

Contre les ulcérations, l'iodoforme, très vanté il y a quelques années, est actuellement délaissé; il produit de l'inappétence. On s'est servi aussi de l'iodol, de l'acide borique, de solutions phéniquées. Le naphтол camphré, le salol camphré, pur ou en solution dans le sulfocinate de soude (10 à 15 pour 100), donnent d'assez bons résultats. Mais c'est surtout à l'acide lactique que l'on devra avoir recours (10, 25, 50, 80, 100 pour 100 d'eau distillée). Les premiers pansements provoquant fréquemment du spasme, il sera bon de cocaïner au préalable le malade. De tous les caustiques chimiques, c'est le seul qui ait donné des guérisons durables.

Le traitement *chirurgical* consiste dans l'ablation des masses hypertrophiées ou végétantes, dans le curettage des ulcérations. On touche ensuite les points opérés avec les solutions d'acide lactique. Dans nombre de cas (Hering), les résultats ont été excellents et la guérison des ulcérations laryngées a pu se maintenir pendant plusieurs années, malgré l'envahissement des poumons.

La trachéotomie, considérée par certains auteurs comme une méthode générale de traitement mettant le larynx à l'abri des causes irritantes qui peuvent en augmenter les lésions, sera indiquée toutes les fois qu'il faudra parer à un danger imminent d'asphyxie.

On fera la trachéotomie proprement dite de préférence à la laryngotomie crico-thyroïdienne (carie possible du cricoïde). Dans les cas de sténose par paralysie des dilatateurs, la dilatation par les tubes de Schrötter n'a donné aucun résultat.

H. CUVILLIER.

SYPHILIS LARYNGÉE

Étiologie. — Au cours de la syphilis, après les lésions de la peau et de la muqueuse bucco-pharyngée, les lésions laryngées sont les plus fréquentes. La statistique de Lewin, faite sur tous les syphilitiques traités à l'hôpital de la Charité de Berlin pendant une période de dix-sept années, donne, sur 20 000 cas, 575 manifestations laryngées, dont 500 légères (87 pour 100) et 75 graves (13 pour 100).

La syphilis laryngée est ordinairement précoce; elle apparaît de deux à six mois après l'infection. Très rare chez les enfants, où elle ne se montre guère que comme syphilis héréditaire, elle se rencontre surtout chez les adultes, entre vingt et quarante ans. On peut aussi

l'observer à un âge plus avancé (accidents tertiaires, 16 cas au-dessus de soixante ans, Mackenzie).

Parmi les causes occasionnelles, nous citerons l'abus du tabac, de l'alcool, de la parole. L'influence de la température paraît bien manifeste: dans toutes les statistiques, la syphilis laryngée est plus fréquente en hiver qu'en été.

Description clinique et anatomique. — Les symptômes de l'infection syphilitique sont, dans le larynx, d'ordre secondaire ou tertiaire. L'accident primitif, en effet, n'a jamais été observé dans l'infundibulum; tout au plus en a-t-on signalé la présence sur la face linguale de l'épiglotte (Krishaber).

Période secondaire. — Le *catarrhe* ou *érythème* laryngé est la première manifestation. Son importance, par les troubles apportés à la phonation, est plus grande que sur les muqueuses voisines. Il se caractérise par de la rougeur, de l'œdème, de la sécrétion.

La muqueuse est simplement hypérémiée, ou sa coloration varie du rose rouge au vermillon et au rouge brun. La teinte vermillon, spéciale à l'érythème laryngé de cause syphilitique, est très importante au point de vue du diagnostic laryngoscopique. L'érythème se localise à l'attache antérieure des cordes ou, le plus souvent, il se généralise. Il est tantôt diffus, tantôt par plaques distinctes, nettement limitées.

En même temps, la sécrétion se modifie. Elle devient plus abondante, visqueuse, recouvrant les cordes d'un exsudat blanchâtre; parfois elle se dessèche et forme des croûtes épaisses et adhérentes.

L'œdème (cordes vocales supérieures, région sus-glottique) est ordinairement peu marqué. D'après Eppinger, on le rencontrerait assez souvent dans la syphilis héréditaire des nouveau-nés.

