

 UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 11

27-4
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA LARYNGITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE
FUSO-SPIRILLAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Novembre 1923.

PAR

Hippolyte - Jean BERGOT

Médecin de 2^{me} classe auxiliaire de la Marine

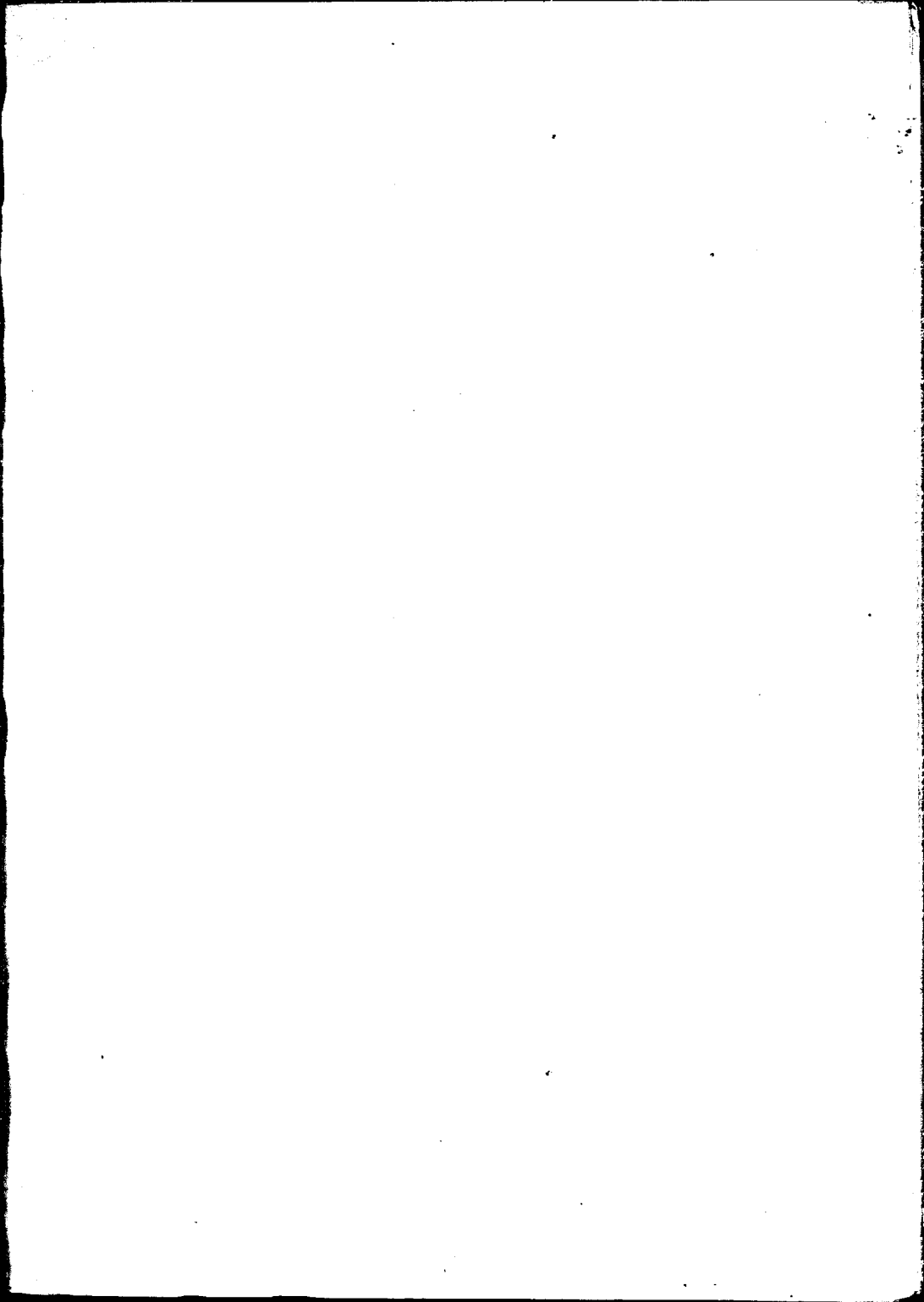
CROIX DE GUERRE

Né à PARIS (Seine), le 29 Mars 1897.



Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURE, professeur.....	Président.
		MANDOUL, professeur.....	Juges.
		ANDERODIAS, agrégé.....	
		R. SIGALAS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1923





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA LARYNGITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE
FUSO-SPIRILLAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Novembre 1923

PAR

Hippolyte - Jean BERGOT

Médecin de 2^{me} classe auxiliaire de la Marine

CROIX DE GUERRE

Né à PARIS (Seine), le 29 Mars 1897.

Examineurs de la Thèse	}	MM. MOURE, professeur.....	Président.
		MANDOUL, professeur.....	
		ANDÉRODIAS, agrégé.....	Juges.
		R. SIGALAS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUË.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Physiologie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREULH.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	AUCHE.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.....	GUYOT.
Chimie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	Maladies mentales.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Médecine légale.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.		LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
	N.		DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PÉRY.
	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	LEURET.	Pharmacie.....	TEULIÈRES.
	DUPÉRIÉ.		GOLSE.
	CREYX.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Pathologie externe.....	N.
Puériculture.....	ANDERODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.*

A MA FEMME ET A MON FILS

Faible gage de vive tendresse.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

Affectueusement.

A TOUS LES MIENS

A LA MÉMOIRE DE MON AMI GOETZ

A MES AMIS GRAS, GUILLAUME, CONDÉ

A MES CAMARADES DE RÉGIMENT,
DE SAINT-CYR
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ,
DE L'HOPITAL
ET DE
L'ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHÉLEMY

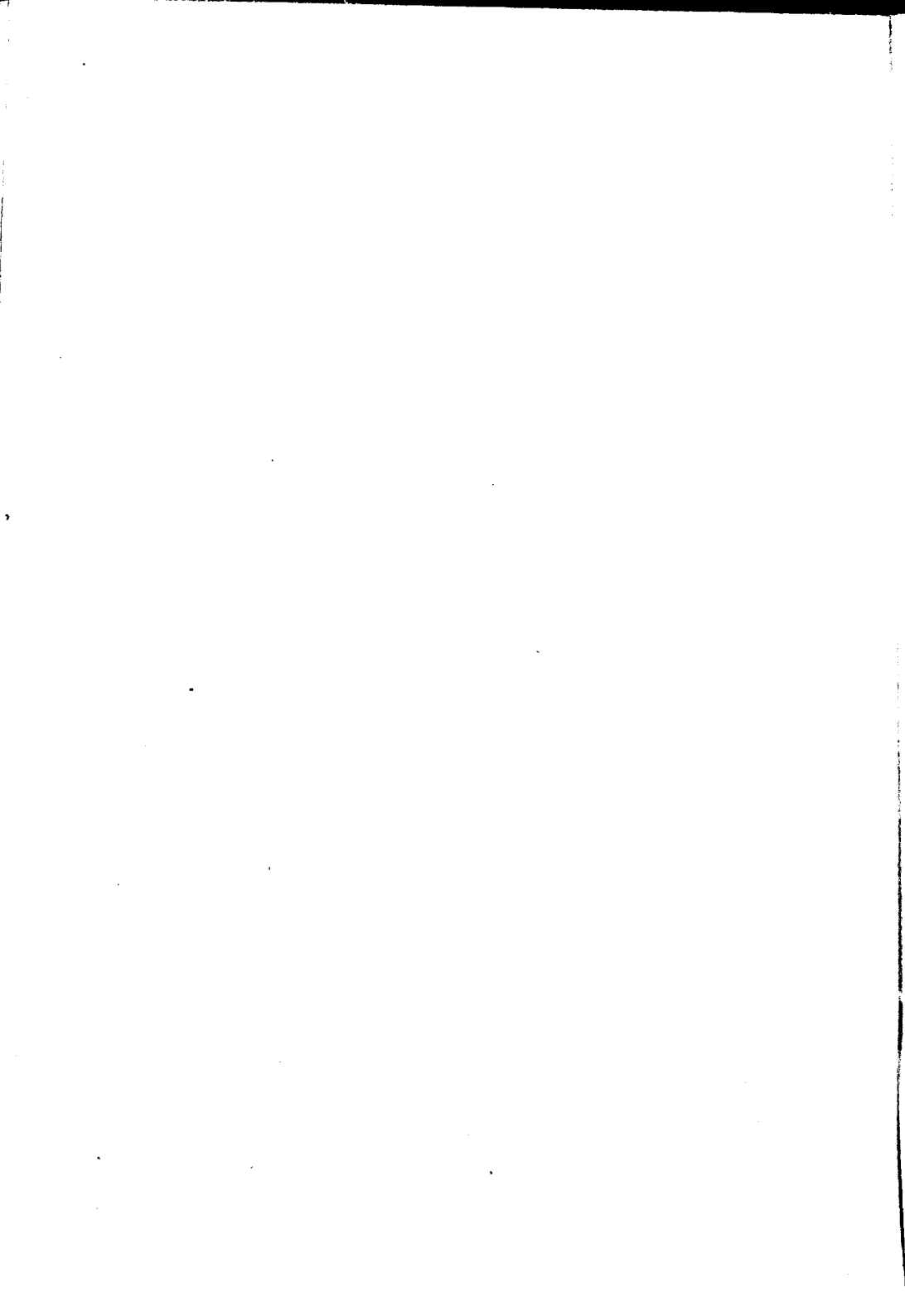
MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR E.-J. MOURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
GRAND-CROIX DE L'ORDRE D'ISABELLE-LA-CATHOLIQUE
COMMANDEUR DE L'ORDRE D'ALPHONSE-XIII

Hommage respectueux.



