

2° *Médicaments agissant par sélection sur la muqueuse respiratoire.* — *Térébenthine, résine, goudron.* Ces différents médicaments sont la base des innombrables spécialités qui ont été imaginées pour le traitement des laryngites chroniques.

3° *Médication thermale.* — Le traitement des laryngites chroniques par les eaux minérales est d'une variété extraordinaire; les malades sujets à des poussées aiguës devront être envoyés au *Mont-Dore* ou à *Ems*; les sujets lymphatiques, strumeux, seront adressés à la *Bourboule* ou à *Kreuznach*. La plupart de ces malades qui n'ont ni poussée aiguë, ni tare lymphatique ou scrofuleuse, les arthritiques ou herpétiques, se trouveront bien d'un traitement à une station sulfureuse, aux *Eaux-Bonnes*, à *Cauterets*, à *Challes*, à *Allevard*, à *Saint-Honoré*, etc.

4° *Médication climatérique.* — Un certain nombre de malades que la rigueur du climat dans leurs pays oblige à aller respirer un air plus chaud devront rechercher les stations climatériques du midi de la France, d'Algérie, etc.

5° *Médication hygiénique.* — On recommandera à tous ces malades de s'abstenir d'excès vocaux, de ne pas user de boissons alcooliques et d'éviter les refroidissements, de ne pas séjourner dans les atmosphères saturées de poussières ou de fumée de tabac.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

I

Considérations générales.

De toutes les affections chroniques qui peuvent frapper l'espèce humaine, celle-là est certainement la plus grave et l'arsenal thérapeutique destiné à la combattre a pris des proportions vraiment illimitées. Il nous faudra choisir dans cette multitude de médicaments, et préalablement il faudra poser les indications principales.

Je ne me propose pas de faire une description de cette redoutable maladie; je me contenterai seulement de rechercher les principales indications du traitement de la phtisie laryngée seule; je ne veux pas, en effet, entrer dans le détail de la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire, avec laquelle coïncide du reste presque toujours la laryngite tuberculeuse; il faudrait des volumes pour traiter cette question dans son intégrité. Disons de suite que, dans ce traitement général, beaucoup de méthodes ont eu plutôt une grande vogue qu'un réel succès. La tuberculose laryngo-pulmonaire est susceptible d'une guérison spontanée et il n'est pas im-

possible que le succès de certaines médications ait pu coïncider avec les hasards de la guérison naturelle. Je ne puis passer en revue toutes les méthodes de traitement interne; leur nombre est infini et elles ne paraissent avoir jamais rempli qu'incomplètement les indications auxquelles elles semblaient s'adresser. Ce côté général de la thérapeutique de la tuberculose laryngo-pulmonaire doit donc peu nous occuper ici et nous pensons que notre rôle est, dans cet article, de ne nous occuper surtout que du traitement purement laryngien. Nous envisagerons donc tour à tour le traitement des troubles vocaux, des ulcères, de la douleur ou dysphagie, et enfin de la dyspnée.

II

Traitement des troubles vocaux.

1° Les *troubles de la voix*, qui sont ceux dont le malade se plaint au début de sa maladie, sont susceptibles de pouvoir être amendés quand il s'agit de productions tuberculeuses limitées, telles qu'on les observe dans certaines formes de tuberculose primitive du larynx, telles que, par exemple, les *tumeurs tuberculeuses*, si difficiles à reconnaître des tumeurs bénignes; dans quelques cas, ces tumeurs peuvent en effet siéger sur le bord des cordes vocales, et souvent plus près de la commissure antérieure que de la commissure postérieure, qui est pourtant le siège de prédilection des productions tuberculeuses: elles siègent aussi sur des points variables de la muqueuse et ressemblent parfois à des papillomes, qui peuvent s'y montrer, ainsi qu'à des fibromes. L'extirpation de ces tumeurs peut rappeler la voix pendant un temps limité, mais très difficile à déterminer; car la récurrence de ces tumeurs est presque toujours inévitable.