L'épithélium disparaît ou bien s'épaissit. Dès cette période on pourrait, selon certains auteurs, observer des érosions de la muqueuse de grandeur variable. Nous croyons, pour notre part, que l'érythème laryngé syphilitique ne s'accompagne pas d'ulcérations.

On a signalé, avec des érythèmes aigus, la parésie des cordes vocales inférieures.

Non traité, l'érythème laryngien est opiniâtre; il cède, au contraire, rapidement à la médication locale et générale.

En résumé, il n'offre, même au point de vue laryngoscopique, rien de bien caractéristique. Son seul caractère syphilitique est d'apparaître ou de disparaître avec les autres symptômes syphilitiques (Gottstein). Il faudra donc rechercher avec soin les antécédents du malade, les lésions concomitantes (peau, bouche, pharynx).

Les *plaques muqueuses* sont rares. Nous n'avons pu les observer que dans des cas relativement restreints chez les nombreux syphi-

litiques que nous avons eu l'occasion d'examiner soit à Lourcine, soit à Saint-Louis. De forme irrégulièrement arrondie ou ovale, de diamètre variant entre 2 et 7 millimètres, elles font, au-dessus des parties voisines, une légère saillie à fond déprimé. De coloration gris blanc, opaline, elles sont entourées d'un liséré rouge vif, carminé, qui tranche sur la muqueuse voisine. Elles siègent soit à l'épiglotte, soit sur les cartilages de Santorini, les aryénoïdes, les replis ary-épiglottiques, le milieu des cordes inférieures.

Elles apparaissent ordinairement aux premiers temps de l'infection, avec les plaques buccales ou gutturales. Elles s'accompagnent d'un œdème parfois considérable, déformant l'entrée du larynx, masquant la vue de l'infundibulum (épiglotte, replis) ou bien provoquant de la sténose, des accidents de suffocation qui nécessitent la trachéotomie (œdème des bandes ventriculaires, surtout de la région sous-glottique).

La liberté de la respiration une fois assurée par la trachéotomie, les œdèmes cèdent en général facilement au traitement général.

A la période secondaire, on observe aussi, mais très rarement, des éruptions papulo-tuberculeuses (Cusco); des condylomes de la muqueuse, analogues aux crêtes de coq. Cette lésion est souvent tenace; ces condylomes récidivent rapidement après l'ablation avec les pinces endo-laryngiennes et malgré le traitement général. Nous devons dire que, selon certains auteurs, ces condylomes ne seraient pas de nature spécifique. Au point de vue histologique, leur texture en effet est analogue aux bourgeons charnus.

Enfin, la syphilis secondaire laryngée se manifeste aussi par des paralysies, indépendantes à ce moment, bien entendu, de toute compression des récurrents par une tumeur syphilitique (gomme ou tumeur osseuse). La paralysie est habituellement unilatérale, qu'il s'agisse d'un spasme des adducteurs ou d'une paralysie des abducteurs.

Période tertiaire. — Elle se caractérise par l'évolution de *gomm*es laryngées.

Les gomm

es siègent dans le tissu sous-muqueux, dans tous les points où existe un tissu conjonctif riche en vaisseaux (Eppinger). On les trouve de préférence à l'épiglotte, sur les replis ary-épiglottiques, sur les bandes ventriculaires. Elles se présentent tantôt sous l'aspect d'*infiltration diffuse*, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, comme de *grosses nodosités nettement circonscrites*. La surface en est lisse, tendue, luisante, rouge sombre ou jaunâtre. Le volume est variable (grain de plomb à noisette); de même le nombre: parfois solitaires, elles peuvent aussi être confluentes, et leur réunion forme ce que l'on a appelé le « petit nodule syphilitique ».

Les gomm

es s'ulcèrent rapidement, et l'ulcération est une des formes fréquentes sous lesquelles s'observe la syphilis laryngée.

Peu étendue au début, l'ulcération gagne bientôt en surface et en profondeur. Elle se creuse en entonnoir, et ses bords saillants, taillés à pic, surplombent un fond sanieux, gris pâle, couvert d'une sécrétion purulente, très adhérente. La muqueuse environnante est vivement injectée.