AVANT-PROPOS

Cette thèse marque le terme de nos études médicales à la Faculté de Bordeaux.

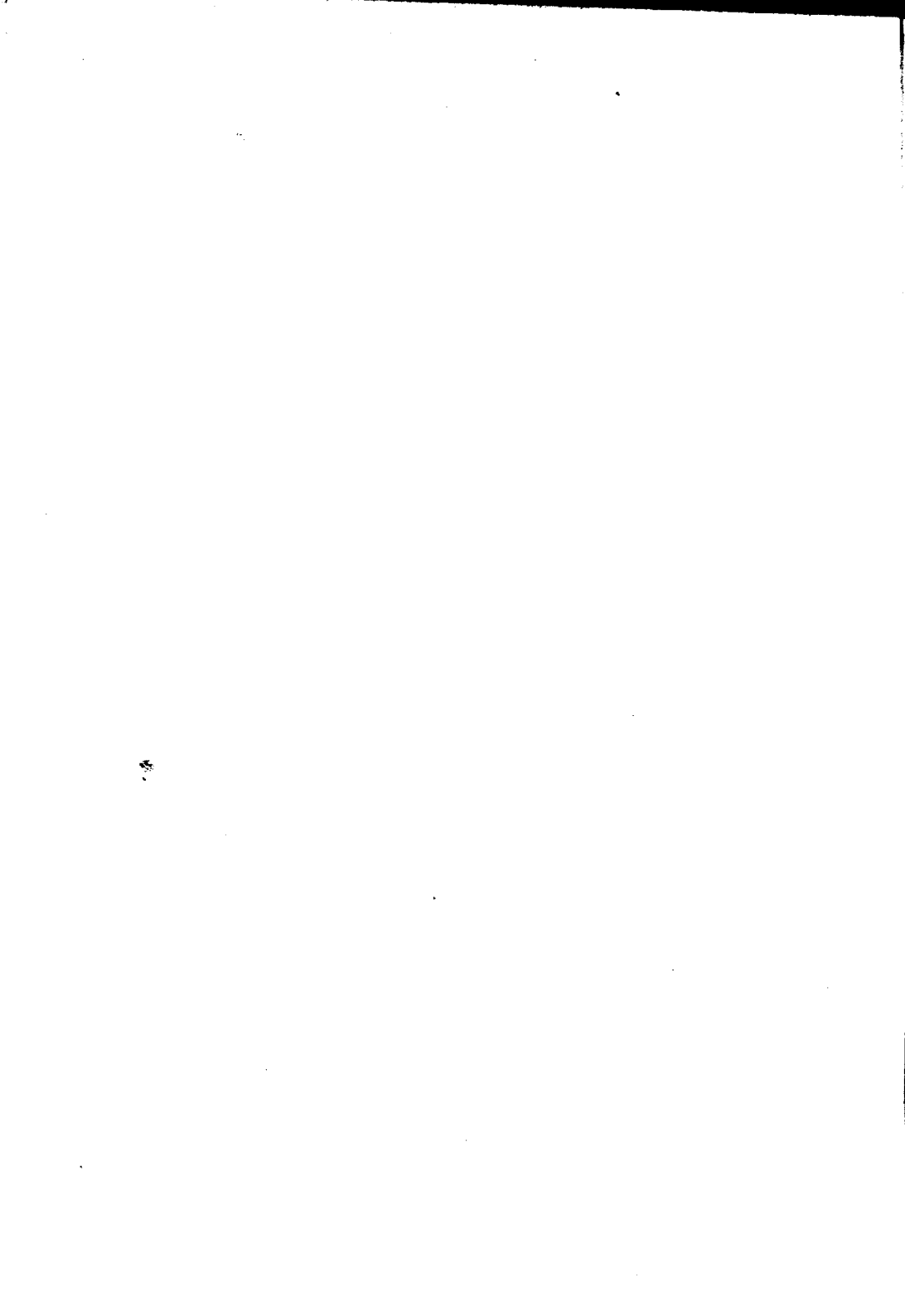
Sur les conseils de M. le Professeur Moure, nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier « La Laryngite ulcéro-membraneuse » ; le bacille de Vincent a, en effet, pu être rencontré dans quelques rares cas de laryngite, que nous nous sommes efforcé de rassembler.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser à M. le Professeur Moure l'hommage de notre plus vive reconnaissance, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous manifester et les conseils qu'il nous a prodigués au sujet de l'élaboration de notre thèse.

Nous adressons un souvenir ému aux Professeurs de l'Ecole Annexe de Médecine Navale de Brest, qui nous ont guidé au début de nos études médicales.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier tous nos Maîtres de la Faculté de Bordeaux de l'enseignement que nous avons reçu et des nombreuses preuves de bienveillance qu'ils nous ont témoignées.

Nos remerciements vont aussi à MM. les Docteurs Portmann, Moreau et Nouaillac, pour l'inlassable amabilité avec laquelle ils ont accueilli nos nombreuses demandes de renseignements.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LARYNGITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE FUSO-SPIRILLAIRE

INTRODUCTION

On désigne sous le nom de laryngite ulcéro-membraneuse : soit une localisation primitive sur l'organe vocal du bacille fusiforme de Vincent, le plus souvent associé au spirille ; soit l'extension à la muqueuse du larynx de l'affection similaire évoluant dans la bouche ou au niveau des amygdales : stomatite et angine du même nom.

Dans la littérature médicale, nous n'avons pu trouver qu'un nombre très restreint d'observations isolées. Il est probable que la rareté de cette infection laryngée a été la cause de l'oubli dans lequel elle est restée.

Pendant longtemps, en effet, ni les traités classiques, ni les manuels de laryngologie n'en firent mention. Le seul travail d'ensemble paru sur la question est celui dû à M. le Professeur Moure : « De la laryngite ulcéro-membraneuse », mars 1911 (10).

Depuis cette époque M. le Professeur Moure, une première fois dans le « Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx et du nez » (I), et, plus récemment, dans le « Traité pratique d'oto-rhino-laryngologie » (II), consacra un chapitre à l'état morbide qui nous occupe.

(1) Les numéros entre parenthèses renvoient à l'index bibliographique.

Cependant la laryngite ulcéro-membraneuse :

1° Se manifeste par un certain nombre de troubles fonctionnels et objectifs caractéristiques souvent très sérieux;

2° L'examen bactériologique y révèle constamment de nombreux bacilles fusiformes généralement associés à des spirilles ;

3° Elle retentit gravement sur l'état général.

Elle mérite donc une place spéciale dans la pathologie du larynx.

Vraisemblablement, un certain nombre d'ulcérations fuso-spirillaires durent échapper à l'observation, l'examen laryngoscopique n'étant généralement pas fait en cas d'angine de Vincent à moins de symptômes laryngés évidents, et il est permis de penser que les exemples se multiplieront le jour où cette affection sera mieux connue.

Nous présenterons notre travail de la façon suivante :

HISTORIQUE.

ETIOLOGIE.

BACTÉRIOLOGIE.

SYMPTOMATOLOGIE.

EVOLUTION. — PRONOSTIC.

COMPLICATIONS.

OBSERVATIONS. — FORMES CLINIQUES.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

TRAITEMENT.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

Historique.

On peut lire dans certains classiques : « Les angines causées par le bacille de Vincent localisent d'habitude leurs lésions à l'isthme du gosier ; elles n'ont aucune tendance à envahir les voies aériennes : *elles n'aiment pas le larynx* ».

Pendant longtemps, en effet, l'infection ulcéro-membraneuse sembla devoir se limiter à la muqueuse de l'oropharynx et ne pas dépasser les piliers postérieurs. Cette barrière a été franchie et, quoique rare, l'envahissement du larynx, voire même de la trachée et de l'arbre pulmonaire (11) a pu être constaté.

Nous avons été frappé, au cours de nos recherches bibliographiques, du peu de liaison qui existe entre les différentes observations que nous avons pu recueillir.

Le premier cas faisant allusion au sujet qui nous intéresse a été observé en 1903 par Veillard (19) et non par Reiche (13) à qui semblait revenir le mérite de la première publication de « laryngite ulcéro-membraneuse », en 1907.

En 1909, M. le Professeur Moure relatant un troisième cas de ce genre (10), décrivit pour la première fois les symptômes cliniques et la marche générale de cette affection.

L'année suivante, Arrowsmith (2) communique deux nouveaux exemples de laryngite ulcéro-membraneuse, qu'il considère du reste comme étant les premiers de ce genre publiés dans la science médicale.

En 1911, M. le Professeur Moure fait paraître un travail d'ensemble sur la question (10) et, quelques mois après,

Daudin-Clavaud note une observation analogue (5) également étudiée dans le service de laryngologie de Bordeaux.

En 1913, Texier parle d'un « Cas rare et grave de localisation successive du bacille de Vincent sur le pharynx et le larynx » (17).

Nous avons trouvé dans la littérature contemporaine : une observation de Van Hoogenhuyze et Kleyn (18), parue pendant la guerre, et une publication de Hirsch (8) dont nous rapportons l'analyse faite par M. Lautmann (9).

