'il n'est pas rare de voir accompagner l'affection laryngée de même nature. Celle-ci n'amène la toux que lorsque les mucosités s'accumulent dans le larynx, elle cesse après leur expulsion, et elle ne prend de fréquence et d'intensité que dans les laryngites sèches, lorsque les sécrétions concrètes et adhérentes agissent à la façon de corps étrangers. J'ai déjà dit qu'en pareil cas, l'accumulation de ces amas de mucus desséché au niveau et au-dessous des cordes vocales pouvait amener des accidents dyspnéiques caractérisés par de violents accès de spasme glottique. On peut voir aussi des troubles respiratoires dans certains cas de laryngite hypertrophique, mais les faits de ce genre sont exceptionnels.

L'expression symptomatique constante de la laryngite chronique est l'altération de la voix. Mais cette altération est extrêmement variable. Elle peut n'être qu'intermittente: tantôt alors elle ne se fait sentir que le matin, et elle disparaît lorsque le malade a expulsé les sécrétions collectées au niveau de l'orifice laryngien, et que la muqueuse a perdu sa sécheresse ou repris sa souplesse; tantôt au contraire elle fait défaut au lever et pendant les heures suivantes, pour n'apparaître que lorsque le malade a fait un usage plus ou moins répété et prolongé de la voix. Beaucoup de sujets ne commencent à être enroutés que dans la soirée, après avoir eu une voix à peu près normale pendant la journée. D'autres enfin ne sont enroutés que s'ils ont parlé plus que de coutume, ou après avoir fumé. Mais il n'en est ainsi que dans les cas où la laryngite est légère. Si celle-ci est plus accentuée, l'enrouement devient permanent: et on le voit encore augmenter à certains moments, mais sans jamais disparaître. La dysphonie peut d'ailleurs présenter tous les degrés possibles, et varier depuis l'enrouement léger qu'on désigne sous le nom de voix « voilée » ou « couverte », jusqu'à la raucité la plus accentuée. L'aphonie complète est assez rare, elle peut

se montrer par intermittences (dans la laryngite sèche en particulier), mais il est exceptionnel qu'elle devienne permanente.

Signes laryngoscopiques. — L'examen objectif des lésions locales présentées par les sujets atteints d'inflammation chronique de la muqueuse laryngée donne des résultats trop dissemblables dans les différents cas qui se présentent à l'observation clinique, pour que l'étude de ces variétés d'aspect puisse être faite avec profit, si l'on ne procède pas à un classement rapprochant les uns des autres les cas dont l'analogie est nettement accentuée. On peut, par exemple, grouper en une seule classe les faits dans lesquels le phénomène prédominant paraît être l'altération de la sécrétion, classe qui comprendra la plupart des laryngites récentes et légères et peu de laryngites anciennes et graves; et les séparer d'une seconde classe composée des cas où l'hypertrophie, diffuse ou circonscrite, de la muqueuse laryngée, se présente avec des caractères assez nettement tranchés pour ne pas être confondue avec une simple tuméfaction inflammatoire, et prend dès lors une importance primordiale. La grande majorité des cas graves, la plupart des cas anciens rentrent dans cette classe, et d'ailleurs tous ceux qui la composent, même les plus légers, ne peuvent, ainsi que nous le verrons, être améliorés ou guéris que par des interventions d'ordre chirurgical. Nous diviserons donc les laryngites chroniques en *laryngites catarrhales* et *laryngites hypertrophiques*. Plus tard, d'ailleurs, l'étude des lésions histologiques qu'elles présentent confirmera les renseignements donnés par l'observation des malades, et nous montrera que les deux formes en question sont bien des formes *anatomo-cliniques*. En même temps que des lésions les rattachant à l'une ou à l'autre de ces formes, certains malades peuvent présenter des érosions ou des ulcérations de la muqueuse. Nous étudierons ces faits ultérieurement sous la rubrique de *variétés ulcéreuses*.