L'ulcération fuse-t-elle dans le tissu conjonctif, de vastes lambeaux de muqueuse se détachent, viennent flotter dans la glotte et provoquent des accès de suffocation.

Le péri-chondre, le cartilage sont envahis. Des abcès se forment, des fistules persistent, de vastes délabrements se produisent. Le cartilage nécrosé est expulsé en partie ou en totalité (aryénoïde).

La marche des lésions est parfois inverse; c'est au centre même du cartilage que débute l'infiltration gommeuse. Au niveau du point atteint, se produit une voussure caractéristique de la muqueuse, de teinte rouge vif. Quant à une période avancée de l'infection syphilitique, sur un point limité de la muqueuse, apparaît de l'érythème, il faut toujours réserver le pronostic et penser au développement possible d'une gomme. L'abcès peut s'accroître au point de provoquer, avec la sténose, de l'asphyxie (œdème sous-glottique, infiltration du cricoïde). Sa marche est parfois extrêmement rapide et pour ainsi dire foudroyante.

Le processus ulcéral s'arrête-t-il sous l'action du traitement local et général, la réparation se fait par des cicatrices blanchâtres, scléreuse, rayonnées, ordinairement plates, parfois exubérantes et végétantes.

La cicatrisation peut être vicieuse et entraver d'une manière permanente les diverses fonctions de l'organe. A l'épiglotte, des adhérences anormales s'établissent avec les parois du pharynx (dysphagie et dyspnée fort graves); les cordes vocales se soudent entre elles sur une étendue plus ou moins grande; un véritable pont membraneux semble jeté d'une corde à l'autre. L'articulation crico-aryénoïdienne, englobée dans le processus cicatriciel, s'ankylose, et il en résulte des paralysies des cordes.

Les paralysies observées à la période tertiaire peuvent être dans d'autres cas dues à des altérations des muscles, à une compression des récurrents, parfois à des lésions centrales.

Les déformations, de modalités extrêmement variées, peuvent se trouver réunies sur le même larynx et l'organe, complètement effondré dans sa charpente, apparaît dans le miroir comme un moignon informe, à canal central extrêmement étroit.

La syphilis laryngée est aussi une manifestation de la *syphilis*

héréditaire. Parfois très précoce, elle se caractérise dès le bas âge par une raucité particulière de la voix qui, selon Diday, tient à de l'érythème ou à des plaques muqueuses.

Fréquemment, elle n'est que l'extension de lésions nasales. Les ulcérations peuvent être plus profondes (ulcérations de la muqueuse, carie du thyroïde).

Symptômes fonctionnels. — Dans sa forme bénigne, la syphilis laryngée évolue d'une façon pour ainsi latente et n'occasionne que des troubles insignifiants. Les symptômes fonctionnels ne sont, d'ailleurs, jamais bien caractéristiques. La voix est ordinairement altérée : c'est là le seul symptôme de l'érythème syphilitique. Dans cette forme de la syphilis laryngée, il n'existe ni toux, ni troubles respiratoires, ni douleur. La *voix* est altérée dans son timbre seul : le malade n'émet que des sons à peine perceptibles à l'oreille, mais nettement et clairement articulés. D'autres fois, la voix est rauque (voix de rogomme, *raucedo syphilitica*). A la période tertiaire, avec les délabrements des cordes, l'aphonie est complète.

La *toux* manque ordinairement ou elle est peu marquée. L'*expectoration*, nulle à la période secondaire, devient, avec les gomme ulcérées, purulente, fétide et renferme des portions de cartilage nécrosées.

La *douleur* spontanée est insignifiante ; elle se réduit à une simple sensation de gêne ou de compression. Elle n'est plus vive que dans les cas de périchondrite, augmentant pendant la nuit, marquée surtout à la pression.

La *dysphagie* n'existe que dans les ulcérations de l'épiglotte et de la partie postérieure du larynx ; elle n'atteint jamais le même degré que dans les ulcérations tuberculeuses.

Les *troubles respiratoires*, nuls à la période secondaire, peuvent être d'une gravité menaçante à la période d'infiltration gommeuse. Ils persistent après la cicatrisation, comme nous l'avons déjà dit, et sont alors proportionnés au rétrécissement de la glotte.