La *Gazette des Hôpitaux* du 24 avril 1919 publie un article de MM. Du Castel et Dufour sur la « *Laryngite fuso-spirillaire* » commençant par cette phrase : « Les livres classiques passent habituellement sous silence l'existence d'une laryngite fuso-spirillaire; elle mérite peut-être d'être mieux connue... » (7).

Enfin nous regrettons de ne pouvoir que citer la dernière communication faite sur la question par M. le Docteur Bourgeois (3) à la Société française d'oto-rhino-laryngologie (mai 1923), que nous n'avons pu nous procurer.

Telle est, très incomplètement rapportée, l'histoire un peu confuse de la laryngite ulcéro-membraneuse.

Étiologie.

La laryngite ulcéro-membraneuse frappe de préférence les sujets du sexe masculin ; nos observations concernent des hommes âgés de 21 à 40 ans ; on ne la rencontre pas chez les enfants. La profession ne paraît jouer aucun rôle. Elle est surtout fréquente au printemps et en automne ; il semble donc qu'un air froid et humide soit une condition physique favorable à sa production. L'influence du terrain serait un facteur étiologique important, toutes les causes qui mettent l'organisme en état de moindre résistance et de réceptivité favorisent son apparition ; fatigue, surmenage, mauvaise hygiène, humidité.

Les altérations morbides qui caractérisent cette sorte de laryngite peuvent accompagner l'angine du même nom ou lui faire suite (obs. 1, 2 et 9), mais la laryngite ulcéro-membraneuse peut également exister seule (obs. 3, 4, 5 et 7). Elle peut aussi se développer à l'occasion d'une angine ou d'une laryngite catarrhale aiguë qui, sous une influence souvent difficile à déterminer, cultive les microbes caractéristiques de cette infection, c'est-à-dire les bacilles fusiformes et les spirilles qui, nous le savons, se rencontrent dans l'enduit lingual et le tartre dentaire de certains individus. Elle peut encore survenir après la grippe, au cours de l'évolution de la dent de sagesse ou même à la période secondaire de la syphilis.

Enfin les fuso-spirilles peuvent venir infecter secondairement toutes les lésions ulcéreuses et érosives de l'arrière-gorge : folliculites aiguës, ulcérations banales d'origine dentaire, auxquelles ils impriment alors un caractère spécial et dont la propagation au larynx donne lieu à l'affection que nous étudions.



Bactériologie.

I. — Étude de la symbiose fuso-spirillaire.

L'examen bactériologique des produits de sécrétion révèle au milieu d'éléments cellulaires (cellules endothéliales et leucocytes) l'existence de nombreux bacilles fusiformes et de spirilles, associés aux microbes banaux de la région.

A). - *Bacille fusiforme.*

Il a été décrit pour la première fois en 1896 par Vincent. Il se présente sous l'aspect d'un bacille fusiforme ayant sa partie moyenne renflée et ses extrémités nettement amincies. Le bacille présente une longueur variable, et on a pu décrire des formes longues, moyennes et courtes ; sa longueur moyenne est de 8 à 12 μ , son épaisseur de 1 μ . Le microbe présente dans son intérieur des vacuoles incolores, inégales, au nombre de 1 à 4. D'après Letulle, il est mobile quand on l'examine dans la salive et doit être considéré non comme un bacille mais comme un spirille. Plant admet aussi sa mobilité et lui décrit des cils vibratils. Comandon, à l'examen à l'ultra-microscope, admet cette mobilité ; ce caractère a été contesté par Vincent.

Le microbe se colore bien par les couleurs basiques d'aniline, en particulier par le rouge de Ziehl au 1/10^e ; il ne prend pas le Gram.

Il est difficile à cultiver en culture pure, mais d'après Vincent, si on ensemence une parcelle d'exsudat dans du bouillon peptoné, on assiste à la multiplication du microbe dans ce milieu ; on peut se servir également de liquide d'ascite, de sérum sanguin. Vincent s'est servi avec succès

du liquide céphalo-rachidien additionné de sang humain ou de liquide de pleurésie. Lew Kowicz est arrivé à obtenir en culture pure le bacille fusiforme en le cultivant en milieu anaérobie, dans des tubes de Veillon à la gélose glucosée additionnée de un tiers de sérpsité péritonéale d'enfant ; il se forme des colonies fines opaques, grises, ayant l'aspect de méduse. Toutes les cultures dégagent une odeur putride.

Il n'est pas pathogène pour les animaux, cependant avec des cultures pures à raison de 2 centimètres cubes sous la peau, on a pu déterminer chez les souris un abcès et une nécrose étendue ressemblant aux lésions humaines.

B. - *Spirille* ou *Spirocheta Vincenti*.

C'est un organisme fort ténu, difficile à colorer, ne prenant pas le Gram ; mais se colorant bien par les méthodes à l'argent. Il est très difficile à cultiver ; inoculable. Ces spirilles se disposent en spirales, en tire-bouchon, et sont si grêles, dit Nicolle, que leur corps flexible, élastique, se tend et se détend comme un ressort à boudin à la manière des spirochètes.

II. — Son rôle pathogène (16).

L'examen bactériologique de la fausse membrane montre : soit l'association du bacille et du spirille, en prédominance manifeste sur les microbes banaux ; soit le bacille accompagné seulement du spirille ; soit le bacille à l'état pur. Au début de l'affection, le bacille fusiforme domine nettement ; dès qu'il y a ulcération, on trouve associés de nombreux spirilles ainsi que les hôtes habituels de la région ; puis on voit les bacilles fusiformes et les spirilles diminuer de nombre et, finalement, disparaître au moment où commencera la période de convalescence. En cas de récidive, on assiste à une repullulation de la symbiose.

L'examen direct nous permet de distinguer trois zones :

une zone superficielle où l'on rencontre surtout les micro-organismes de la région; une zone moyenne où bacilles et spirilles sont à l'état pur; une zone profonde où on ne trouve que des bacilles fusiformes.

Pour Vincent, le bacille joue le rôle principal, le spirille et les autres germes un rôle secondaire. — Reiche pense que « l'absence du spirille n'a pas grande signification ». — Dopter croit également à la spécificité du bacille de Vincent; par contre Letulle la nie. Cependant, la présence du spirille interviendrait dans la formation de l'ulcération; Delsaux considère deux types cliniques bien définis suivant que le bacille fusiforme est seul ou associé aux spirilles; dans le premier cas la lésion est d'aspect pseudo-membraneux: elle est ulcéreuse dans le deuxième cas. Le spirille jouerait aussi un rôle important dans la genèse des complications générales et le même auteur, commentant un cas « d'angine ulcéro-membraneuse suivie de mort par anémie pernicieuse », a l'impression que cette anémie est due à la pénétration des spirilles dans le sang.

Enfin, depuis l'apparition du traitement des spirochètoses par le novarsénobenzol et les résultats obtenus dans les affections fuso-spirillaires, plusieurs auteurs (Achard, Herlich, Simonin) font jouer le principal rôle non plus au bacille fusiforme mais au spirille.

Cependant, un cas récent de « stomatite ulcéreuse bismuthique à bacilles fusiformes sans spirochètes », observé par M. le Prof. Sabrazès (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales*, Bordeaux, 4 novembre 1923), semble indiquer le rôle effacé des spirochètes dans la symbiose de Vincent. L'auteur constate: 1° l'action véritablement gangréneuse du bacille fusiforme (qui s'est révélé bismutho-résistant) et, d'autre part, l'agressivité de ce bacille fusiforme sans le secours de son associé habituel, le spirochète, qui n'existe pas dans les lésions, ayant été probablement anéanti par le bismuth; 2° il fait remarquer une polynucléose sanguine (sans anémie notable) au cours de cette stomatite ulcéreuse

envahissante, contrastant avec les lymphocytoses et monocytoses d'un haut degré attribuées à des lésions fuso-spirillaires.

Mais si les bactériologistes discutent encore de l'importance respective du bacille et du spirille, tous les cliniciens sont d'accord pour reconnaître l'existence d'une « infection fuso-spirillaire dont les manifestations peuvent-être multiples ».

La localisation sur le larynx de cette infection provoque l'apparition d'un certain nombre de troubles caractéristiques qui feront l'objet du chapitre suivant.

Symptomatologie.

Début.

Les symptômes du début ressemblent à ceux de toutes les laryngites inflammatoires graves. La fièvre, d'intensité variable, s'accompagne de malaise, de frissons et de troubles gastro-intestinaux ; la langue est sale. La déglutition est difficile, parfois même douloureuse (obs. 1, 2, 5, 7, 8 et 9). A cette époque, la voix est simplement enrouée et la respiration normale. Quelquefois ce début passe inaperçu (obs. 5).

A l'examen laryngoscopique, on constate sur la base de la langue, sur l'épiglotte, ses replis et la région postérieure de l'organe vocal, parfois même dans la portion vestibulaire (bandes ventriculaires en particulier), une tuméfaction œdémateuse rouge, véritable infiltration inflammatoire, sans exsudat apparent ni même d'érosion de la muqueuse.

Période d'état.

Très rapidement les phénomènes du début s'accroissent ; en même temps l'haleine répand une odeur fétide presque caractéristique ; le malade expectore soit des sécrétions muco-purulentes ou sanieuses, soit des débris de muqueuse plus ou moins grisâtres et sphacelés, analogues à ceux de la bouche ou l'oro-pharynx des malades atteints d'angine de même nature.