1^o Formes catarrhales. — Dans les cas récents et légers, l'examen du larynx montre que les lésions sont peu accentuées. La muqueuse de l'épiglotte et celle de tout le vestibule laryngien, y compris la région aryénoïdienne et les bandes ventriculaires, présentent une rougeur un peu sombre surtout accentuée au niveau de ces dernières. La membrane, légèrement tuméfiée, y présente un aspect chagriné plus ou moins accentué, et paraît plus humide qu'à l'état normal. L'épiglotte est souvent sillonnée d'arborisations vasculaires, mais elle est moins rouge que les parties sous-jacentes, bien que son épaisseur soit le plus souvent augmentée à quelque degré. Les cordes vocales inférieures sont aussi sillonnées de traînées vasculaires dilatées, parallèles à leur direction. Elles ont perdu leur couleur blanche et nacrée, sont devenues grisâtres, ont pris un aspect dépoli, humide, et paraissent relâchées, mais d'ordinaire elles ne présentent un aspect rosé qu'au niveau de leurs bords libres, et surtout en arrière. La cavité du larynx renferme des mucosités en abondance variable. Au niveau des bandes ventriculaires, de l'entrée des ventricules de Morgagni, sur la face supérieure des cordes et à la région interaryénoïdienne, le mucus est souvent disposé en petits amas globuleux, de couleur grisâtre, et parfois en traînées filantes. Mais dans un grand nombre de cas légers, ce sont surtout les cordes vocales où s'observent les sécrétions, et elles apparaissent sous forme de petits amas d'un blanc mat, ou de tracts de même couleur passant comme des ponts d'une corde à l'autre, au-dessus de la cavité du larynx. Dans les cas plus

intenses, les cordes vocales inférieures deviennent rosées ou rouges, tantôt dans toute l'étendue de chacune d'elles, tantôt sur une étendue variable de l'une d'elles ou des deux. En pareil cas, leur tuméfaction est ordinairement plus marquée, ainsi que celle des autres parties du larynx. Mais les sécrétions peuvent ne pas être plus abondantes, ou même être moins abondantes que dans les conditions précédentes. Telles sont les lésions de la *laryngite catarrhale chronique simple*. Elles sont plus ou moins marquées, mais toujours les mêmes. Lorsqu'on fait exécuter au malade, sous le contrôle du miroir, des efforts de phonation, on constate que les sécrétions tremblotent sous l'influence des vibrations des cordes. Dans un assez grand nombre de cas, il existe des parésies des muscles adducteurs, et plus souvent encore la tension vocale est insuffisante. Ces troubles moteurs contribuent pour une large part à l'altération de la voix.

Je m'abstiens de revenir ici sur les signes de la *laryngite catarrhale chronique sèche*, dont j'ai parlé déjà dans le volume précédent, et sur laquelle je suis revenu au sujet de l'ozène. Lublinski a proposé pour cette forme la dénomination de *laryngite chronique atrophique*, qui n'a pas encore été suffisamment justifiée par les recherches histologiques.

2^e Formes hypertrophiques. — Il est rare que l'hypertrophie de la muqueuse laryngée, circonscrite, disséminée, ou plus ou moins diffuse, fasse absolument défaut (j'entends dire ne soit pas appréciable objectivement) dans le catarrhe chronique du larynx, pour peu que celui-ci date d'un certain temps, et soit un peu accentué. Il existe toujours un certain degré de tuméfaction, et, lorsque celle-ci dure, elle amène des lésions persistantes de la muqueuse et son hyperplasie épithéliale et conjonctive. Mais dans beaucoup de cas ces altérations sont peu marquées, alors que les troubles sécrétoires sont très accentués. De même, lorsque les lésions hypertrophiques appellent tout d'abord l'attention, par leur netteté, au premier coup d'œil jeté sur le miroir laryngien, il est rare que les lésions ordinaires du catarrhe diffus ne soient pas en même temps constatables. Mais, dans ce dernier cas, et c'est là un point sur lequel il importe d'insister, les troubles sécrétoires peuvent être ou paraître insignifiants, et en tout cas se montrer beaucoup moins intenses que dans d'autres où ils semblent constituer à eux seuls toute la maladie. Ces faits peuvent jusqu'à un certain point légitimer la division des laryngites chroniques en « catarrhales » et « hypertrophiques », que la coexistence habituelle des lésions glandulaires et épithéliales et de celles du chorion muqueux semblerait d'autre part condamner comme plus schématique que réelle.

Quoi qu'il en soit, en nous plaçant exclusivement au point de vue de l'étude analytique des signes laryngoscopiques, nous pouvons constater, par l'observation, des lésions hypertrophiques variables suivant leur siège et leur étendue, aussi bien que d'après le degré qu'elles atteignent, et étudier d'abord les hypertrophies circonscrites localisées ou disséminées, et ensuite les hypertrophies diffuses de la muqueuse laryngée.