Marche. Pronostic. — La marche de l'infection laryngée est, dans certains cas, rapide ; le plus souvent, cependant, elle est lente, notamment dans les cas de paralysie. La *restitutio ad integrum* est la règle s'il s'agit d'accidents secondaires ; l'érythème, les plaques muqueuses disparaissent et guérissent sans laisser de traces.

Dans les lésions tertiaires, au contraire, si le diagnostic se fait avant l'ulcération, avec un traitement énergique rapidement institué, le pronostic sera favorable. La gomme est-elle ulcérée, il faudra craindre la possibilité de cicatrices vicieuses. Si la vie est rarement menacée, si la trachéotomie permet de parer aux accidents respira-

toires, l'aphonie persistante, le port prolongé d'une canule seront fréquemment le résultat de la destruction des diverses parties constitutives de l'organe.

Diagnostic. — La syphilis laryngée s'accompagne-t-elle d'autres lésions du côté de la peau, du pharynx ou des fosses nasales, le diagnostic est très facile. Il n'en est pas de même si elle existe seule.

A la *période catarrhale*, on ne peut, d'après les signes laryngoscopiques, décider si l'on se trouve en présence soit d'une hyperémie simple, soit d'un début de phthisie ou de syphilis. Dans le *catarrhe essentiel* cependant, la rougeur n'envahit pas uniformément la muqueuse, plus ou moins épaissie. Les glandes sont hypertrophiées, les sécrétions abondantes. La voix est altérée plus profondément ; l'aphonie peut être complète.

L'*infiltration syphilitique* se distingue de l'*infiltration tuberculeuse* en ce qu'elle est, au moins au début, plus étendue. La muqueuse, rouge vif dans la syphilis, est d'une pâleur caractéristique dans la tuberculose. L'ulcération apparaît de bonne heure et, une fois établie, gagne rapidement en surface et en profondeur. Malgré ces caractères différentiels assez nets, certains cas nécessiteront, pour être jugés, l'essai du traitement spécifique.

Les *gomme non ulcérées* se distingueront : 1° des *kystes* (transparence, état lisse de la muqueuse, pas de gonflement des parties voisines, siègent rarement hors de l'épiglotte) ; 2° des *néoplasmes* (ordinairement mieux délimités, siègent sur les bandes ventriculaires).

Les *ulcérations* d'origine syphilitique, habituellement solitaires, se caractérisent par leur forme plus ou moins arrondie, leur profondeur, leurs bords surélevés, l'inflammation de la muqueuse environnante, leur siège fréquent à l'entrée du larynx.

Dans l'*ulcère tuberculeux*, les lésions à marche beaucoup plus lente sont moins profondes ; souvent elles se sont développées sur plusieurs points, de préférence sur les bandes ventriculaires et à la partie postérieure du larynx. La muqueuse environnante est pâle, la sécrétion abondante. Enfin on tiendra compte de l'état général du malade, de l'auscultation des poumons, de l'examen bacillaire des crachats. On a signalé la coïncidence de la tuberculose et de la syphilis, la transformation possible des ulcérations syphilitiques en ulcérations tuberculeuses. Dans ces cas, le diagnostic sera évidemment des plus délicats.

L'*ulcération carcinomateuse* ne se montrera souvent qu'un an ou dix-huit mois après l'infiltration. Cette marche est en opposition absolue avec le ramollissement rapide des gomme et constituera un élément précieux de diagnostic quand on pourra suivre l'évolution

de la tumeur. Les bourgeons mûriformes du cancer, recouverts d'une sanie purulente, très fétide, saignent facilement. La douleur est de plus très vive. L'adénopathie est marquée. Enfin, en dernier ressort, on pratiquera l'examen histologique des fragments enlevés; on fera l'essai du traitement ioduré, en se rappelant toutefois qu'au début de cette médication le cancer peut paraître rétrocéder. On ne portera donc pas de diagnostic hâtif.

Les *ulcérations lupiques* sont d'un ton pâle; les cicatrices d'un blanc nacré peuvent être le siège de nouvelles poussées.

Traitement. — On doit instituer un traitement général et local.