Les troubles fonctionnels augmentent rapidement, la voix prend un caractère étouffé, la respiration s'embarrasse, le cornage et le tirage s'installent et bientôt le malade se trouve menacé d'asphyxie, qui devient alors le symptôme

dominant, rendant fréquemment indispensable la trachéotomie (obs. 1, 4, 6 et 7).

Localement, la partie de la muqueuse gonflée est parsemée d'érosions et même d'ulcérations à bords irréguliers, frangées et à fond grisâtre, ulcérations qui se recouvrent d'un exsudat diphtéroïde, pultacé, d'un gris sale, saignant facilement au moindre contact, le tout accompagné d'une suppuration plus ou moins abondante.

Toutefois, cette manifestation morbide se localise habituellement à la muqueuse qu'elle envahit dans toute sa profondeur et si, à l'aide d'une forte ouate, on enlève les produits accumulés, on aperçoit un ulcère profond, moins destructif toutefois que les pertes de substance syphilitiques ou que les fontes tuberculeuses; ordinairement, la laryngite ulcéro-membraneuse ne laisse pas après elle les stigmates des manifestations nécrosantes. Il est rare que les ulcérations atteignent la partie profonde et la charpente du larynx; le fait est toutefois possible, de même que certaines angines à bacilles fusiformes et spirilles à forme phagédénique peuvent être réellement mutilantes.

Si l'on pratique l'examen bactériologique des sécrétions, on constate l'existence de nombreux bacilles fusiformes et de spirilles associés aux microbes habituels de cette région. Il s'agit en somme d'une angine dite de Vincent évoluant sur la muqueuse vocale et souvent même dans la trachée.

L'état général est mauvais; on a pu noter des altérations des reins, des centres nerveux (tels que troubles des réflexes, de la station debout et de la marche), du foie avec hypertrophie de la rate et quelquefois leucocytose considérable, symptômes qui révèlent une intoxication générale de l'organisme probablement par voie sanguine (obs. 1, 3, 7 et 9).

Par contre, les ganglions sous-maxillaires sont peu ou pas engorgés et l'albuminurie n'est pas la règle.

Évolution. — Pronostic.

La marche de la maladie est variable. Dans les cas légers (obs. 2), la laryngite ulcéro-membraneuse apparaît comme une infection à développement rapide, une fois la période d'état atteinte au bout de deux à trois jours; les symptômes restent à leur apogée pendant quatre à cinq jours (la trachéotomie n'est pas toujours nécessaire). Puis les symptômes régressent; la température redevient normale, la douleur disparaît, l'état général se relève. L'ulcération laryngée se comble peu à peu sans suites fâcheuses. Tout rentre dans l'ordre au bout de quinze à trente jours.

Mais cette évolution schématique est quelquefois modifiée: ainsi le mouvement fébrile du début peut être intense et prolongé (obs. 3); il peut au contraire être atténué et ne pas obliger le malade à cesser ses occupations (obs. 5). D'ailleurs, il n'y a pas nécessairement un rapport direct entre la lésion laryngée et les troubles généraux, c'est ainsi que notre observation (3) se caractérise par une gravité plus considérable de l'état général et une bénignité relative de la lésion locale.

Plus souvent, l'affection évolue progressivement pendant les premiers jours, puis elle reste pendant plusieurs semaines à la période d'état, pour régresser ensuite lentement non sans laisser après elle des traces graves de son passage (voir complications). La plupart du temps, les phénomènes de sténose laryngée ont été assez intenses pour mettre la vie du malade en danger et imposer la trachéotomie (obs. 1, 4, 6 et 7).

D'autre part, alors que l'on croit à la guérison, il n'est pas rare qu'il se produise une repullulation endo ou péri-laryngée de la symbiose fuso-spirillaire avec recrudescence des symptômes locaux et généraux (obs. 1, 4, 7 et 9). De

plus, pour peu que l'infection passe à l'état chronique, on doit craindre une répercussion générale grave et redouter des complications sténosantes (obs. 1 et 7).

Enfin, si l'on se rapporte aux observations publiées jusqu'à ce jour, la lésion ne se cantonne pas exclusivement au larynx ; elle peut atteindre simultanément la base de la langue, la trachée (obs. 1, 4 et 7) et même les grosses bronches (obs. 4).

Les laryngites ulcéro-membraneuses bénignes guérissent intégralement en quelques jours ou quelques semaines (obs. 2, 5 et 6).

Dans les cas moyens, le larynx ne redevient normal que deux ou trois mois après le début de l'affection (obs. 3 et 4).

Notons aussi des formes à rechutes où la maladie est séparée par des intervalles plus ou moins longs de bonne santé (obs. 1, 4, 7 et 9).

Il existe enfin des formes à longue durée, Arrowsmith (obs. 7 et 8) signale deux cas de laryngite ulcéro-membraneuse ayant duré plusieurs mois ; dans le cas de M. le Professeur Moure (obs. 1), l'infection persista dix-huit mois avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Dans les cas heureux, la laryngite ulcéro-membraneuse évolue donc vers la guérison sous l'influence du traitement approprié.

Il se dégage néanmoins des faits rapportés que l'infection fuso-spirillaire, lorsqu'elle atteint le larynx, est d'un pronostic grave non seulement par les désordres locaux qu'elle entraîne (dysphagie empêchant le malade de s'alimenter, menace d'asphyxie par sténose inflammatoire) mais encore par les altérations locales (sténose cicatricielle) ou à distance (troubles viscéraux) dont elle est souvent la cause, et la cachexie dont est menacé le malade ; enfin, parce que les observations concernent des individus dont l'organisme était déjà en état de moindre résistance.

La mort est une terminaison rare, mais possible (obs. 9).

Complications.

Elles sont à la fois d'ordre local et général.

I. — Complications locales.

On a pu noter : des hémorragies (obs. 1), exagération du symptôme qui est le saignottement de l'ulcère au moindre contact; l'extension du processus à la trachée (obs. 1, 4 et 7) et même aux grosses bronches (obs. 4); une sténose laryngée inflammatoire (obs. 1, 2, 4, 5, 6 et 7) ou cicatricielle (obs. 1 et 7).

a). La forme inflammatoire est la conséquence non seulement de l'infiltration des replis ary-épiglottiques, de la muqueuse ventriculaire et surtout de celle qui occupe la région sous-glottique, mais aussi de l'immobilisation plus ou moins complète des cordes vocales en position médiane par suite d'arthrite crico-aryténoïdienne, d'où sténose et menace d'asphyxie par obstacle à l'arrivée de l'air dans la trachée.

b). M. le Professeur Moure a signalé, à la suite des laryngites ulcéro-membraneuses, des sténoses inflammatoires ou cicatricielles graves empêchant ultérieurement la décanulation du malade, l'infiltration chronique, véritable sclérome des replis épiglottiques et des bandes ventriculaires fermant l'orifice glottique.

c). De même on a vu se produire des synéchies fibreuses, partielles ou diffuses soudant entre-elles les cordes vocales

(comme le fait s'observe dans les autres laryngites ulcéreuses : scarlatine, fièvre typhoïde, variole, syphilis, tuberculose) sans qu'il y ait toutefois périchondrite et ses conséquences, à savoir : nécrose, effondrement et élimination spontanée au dehors de fragments de thyroïde ou de cricoïde.

II. — Complications générales.

Elles peuvent porter *sur les téguments* (obs. 1) : apparition de pustules d'ecthyma qui peuvent mettre plusieurs mois à cicatriser; *sur les articulations* : arthralgies qui s'observent de préférence dans les cas légers, au déclin de la maladie, et disparaissent au bout de quelques jours (obs. 2) ; *sur l'état général* : il se produit une véritable intoxication généralisée se manifestant par de *l'anémie* (obs. 3) — M. Delsaut a l'impression que cette anémie est due à la pénétration dans le sang de spirilles et conseille de rechercher cet agent pathogène dans le sang des malades atteints d'affection fuso-spirillaire; — de *l'amaigrissement* (obs. 5 et 8); *une dénutrition* profonde de l'organisme (obs. 1) pouvant aller jusqu'à la cachexie et entraîner la mort (obs. 9 et 10) ; *sur les viscères* : on observe souvent du côté du foie, des reins, du cœur ou des centres nerveux, des altérations morbides plus ou moins importantes (obs. 1 et 3). Enfin, dans les cas graves, il faut redouter la diarrhée (obs. 1), la bronchite diffuse (obs. 4), l'albuminurie (obs. 3).

Remarque. — Le larynx et la trachée ne constituent pas l'étape ultime de la symbiose fuso-spirillaire ; elle peut atteindre le poumon et c'est ainsi que récemment Paraf, Marsck, Chamberlain, Ghon (11), ont signalé des cas de gangrène pulmonaire, avec présence dans l'expectoration et au niveau du poumon (à l'autopsie) de fuso-spirilles.

Il semble, de plus, que le domaine de la symbiose fuso-spirillaire doive être étendu à d'autres manifestations

putrides; M. le Professeur Sabrazès (Lichtwitz et Sabrazès, 1897) a le premier signalé que le bacille fusiforme pouvait être trouvé dans le pus des empyèmes des sinus de la face et dans diverses suppurations péri-buccales ; depuis, on a pu les rencontrer dans le pus d'abcès du cerveau, dans les sécrétions d'otites et dans certaines suppurations multiples.