La forme la plus typique de l'hypertrophie circonscrite et localisée est celle⁽¹⁾ qui a été bien étudiée par Störk, puis par Fränkel, Wagnier (de Lille), et d'autres, et dont Störk a désigné les lésions sous le nom de *nodules des chanteurs*, adopté par M. Wagnier, mais qui ne doit pas être pris à la lettre, car l'affection peut

(1) WAGNIER, Des nodules des cordes vocales; *Revue de laryngologie*, 1888.

aussi bien résulter des fatigues de la voix parlée que de celles de la voix chantée. Elle est caractérisée par la présence au niveau du bord libre des cordes vocales inférieures, et à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de leur longueur, de deux petits nodules symétriques, de dimensions variant de celles d'une petite tête d'épingle à celles d'un grain de millet ou même un peu plus. Ces nodules, arrondis ou légèrement acuminés, sont ordinairement de couleur grisâtre ou parfois un peu rosée. Ils s'opposent au rapprochement normal des cordes vocales, se juxtaposent par leur surface interne pendant la phonation, et divisent alors, à proprement parler, la fente glottique en deux segments inégaux. Ils déterminent d'abord des troubles de la voix chantée un peu particuliers sur lesquels je n'insisterai pas ici, et ensuite de l'enrouement constant de la voix parlée. Parfois l'un des nodules est plus volumineux que l'autre; parfois enfin il n'existe qu'un seul nodule; mais lorsqu'il y en a un de chaque côté, ils se font face à peu près constamment.

Ces nodules peuvent constituer la seule lésion hypertrophique appréciable dans le larynx, qui n'est atteint en dehors d'eux que d'un catarrhe diffus plus ou moins léger; mais, en même temps qu'eux, certains sujets présentent, sur la muqueuse du vestibule, la face linguale de l'épiglotte, sur les deux tiers antérieurs des cordes vocales à coloration rosée plus ou moins diffuse, des saillies arrondies ou ovalaires de couleur rougeâtre. En pareil cas, les nodules sont d'ordinaire volumineux et de la même couleur. Ces saillies, à surface lisse ou veloutée, sont plus ou moins accentuées, plus ou moins nombreuses et rapprochées. Elles sont plus nettement appréciables à l'œil au niveau de la face supérieure des cordes vocales inférieures que sur les autres régions de la muqueuse laryngée, et, bien qu'elles ne forment qu'un léger relief, elles donnent aux rubans vocaux un aspect bosselé tout particulier. Le tiers postérieur des cordes, à partir du processus vocal, est d'ordinaire uniformément rouge et légèrement épaissi; la muqueuse interaryténoïdienne est légèrement chagrinée, mais la caractéristique de cette forme est de donner lieu à des saillies hypertrophiques disséminées, dont l'apparition a été postérieure à celle des nodules de Störk, et qui sont, dans la majorité des cas, plus abondantes au niveau de la partie antérieure de la muqueuse périglottique que de la région postérieure, interaryténoïdienne, du larynx.

De même que les nodules de Störk sont plus communs chez la femme que chez l'homme, ces saillies disséminées sont aussi plus fréquentes chez elle; et, d'après mon expérience, ce sont les institutrices, les professeurs de chant et les artistes lyriques qui en sont le plus souvent atteintes. Mais les individus du sexe masculin, obligés par leur profession à faire un usage exagéré de la voix parlée ou chantée, n'en sont pas pour cela toujours exempts. Les nodules et les saillies disséminées se voient aussi assez fréquemment chez les enfants des deux sexes, et souvent bien avant la période de la mue. Dans la majorité des cas cependant, les sujets atteints le sont à la suite de fatigues professionnelles, dont les conséquences sont facilitées par des lésions nasales et pharyngiennes.

Je considère cette forme de laryngite chronique comme tout à fait différente de la suivante, qui, dans la majorité des cas, est consécutive aux excès alcooliques, à l'abus du tabac, facteurs étiologiques ici presque nécessaires et plus constants que les fatigues de la voix, alors que dans les conditions précédentes ils manquent presque toujours. Les lésions peuvent être, comme dans le cas précédent, localisées et circonscrites; ou encore être, non plus disséminées, mais