Le *traitement général*, analogue à celui des autres localisations syphilitiques, est mercuriel et ioduré. Il ne faut pas oublier que dans certains cas l'iode peut augmenter la congestion de la muqueuse; mais, les accidents d'asphyxie écartés par la trachéotomie, son action est en général rapide sur les manifestations œdémateuses de la syphilis laryngée. Il restera donc le médicament de choix dans les formes tertiaires graves (2 à 6 grammes).

Le *traitement local*, à la période secondaire, consistera en pansements intra-laryngiens avec des solutions de chlorure de zinc (1/30), de nitrate d'argent (1/50 à 1/30), de glycérine iodée (teinture d'iode, 4 grammes; glycérine, 10 grammes). On interdiera absolument au malade de fumer et de prendre de l'alcool. Les bains de vapeur seront un adjuvant utile dans l'érythème.

A la période des ulcérations, on fera faire des inhalations de sublimé (sublimé, 20 centigrammes; alcool rectifié, 50 grammes; eau distillée, 200 grammes. En inhaler deux à trois fois par jour de la dixième à la cinquième partie). On insufflera de la poudre d'iodoforme; on badigeonnera les parties ulcérées avec des solutions phéniquées (acide phénique, 10 à 20 centigrammes; glycérine, 10 grammes).

Contre les œdèmes, provoquant des accès de dyspnée, on fera des scarifications. L'asphyxie est-elle menaçante, on pratiquera la trachéotomie.

S'est-il développé des végétations, formé des adhérences, des ponts membraneux, on aura recours pour les détruire aux pinces coupantes, au galvanocautère. Quand la méthode endo-laryngée a échoué, la thyrotomie ne donne pas de meilleurs résultats. Existe-t-il de la sténose par suite du rétrécissement cicatriciel du calibre du larynx, la trachéotomie préalablement pratiquée, on fera la dilatation avec les tubes de Schrötter.

H. CUVILLIER.

CANCER DU LARYNX

Le cancer du larynx est primitif ou secondaire, soit par métastase, soit par propagation d'un cancer d'un organe voisin (langue, pharynx, corps thyroïde).

Étiologie. — Cette affection, qui n'est guère connue et n'a pu être bien étudiée que depuis la découverte de la laryngoscopie, s'observe surtout à l'âge adulte. Son maximum de fréquence est entre quarante et soixante-dix ans (83 pour 100 des cas, Morell-Mackenzie). L'abus du tabac, de l'alcool, les fatigues vocales, le traumatisme, les maladies inflammatoires antérieures prédisposeraient à son développement.

L'influence du sexe paraît certaine, si l'on s'en rapporte à une statistique de 179 cas, sur lesquels on trouve 153 hommes et seulement 26 femmes. L'influence professionnelle n'a pas été signalée. On a voulu incriminer, sans preuves manifestes, l'action des diathèses (arthritisme, herpétisme). Par contre, l'hérédité est bien établie, comme pour les néoplasies des autres organes.

La transformation possible d'une tumeur bénigne du larynx en une tumeur maligne, qu'il y ait eu ou non intervention endo-laryngée, ne doit être admise que sous toutes réserves et dans des cas extrêmement rares. Parfois la tuberculose et le cancer coïncident.

Anatomie pathologique. — Le cancer du larynx, au sens clinique du mot, comprend, histologiquement parlant, toutes les formes de tumeurs malignes : épithéliome, carcinome, sarcome. C'est l'épithéliome que l'on observe le plus fréquemment.

Selon le siège, on distingue deux variétés : le cancer marginal ou extrinsèque et le cancer cavitaire ou intrinsèque. Le cancer *marginal* se localise primitivement sur les parties extérieures de l'organe (épiglotte, replis ary-épiglottiques, région aryténoïdienne au niveau de l'éperon pharyngo-laryngien), et de là peut s'étendre aux organes voisins (Isambert). Le cancer *cavitaire* est sus-glottique; il débute par la région des ventricules et des bandes ventriculaires. Très rarement on a observé des cancers primitivement intra- ou sous-glottiques. Le plus souvent unilatéral (deux fois sur trois, Schwartz), il siège de préférence à gauche.

Dans le processus envahissant de la néoplasie, toutes les parties