Nous allons maintenant passer en revue les différents malades chez lesquels a été observée l'affection qui nous occupe.

OBSERVATIONS.

Formes cliniques.

Nous classerons nos différentes observations d'après leur allure clinique.

I. — Forme type basée sur l'aspect des lésions laryngées.

OBSERVATION I

Service de M. le Professeur Moure (10).

En mars 1919, jeune homme de 22 ans se plaignant de douleurs vives siégeant au niveau de l'arrière-gorge datant de plusieurs jours.

Antécédents. — Scarlatine, rougeole, ablation des amygdales et des végétations adénoïdes. En 1906, angine œdémateuse gangréneuse ; état grave, convalescence pénible. Surmenage intellectuel en vue du concours de l'Ecole Polytechnique ; gastro-entérite en juillet 1908, incorporé comme artilleur à Angoulême, bien portant jusqu'en janvier 1909. Chute de cheval, grippe, dépression très grande. Le 6 février, entre à l'Infirmerie ; y contracte une angine pultacée, première manifestation d'une scarlatine contractée malgré une atteinte antérieure. Convalescence.

Vers le 15 mars, apparaît une angine avec ulcérations au niveau des amygdales et hémorragies répétées. Examen bactériologique fait par M. le Professeur Ferré : bacilles fusiformes, spirilles, streptocoques, staphylocoques. C'est dans ces conditions que le jeune homme fut examiné par M. le Professeur Moure.

Etat général mauvais, faciès terreux, haleine fétide. A l'examen direct, l'arrière-gorge est recouverte d'un exsudat grisâtre,

d'aspect diphthéroïde, reposant sur un fond ulcéré, saignant facilement. Bref, on est en présence d'une angine ulcéro-membraneuse très infectante.

Grâce au traitement, tout semblait rentrer dans l'ordre lorsque le malade se plaignit d'une gêne pour avaler, ainsi que d'une violente douleur à la partie inférieure de l'arrière-gorge.

A l'examen laryngoscopique, on constatait que l'épiglotte était rouge, tuméfiée, ainsi que ses replis ; il y avait même, par place, un petit enduit grisâtre. Puis la muqueuse laryngée s'ulcéra, se recouvrit d'un exsudat grisâtre, pultacé, analogue à celui rencontré sur les amygdales. La tuméfaction augmenta, les articulations crico-aryténoïdiennes s'immobilisèrent, la respiration fut partiellement entravée. Il s'installa du cornage et du tirage ; la déglutition devint très douloureuse. Pour éviter l'asphyxie, on doit pratiquer la trachéotomie le 30 mars. L'examen bactériologique donne : streptocoques, pneumocoques, pneumobacilles, bacilles fusiformes, spirilles. Pendant 48 heures, température 39°.

Amélioration notable jusqu'au 13 avril ; la suppression de la canule paraissait prochaine.

A partir du 14, l'enrouement et l'expectoration augmentèrent et, jusqu'au début de mai, le larynx fut complètement bouché.

Le 4 mai, un examen bactériologique fait avec les crachats provenant de la canule indiqua : spirilles et bacilles fusiformes en plus grande quantité que précédemment.

L'état général redevint mauvais ; apparition de pustules d'ecthyma qui mirent des mois à se cicatriser.

Nouvelle régression des symptômes ; et, pendant le mois suivant, augmentation de la perméabilité du larynx à l'inspiration.

Le 18 juin, puis le 14 juillet, nouvelles exacerbations de la maladie avec œdème et rougeur du cou.

Les crachats, qui s'étaient éclaircis fin juillet, redeviennent purulents en août. Amélioration fin août. Nouvelle petite poussée inflammatoire le 4 septembre.

Examen bactériologique du 11 septembre : staphylocoques, streptocoques, pas de spirilles, pas de bacilles fusiformes. Les fonctions intestinales, régulières au début, se firent mal, et les urines devinrent rares et colorées (excès des dérivés du scatol).

A cette époque l'épiglotte, ses replis et les bandes ventriculaires étaient rouges et infiltrées et, fait plus grave, les articulations crico-aryténoïdiennes étaient immobilisées, d'où sténose serrée de nature inflammatoire empêchant la respiration de s'effectuer par le larynx. La voix n'était pas altérée dans son timbre, elle était cependant un peu grave et couverte.

De janvier à avril 1910, tentative de dilatation par des tubes de Schrotter, sans résultat ; puis mise à demeure d'une sonde en caoutchouc, et continuation du traitement de la sténose laryngée jusqu'au 12 novembre.

En somme, angine à bacilles fusiforme et spirilles ayant envahi larynx et trachée avec sténose de l'organe vocal et infection générale profonde. Pas d'adénopathie, pas d'albuminurie dans les urines. Trachéotomie.

II. — Formes suivant la durée et l'évolution.

OBSERVATION II

MM. J. du Castel et Marcel Dufour, 1919 (7).

D..., 20 ans, ayant passé la nuit du 25 au 26 octobre dans un trou d'obus, éprouve une gêne vive de la déglutition, de la céphalée, des arthralgies. Température 39°9. Il est évacué le 27 octobre après une violente crise de dyspnée; nouvelle crise pendant le trajet. Le 1^{er} novembre, le malade souffre vivement sur le côté gauche du cou, présente de l'adénopathie; douleur spontanée et à la pression à la partie supérieure du larynx. L'haleine est fétide. Pas d'albumine.

Le pharynx présente une ulcération peu étendue et modérément creusante du pôle supérieur de l'amygdale gauche; la luette est œdématisée. Le malade a deux nouvelles crises de dyspnée. L'examen laryngoscopique montre une ulcération pseudo-membraneuse de forme ovalaire, occupant la partie moyenne du bord libre de l'épiglotte et la moitié supérieure de l'organe.

Les frottis de l'ulcération sont caractéristiques.

Le 2 novembre, nouvelle crise de dyspnée; le 6, l'état général se relève; grâce aux attouchements au bleu de méthylène, l'ulcération guérit. Le 8, le malade se plaint d'arthralgies. Le 14 novembre, il est guéri.

Donc laryngite ulcéro-membraneuse; durée trois semaines, guérison complète. Adénopathie, pas d'albumine. Arthralgies.

OBSERVATION III. — Reiche, 1907 (13).

Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de 39 ans, ouvrier peintre, faible, amaigri, ayant de la toux avec expectoration grisâtre et l'haleine fétide. Son pharynx était normal, mais à la partie inférieure du pilier postérieur gauche on voyait un ulcère, gris blanchâtre, à bords escarpés, de la grosseur d'un grain de seigle. Sur les cordes vocales et la fausse corde droite, existait un dépôt épais jaune gris. La muqueuse aryténoïdienne était rouge et épaissie dans l'espace interaryténoïdien. La température oscillait entre 38° et 39°. Albumine dans les urines, pas d'engorgement ganglionnaire. Dans l'expectoration, l'auteur constata l'existence de très nombreux bacilles fusiformes, de même que dans les frottis faits avec l'enduit du pilier.

Le dépôt disparut graduellement, laissant à sa place une ulcération peu profonde qui se combla lentement.

Hypertrophie de la rate, leucocytose considérable et durable, la déglutition ne fut jamais gênée, la toux n'eut pas le caractère croupal. Dans les derniers jours de la maladie : paralysie bilatérale de l'accommodation, puis paralysie de la corde vocale droite; troubles des réflexes, de la station debout et de la marche. Guérison au bout de trois mois.

Remarquons, dans cette observation, une localisation primitive sur le larynx du bacille fusiforme sans spirilles. Durée trois mois, guérison complète. Pas d'adénopathie. Troubles nerveux importants.

OBSERVATION IV

M. Daudin-Clavaud. — Service de M. le Prof. Moure, 1912 (5).

B..., 40 ans, menuisier, est amené à l'hôpital en proie à une dyspnée extrême qui s'accroît progressivement ; regard anxieux, brillant ; cornage, tirage très marqués. Voix faible, sourde, pas de douleur à la déglutition, pas d'adénopathie, pas d'albumine. A l'examen laryngoscopique l'épiglotte, énorme, déformée, cache toute l'entrée du larynx, même les aryténoïdes. Malgré sa coloration rouge, contrastant avec celle de l'œdème *a frigore*, on s'arrête cependant à ce dernier diagnostic à cause de l'absence d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques et de phénomènes généraux actuels faisant penser à une infection générale. Trachéotomie au niveau du premier anneau de la trachée, sous anesthésie locale ; l'introduction de la canule amène l'expulsion d'abondantes mucosités accumulées dans la trachée ; la température est de 39°. Le lendemain, 37°2 le matin, 37°6 le soir et, depuis ce jour, elle évolue autour de la normale, en même temps que le malade respire plus facilement. Le deuxième et troisième jour, légère réaction des grosses bronches.

L'examen montre alors une épiglotte un peu moins volumineuse, laissant apercevoir la partie postérieure des aryténoïdes infiltrées et peu mobiles ; l'œdème de la glotte diminue de plus en plus et l'on finit par voir, sur toute la longueur du repli aryténoïdien infiltré, une fausse membrane d'un gris sale, mal délimitée. Cette membrane ne peut être décollée facilement au porte tampon, aussi ne peut-on bien se rendre compte des caractères de l'ulcération sous-jacente. L'examen bactériologique d'un débris de fausse membrane dénote la présence de bacilles fusiformes, de spirilles et de staphylocoques.

Décanulisation six jours après la trachéotomie ; l'infiltration et l'ulcération diminuent de plus en plus ainsi que la fausse membrane. Trois semaines après le début, il ne reste plus trace de fausse membrane, et le malade semble guéri.

Huit jours après, cependant, douleur à la déglutition ; tuméfaction de la région carotidienne. Au laryngoscope, tuméfaction de la gouttière pharyngée droite, infiltration de l'épiglotte et de ses replis du côté droit. On pense à l'évolution possible

d'un abcès latéro-pharyngien. Guérison, cette fois définitive, une dizaine de jours après.

En résumé, laryngite fuso-spirillaire primitive. Trachéotomie. Guérison apparente, récursive.

III. — Formes suivant la gravité.

OBSERVATION V. — M. Veillard, 1903 (19).

X..., 39 ans. Vers la fin avril il se sent fatigué, se plaint de sensation de froid, a quelques frissons, de la courbature, de la fièvre, mais il ne se trouve pas assez malade pour cesser son métier de valet de chambre. C'est dans ces conditions de malaise mal défini qu'après une nuit fiévreuse, sans sommeil, subitement, le 8 mai, le malade ressent une vive douleur au côté gauche de la gorge; dès ce moment, il ne peut plus avaler. Le lendemain, les symptômes se sont accentués, la dysphagie est atroce et s'accompagne de véritables accès de suffocation. La respiration, jusque-là assez libre, devient sifflante, et le tirage s'établit.

A l'inspection, léger gonflement sous-angulo-maxillaire; deux petits ganglions indolores; la voix est peu modifiée; température axillaire 38°8; la bouche et le pharynx sont sains. A l'examen laryngoscopique, œdème rouge luisant de tout le côté gauche du bord supérieur de l'entonnoir laryngé. Le diagnostic d'abcès du larynx est fait.

10 mai. — Deux abcès de suffocation calmés par des pulvérisations chaudes; dysphagie moins douloureuse. A l'examen du larynx, on voit au milieu de l'œdème rouge qui surmonte la région aryténoïdienne gauche une partie sphacélée jaune, irrégulièrement jaune, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. On pense que l'abcès est ouvert.

11 mai. — Tous les symptômes se sont amendés. La partie sphacélée s'est agrandie légèrement et présente l'aspect d'une ulcération remplie d'un exsudat jaune assez adhérent; en avant d'elle, au milieu du repli aryténo-épiglottique, est apparue une deuxième ulcération de la grandeur d'une lentille.

12 au 15 mai. — L'état général s'améliore; les ulcérations

paraissent avoir diminué. A ce moment, abstraction faite de leur dualité, l'aspect des lésions est celui d'un chancre. On pratique l'examen bactériologique de l'exsudat, et on obtient des préparations où se trouvent en abondance des bacilles fusiformes de Vincent et des spirilles.

16 mai. — Le malade reprend ses occupations ; les ulcérations diminuent lentement. Le 3 juin, le larynx a repris son aspect normal.

Cette observation, la première en date, est caractérisée par son début insidieux, l'intensité de la dysphagie, la bénignité de son évolution.

OBSERVATION VI. — O. Hirsch, 1921 (8).

Les trois cas observés par l'auteur présentaient comme symptômes communs la soudaineté du début avec symptômes alarmants ayant nécessité dans un cas la trachéotomie, et guérison intégrale en quelques jours sans cicatrices et sans suites fâcheuses. Dans les trois cas, il y avait plusieurs ulcérations à l'entrée du larynx avec participation constante de l'épiglotte.

Les ulcérations étaient superficielles, d'un jaune grisâtre. A l'examen bactériologique : spirilles et bacilles fusiformes.

La formation d'une sténose laryngée comme suite de la laryngite ulcéro-membraneuse paraît improbable à Hirsch (nos observations 1 et 7 contredisent cette opinion).

Enfin, « la guérison intégrale en quelques jours sans suites fâcheuses » n'est malheureusement pas toujours la règle, comme le prouvent nos observations 1, 3, 7, 8 et 9.

OBSERVATION VII. — Arrowsmith, 1909 (2).

Ce cas semble unique. Un homme de 26 ans entre à l'hôpital le 27 août 1909 ; il a de la gêne dans la gorge, de l'enrouement

et de la dyspnée. Rien au thorax, pouls et température normaux, respiration difficile, léger gonflement externe du cou.

Le laryngoscope montre de l'œdème de l'épiglotte, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires. On fait une trachéotomie d'urgence. Le malade revient deux mois après avec récurrence des symptômes ci-dessus. La plaie de trachéotomie s'était ouverte et il en sortait un pus fétide. Ce pus renfermait de nombreux bacilles fusiformes et des spirilles de Vincent. Nouvelle trachéotomie. Pendant six semaines, on trouva dans le pus, les crachats, les granulations de la plaie trachéale, les micro-organismes spécifiques. Thyrotomie et introduction d'un tube de Jackson. Jamais la bouche et le pharynx n'ont été atteints.

Il y a eu sténose du larynx.

OBSERVATION VIII. — Arrowsmith, 1910 (2).

Homme de 41 ans, se présente à la clinique le 20 avril 1910. Depuis sept mois, raucité de la voix et dysphagie. Depuis trois semaines, ne peut plus avaler les liquides; gonflement de la glande sous-maxillaire droite. Au laryngoscope, œdème sus-glottique qui empêche de voir les cordes.

L'épiglotte, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires, sont recouverts d'un exsudat épais, sale, blanchâtre.

Au microscope : bacilles fusiformes et spirilles de Vincent. Dans les crachats : bacilles de Koch.

OBSERVATION IX

M. Texier, Nantes, 1913. (17).

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, sans aucune tare héréditaire, porteur d'une ulcération de l'amygdale droite, à fond sanieux, sur un tissu dur, et accompagnée d'un gros ganglion non douloureux à l'angle de la mâchoire. Comme symptômes fonctionnels : céphalée persistante, dysphagie intense, haleine fétide. Il en est atteint depuis trois mois sans

qu'aucun traitement n'ait eu d'action sur cette lésion. L'examen bactériologique montre à profusion des bacilles de Vincent.

Trois semaines après, amélioration de la lésion amygdalienne, mais on constate une large ulcération de même nature que la précédente sur la face postérieure de l'amygdale ; successivement, d'autres semblables apparaissent à la face supérieure et inférieure du voile du palais et sur les diverses régions du larynx : épiglote, région aryénoïdienne, région sus-glottique et glotte.

Les examens bactériologiques successifs présentèrent toujours des bacilles fusiformes en quantité énorme.

L'état général est de plus en plus mauvais ; la dysphagie intense empêche le malade de se nourrir.

Le malade retourne chez lui et meurt.

OBSERVATION X

Schœtz. — Contribution à l'étiologie des laryngites gangréneuses. (15.) — Analyse de M. Lautman.

Si nous avons bien compris l'auteur, il considère la laryngite gangréneuse comme une localisation de la symbiose fusospirillaire de Vincent sur le larynx.

Il est difficile d'attribuer à la laryngite gangréneuse cette unique étiologie. Du reste, dans le deuxième cas rapporté par Schœtz, il s'est agi d'une périchondrite du cricoïde dans laquelle la gangrène mortelle du larynx a dû apparaître comme complication.

OBSERVATION XI. — Reiche, 1907.

L'auteur a observé un second cas de laryngite fusospirillaire, mais il n'en a pas publié les notes détaillées.

OBSERVATION XII. — Van Hoogenhuyse et de Kleyn, 1917.

Il nous a été impossible de trouver cette observation, parue pendant la guerre.

OBSERVATION XIII. — Bourgeois, 1923.

Nous regrettons ne n'avoir pu nous procurer cette communication, faite au Congrès Français d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai 1923.

La lecture de ces différentes observations nous montre que, dans certains cas, le diagnostic peut être difficile, et nous conduit à l'étude des causes possibles d'erreur.

OBSERVATION XIV. — Sargnon et Trossat, 1923 (21).

MM. Sargnon et Trossat ont observé, dans le service de M. le Professeur Bérard, un cas de laryngite primitive à fuso-spirilles. Au laryngoscope, on voyait une ulcération de l'épiglotte, ayant le même aspect que celles que l'on trouve sur les amygdales dans l'angine de Vincent. L'œdème avait amené des troubles dyspnéiques qui faillirent nécessiter une trachéotomie. Un traitement par le 914 intraveineux fut institué et la guérison est complète après une dizaine de jours. Les auteurs font remarquer l'extrême rareté de ces laryngites ulcéro-membraneuses primitives ; dans presque tous les cas publiés, il existait des manifestations buccales ou pharyngées antérieures.

Nous nous excusons de n'avoir pas cité MM. Sargnon et Brossat dans le Chapitre « Historique » ; notre thèse était déjà à l'impression lorsque parut la *Presse Médicale* du 10 novembre, relatant cette dernière observation de laryngite ulcéro-membraneuse.

Diagnostic différentiel.

Lorsque la laryngite à bacilles fusiformes et spirilles accompagne une lésion analogue siégeant dans la bouche ou l'arrière-gorge, elle est facile à reconnaître.

Dans les cas où elle est primitive, il faut éviter de la confondre :

a). 1° Avec la laryngite pseudo-membraneuse due aux microbes banaux de l'oro-pharynx ;

2° Avec la laryngite pseudo-membraneuse diphtérique.
Résumons dans un tableau synoptique les principaux symptômes de ces différentes affections (voir page 36).

b). Les laryngites ulcéreuses de la scarlatine, de la variole ou de la fièvre typhoïde se distinguent par le fait même des éruptions caractéristiques ou l'existence de la dothiennentérie.

c). On peut avoir à discuter le diagnostic d'ulcération syphilitique.

1° La période secondaire de la syphilis peut, en effet, provoquer des lésions érosives du larynx dues généralement à une infection secondaire à microbes banaux ou à bacilles fusiformes avec ou sans spirilles. Ces ulcérations siègent sur les différentes parties du larynx et se présentent sous divers aspects, arrondis ou ovalaires; leurs pourtours sont légèrement déchiquetés et leurs fonds tapissés de mucosités. Il existe en outre des troubles de la voix pouvant aller de l'enrouement simple (raucédo syphilitique) à l'aphonie complète; par contre, il y a peu de dysphagie et

Laryngite ulcéro-membraneuse fuso-spirillaire.	Laryngite pseudo-membraneuse due aux microbes banaux de l'oro-pharynx ou couenneuse.	Laryngite pseudo-membraneuse diphtérique.
Suit souvent l'angine de Vincent.	Généralement angine caractéristique au début.	Succède généralement à l'angine.
Frappe surtout les adultes. Cas isolés.	Frappe surtout les adolescents. Quelquefois véritables épidémies.	Frappe surtout les enfants. Endémo-épidémique.
Déglutition difficile.	Déglutition difficile.	Déglutition difficile.
Salivation abondante.	Salivation peu abondante.	Pas de salivation.
Haleine fétide.	Haleine peu fétide.	Haleine non fétide.
Tirage et cornage.	Quelquefois tirage et cornage.	Tirage et cornage.
Expectorations sanieuses.	Peu ou pas d'expectoration.	Rejet de fausses membranes.
Pas d'adénopathie.	Adénopathie.	Adénopathie.
Température, frissons.	Température, frissons.	Température.
Mauvais état général.	Mauvais état général.	Mauvais état général.
Voie étouffée.	Voie étouffée puis éteinte.	Voix croupale, puis éteinte.
Troubles viscéraux.	Douleur spontanée propagée aux oreilles.	
Généralement pas d'albuminurie.	Généralement pas d'albuminurie.	Albuminurie.
Examen bactériologique.	Examen bactériologique.	Examen bactériologique.
Bacilles fusiformes et spirilles.	Staphylocoques, petits cocci, pneumocoques, levures.	Bacille de Löffler long, moyen ou court souvent associés à d'autres.
Examen laryngoscopique.	Examen laryngoscopique.	Examen laryngoscopique.
Tuméfaction œdémateuse suivie d'ulcération de la muqueuse, à bords irréguliers, ulcérations qui se recouvrent d'un exsudat diphtéroïde d'un gris sale, sanieux et purulent.	Rougeur diffuse fausses membranes épaisses, grisâtres, adhérentes sur les aryténoïdes, l'épiglotte et leurs replis ou sur les cordes vocales. Si on en détache une, on découvre une surface exulcérée, peu profonde et à bords plus ou moins frangés.	La fausse membrane grisâtre se moule sur le larynx ou est discrète sous formes de plaques isolées, elle est légèrement adhérente à la muqueuse sous-jacente qui est érodée et congestionnée. Des fausses membranes identiques tapissent l'arrière-gorge, le naso-pharynx et même parfois les fosses nasales.
Suppuration abondante.	Suppuration presque nulle.	Peu de sécrétions.
Pronostic sérieux.	Pronostic bénin.	Pronostic bénin depuis la sérothérapie.
Aggravée par la sérothérapie.	Améliorée par la sérothérapie.	Souvent guérie par la sérothérapie.
Durée plusieurs mois.	Durée 8 à 20 jours.	

pas de dyspnée. Le diagnostic sera facilité par la présence des autres manifestations secondaires de la syphilis, angine concomitante, plaques muqueuses, roséole, polyadénites dures et indolores, céphalée à type nocturne, réaction de Bordet-Wassermann positive.

2° Rappelons brièvement l'aspect des ulcérations laryngées de la syphilis tertiaire.

Toute infiltration gommeuse qui ne disparaît pas soit spontanément soit sous l'influence du traitement, se transforme en une ulcération, qui s'étend rapidement, minant la muqueuse et gagnant en profondeur pour atteindre le cartilage qui s'ossifie puis se nécrose. L'ulcération, que l'on peut rencontrer dans toutes les parties du larynx, a ses bords taillés à pic, abrupts; la zone limitrophe déjà altérée est d'un rouge foncé; le fond de l'ulcération est induré et grisâtre, rempli de fongosités. Les troubles de la phonation peuvent manquer; s'ils existent, la voix est sourde, rauque (voix crapuleuse, de rogomme). Les troubles respiratoires, parfois nuls, sont susceptibles d'atteindre une intensité considérable. A la période d'ulcération et de périchondrite, l'expectoration contient du muco-pus et des débris de cartilage. Mais l'haleine est rarement fétide et l'état général reste bon.

d). La forme miliaire aiguë de la tuberculose laryngée ne sera pas non plus confondue avec la laryngite ulcéro-membraneuse. Elle est l'apanage de l'enfance, de l'adolescence et de la vieillesse. Ses principaux symptômes sont: une fièvre élevée, un affaiblissement rapide, de l'enrouement; mais la scène est dominée par l'élément douleur (phonophobie, odynphagie). A l'examen, on constate une décoloration considérable de la muqueuse de l'arrière-gorge et particulièrement du voile du palais; l'épiglotte est tuméfiée, les replis boursoufflés; les bandes ventriculaires recouvrent les cordes vocales ulcérées et enflammées. La surface de tous ces tissus est granuleuse, recouverte par place de petits

cratères ulcéreux superficiels presque juxtaposés les uns aux autres ; la muqueuse, infiltrée, est recouverte d'un petit semis de granulations jaunâtres (grains de semoule). L'évolution est rapide, le pronostic très grave.

e). Enfin, un diagnostic important est à faire entre la laryngite ulcéro-membraneuse et la tuberculose laryngée, à la deuxième période, ou période d'état.

1° *Forme ulcéro-œdémateuse circonscrite.* — Elle se manifeste par une infiltration de la région aryténoïdienne et des replis aryépiglottiques ; la muqueuse devient inégale, rugueuse. Rougeur d'une ou des deux cordes vocales. La phonation est altérée par dégénérescence de la région postérieure du larynx. On observe parfois des lésions érosives ou même des ulcérations profondes détruisant la muqueuse et même les tissus sous-jacents, les replis thyro-aryténoïdiens ont souvent l'apparence de dents de scie s'engrainant pendant les efforts de phonation (aspect serratique). Les pertes de substance sont parfois nettes et limitées avec des bords infiltrés, d'autres fois elles sont diffuses, granuleuses et suppurantes.

2° *Forme ulcéro-œdémateuse diffuse.* — L'organe est atteint dans sa totalité ; gonflé, hypertrophié, il recouvre l'orifice glottique. Cette infiltration est généralement accompagnée d'érosions et d'ulcérations superficielles au début, d'aspect grisâtre, à bords peu saillants et déchiquetés. Par la suite, ces lésions deviennent destructives. Souvent elles envahissent les cartilages et provoquent une sténose. Par ailleurs, on note des troubles plus ou moins profonds de la voix, de la toux éructante, peu de troubles respiratoires et surtout des troubles de la déglutition caractérisés par de l'odynphagie (plus marquée si le malade veut avaler à vide) avec propagation de la douleur aux oreilles. L'état général dépend des lésions pulmonaires. Enfin, la phtisie laryngée

étant presque toujours secondaire à la tuberculose pulmonaire, il faut tenir compte des antécédents du malade, de son état général (amaigrissement, fièvre vespérale, sueurs nocturnes...), rechercher le bacille de Koch et s'aider des signes stéthoscopiques.

Notons aussi que les ulcérations fuso-spirillaires sont superficielles et beaucoup moins mutilantes que les ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques.

Traitement.

Le traitement devra être à la fois local et général.

Traitement local.

1° Prescrire de grands lavages de la bouche et de l'arrière-gorge avec des solutions alcalines telles que bicarbonate de soude, benzoate de soude, ou borate de soude; une cuillerée à café par demi-litre d'eau bouillie tiède édulcorée avec une cuillerée à soupe de glycérine neutre ou aromatisée avec quelques gouttes d'eucalyptus ou d'alcool de menthe.

Dans les formes graves, prescrire deux fois par jour des lavages à l'eau boro-oxygénée à 12 volumes, à l'aide de l'injecteur Enéma; pendant la projection du jet d'eau tiède, prier le malade d'émettre la voyelle A; on s'assure ainsi que l'injection est faite pendant un mouvement d'expiration et on évite l'introduction du liquide injecté dans les voies aériennes et dans l'œsophage.

2° Si la douche pharyngienne fatigue le malade, on la remplacera par des pulvérisations faites soit avec l'appareil à vapeur, soit avec le pulvérisateur Richardson, dans lequel on mettra une solution composée comme suit :

Salicylate de soude.....	6 ^{gr}
Antipyrine	4 ^{gr}
Borate de soude.....	6 ^{gr}
Eau de laurier-cerise	50 ^{gr}
Eau stérilisée.....	450 ^{gr}

3° Toucher les parties malades très légèrement avec un

tampon d'ouate ou un pinceau imprégné d'une solution :

Benzoate de soude.....	6 ^{gr}
Stovaïne ou novocaïne.....	0 ^{gr} 30
Teinture de badiane.....	XX gouttes
Glycérine neutre	30 ^{gr}

ou encore :

Solution de bleu de méthylène à 1 %.

4° On peut encore insuffler dans le larynx, une fois toutes les 24 ou 48 heures, une pincée de néosalvarsan (employer l'insufflateur laryngé de Lubet-Barban), ou employer ce même médicament en solution glycinée au 1/10^e à l'aide d'un tampon de ouate.

5° M. Bonain préconise l'acide chromique en solution de 1/20^e à 1/5^e appliqué au pinceau de coton (l'acide chromique a l'inconvénient d'être spasmodique).

Traitement général.

Administrer à l'intérieur, par 24 heures, deux ou quatre comprimés de chlorate de potasse que le malade laissera fondre lentement dans la bouche.

Prescrire de l'eau de Vichy (Célestins) soit pure, soit mélangée à du lait.

Dans les cas graves, et pour relever les forces du malade, il pourra être utile d'employer les injections de sérum physiologique (250 grammes par 24 heures).

Si la sténose laryngée est intense, pratiquer la trachéotomie qui, de préférence, sera faite sur le premier anneau de la trachée.

A mesure que l'infection s'atténuera, relever les forces du patient par les différentes préparations arsénicales, les phosphates, le quinquina, la strychnine ou ses succédanés.

Régime.

L'alimentation devra être alcaline et, de préférence, végétarienne. Il faut supprimer les coquillages, le poisson, la viande et même le bouillon.

Le malade prendra du lait, des laitages, des purées, des œufs et des fruits cuits.

Au moment de la convalescence, conseiller l'usage des viandes blanches (cervelles, ris de veau, volailles), pas de sauces, pas de viandes rouges.

Traitement des complications.

Si l'affection a laissé des traces de son passage, soit localement soit à distance, ces différentes manifestations seront traitées par des moyens divers suivant leur nature et leur gravité.

Avant d'enlever la canule, on s'assurera par l'examen direct du larynx que l'accès de l'air dans la trachée se fait régulièrement par un orifice suffisamment large.

Toutefois, si le larynx est sténosé au point qu'il soit impossible de décanuler le malade, on ne devra commencer le traitement dilatateur du rétrécissement que lorsque tous les phénomènes infectieux et généraux auront tout à fait disparu et que l'on sera certain qu'il n'y aura plus rien à attendre de la nature.

A ce moment, s'il persistait une laryngosténose, on la traiterait par les moyens dont nous disposons aujourd'hui pour guérir cette grave complication, à savoir :

1° La dilatation interne par les canules dilatatrices à ailettes ou en T; le dilatateur à deux ou plusieurs branches; les cathéters métalliques; les cathéters de Schroetter. La dilatation par les caoutchoucs et les sondes en gomme. L'intubation par le tube à crête métallique de M. le Professeur Moure ;

2° La dilatation mixte, c'est-à-dire la dilatation combinée à des incisions et excisions sanglantes internes par voie laryngée ;

3° Des opérations externes qui sont : la trachéotomie basse, la thyrotomie, la laryngostomie.

CONCLUSIONS

- I. — La laryngite ulcéro-membraneuse constitue une affection autonome rare, mais dont les conséquences peuvent être redoutables.
- II. — L'agent causal est la symbiose fuso-spirillaire ; plus rarement le bacille fusiforme seul.
- III. — La lésion typique occupe la muqueuse ; c'est une ulcération plus ou moins diffuse qui se recouvre d'un exsudat diphtéroïde d'un gris sale, sanieux et purulent.
- IV. — Il serait bon de pratiquer systématiquement l'examen laryngoscopique des malades atteints d'une angine dite de Vincent (forme ulcéro-membraneuse).
- V. — On devra examiner ces malades avec soin, s'aider fréquemment du microscope, de manière à suivre pas à pas l'évolution de la flore pathogène.
- VI. — Il peut exister des rechutes.
- VII. — Les troubles respiratoires rendent fréquemment indispensable la trachéotomie.
- VIII. — On prescrira un traitement énergique qui sera à la fois local et général.

IX. — Si le larynx est sténosé, on ne devra commencer le traitement dilatateur du rétrécissement que lorsque tous les phénomènes infectieux locaux et généraux auront tout à fait disparu.

X. — S'il persiste une laryngosténose, on la traitera par les moyens dont nous disposons aujourd'hui pour guérir cette grave complication.

VU, BOY A IMPRIMER :

Le Président,

E.-J. MOURE.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 40 Novembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- I. Traité pratique d'Oto-Rhino-Laryngologie. — Publié par MM. LANNOIS, LARMOYEZ, MOURE, SÉBILEAU. (Larynx, Trachée, page 261.)
- II. Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx et du nez. — Par MM. MOURE et BRINDEL. (Edition 1914, page 213.)
1. ACHARD. — Les applications locales d'arsénobenzol dans le traitement des spirochètoses. (*Le Monde Médical*, 5 janvier 1914.)
2. ARROWSMITH. — Vincent's angina involving the larynx exclusively. (Société Américaine d'oto-laryngologie, 5 et 6 mai 1910. — *Ann. of Otology*, septembre 1910.)
3. BOURGEOIS. — Laryngite ulcéro-membraneuse. (Communication faite au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, Paris, 8 mai 1923.)
4. CORIAT (Marcel). — Contribution à l'étude des laryngites pseudo-membraneuses. (Thèse de Paris, 1922.)
5. DAUDIN-CLAVAUD. — Laryngite ulcéro-membraneuse à type œdémateux. Trachéotomie. (*Revue hebdomadaire de Laryngologie*, n° 31, 3 août 1912.)
6. DELSAUX. — Contribution à l'étude des complications de l'angine fusio-spirillaire. (*Presse Oto-Laryngologique Belge*, Bruxelles, avril 1913.)
7. DU CASTEL et DUFOUR. — A propos de la laryngite fusio-spirillaire. (*Gaz. des Hôpitaux de Paris*, 1919, p. 441.)
8. HIRSCH. — Laryngitis ulcéro-membranacea. (*Monatschr. f. Ohren Berl. u. Wien.*, 1921.)

9. LAUTMANN. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* (Analyses.) 1911, tome I, p. 264.
— *Idem*, 1922, p. 1071.
10. MOURE. — De la laryngite ulcéro-membraneuse.
— Communication faite au Congrès International de Budapest, 1909.
— *Rev. hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 10, 11 mars 1911, page 257.
11. PARAF (J.). — Gangrène pulmonaire déterminée par l'association fuso-spirillaire. (Soc. médicale des Hôpitaux, juin 1918.)
MARX (R.). — Zur Kenntniss der durch Fusiformenbacillen bedingten pyanischen Prozesse. (*Centralblatt für Bakt.*, 29 novembre 1915.)
CHAMBERLAIN (P.). — Spirochetæ and fusiform bacilli in various lesions in Philippines. (*Amér. Journ. of. trop. dis. and prev. med.*, t. II, octobre 1914.)
GHON. — Lüngengangran un Fusiformbacillen. (*Centralb. für Bakt.*, octobre 1913.)
12. PORTMANN (G.). — Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien (1923). Laryngite ulcéro-membraneuse (page 55).
13. REICHE. — Laryngite ulcéro-membraneuse. (*Münch. Med. Wochen*, n° 17, 23 avril 1907.)
— Seltene verlaufsformen und complicationen der Plaut Vincentschen Rachen und Mundentzündungen. (*Münch. Med. Woch.*, 1915, p. 219.)
14. ROGER. — Contribution à l'étude de l'action de l'arsénobenzol dans certaines affections spirillaires. (Thèse de Paris, 1912.)
15. SCHÆTZ. — Contribution à l'étiologie des laryngites gangréneuses. (*Zeitschr. f. Ohrenkeilt*, B. d., n° 1 et 2.)
16. SEBENG. — L'angine de Vincent. Etude historique, clinique et thérapeutique. (Thèse de Paris, 1919.)

17. TEXIER. — Cas rare et grave de localisations successives du bacille de Vincent sur le pharynx et le larynx. (*Presse Médicale* du samedi 24 mai 1913.)
18. Van HOOGENHUYZE et de KLEYN. — Laryngitis ulceromembranacea (PLAUT-VINCENT) mit Holz phlegmone. (*Arch. f. Ohren. Nasen u. Kehlkopf.*, Leipzig, 1917.)
19. VEILLARD. — Laryngite aiguë ulcéreuse. Présence dans l'exsudat du bacille fusiforme de Vincent. (*Archives Internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, n° 1, janvier 1904.)
20. VINCENT (H.). — Sur la morphologie du bacille fusiforme (réponse à PLAUT). — Société de Biologie, mai 1905.
— Sur les propriétés pyogènes du bacille fusiforme. (Société de Biologie, 6 mai 1905.)
21. SARGNON et TROSSAT. — Laryngite ulcéro-membraneuse. (*Presse Médicale* du 10 novembre 1923.)