2° La voix peut encore être troublée chez certains tuberculeux, même quand le parenchyme pulmonaire ne semble pas altéré, par le *prolapsus de la muqueuse ventriculaire*, lésion

que nous avons décrite¹ ailleurs et que le professeur Fränkel a étudiée récemment avec le plus grand soin. Il est possible, mais c'est difficile, d'agir sur ces productions morbides, soit en les réséquant, soit en les cautérisant, et de favoriser de la sorte le retour de la voix. Ce résultat s'obtient rarement.

3° La voix peut aussi être troublée par l'existence de *végétations*; mais l'extirpation de ces végétations n'aura d'effet sur le retour de la voix qu'à la condition que celles-ci, qui naissent habituellement sur les ulcérations, ne prennent pas leur origine sur les ulcérations des cordes vocales; en ce cas, leur extirpation serait tout à fait insuffisante.

4° Enfin, la voix peut être troublée par le fait de petites *tumeurs* ou *excroissances* naissant sur la face postérieure du larynx, près de la commissure postérieure des cordes vocales, qu'elles écartent et empêchent de se rejoindre. J'ai observé beaucoup de faits de ce genre, et c'est au moyen des curettes que j'ai pu extirper ces productions morbides. Chez des malades atteints à la fois de lésions de ce genre et de tuberculose du deuxième degré, j'ai vu la voix revenir et se maintenir pendant un an et même davantage. Ces cas sont dénommés *pachydermie tuberculeuse* du larynx.

5° Il y a une infinité de circonstances dans lesquelles la voix est altérée par la présence d'*ulcérations superficielles* et dans lesquelles le trouble vocal peut s'améliorer sensiblement sous l'influence de médications locales (*badigeonnages ou injections médicamenteuses*).

III

Traitement des ulcères du larynx.

Ici s'ouvre dans la thérapeutique de cette affection une question importante: est-il possible de guérir des ulcérations tuberculeuses du larynx? — Nous répondons oui, à condition

1. GOUQUENHEIM et P. TISSIER. — Traité de la tuberculose pulmonaire, 1889.

que ces ulcérations ne soient ni confluentes ni trop profondes.

1° Voici les divers moyens de traitement qui ont été employés dans ce but : les insufflations avec la poudre d'*iodoforme*, d'*iodol*, d'*aristol* ont donné quelques rares succès ; mais c'est la méthode *caustique* qui a fourni les résultats les plus favorables, et surtout la cautérisation par l'*acide lactique*, pendant quelques années ; ce qui est un laps de temps énorme relativement aux autres méthodes. Les spécialistes ont employé ce mode de traitement avec une confiance réelle et bien plus grande que celle qu'ils avaient accordée à d'autres médications, et la presse spéciale a été pendant longtemps remplie d'observations et de travaux favorables à cette méthode, qui nécessite, il faut le dire, les plus grandes précautions, qu'il est facile du reste de prendre à l'aide de la *cocainisation* préalable du larynx.

Les doses médicamenteuses employées ont beaucoup varié ; d'abord, elle ont été très rapidement élevées, et c'est peut-être cette élévation des doses qui a rendu, au début de l'application de la méthode, les plus grands services : plus tard, la crainte exagérée des accidents de spasme chez les malades a fait réduire les doses, et l'action de ce médicament, trop atténuée de la sorte, n'a plus eu des résultats aussi brillants qu'à la période du début ; le silence a fini par se faire sur la méthode ; mais, je le répète, je crois que les résultats différents de cette médication n'ont tenu qu'à une question de doses.

2° Dans ces derniers temps, Ruault a vanté les effets d'un nouveau médicament, le *sulfo-phéno-ricinate de soude*. L'expérience des spécialistes n'a pas prononcé sur la valeur de ce médicament ; mais il est certain que ce caustique, si peu douloureux au dire de l'auteur de son emploi, n'a pas donné dans tous les cas des résultats aussi brillants ; c'est, du reste, le sort de toutes les médications locales employées contre la phtisie laryngée, où l'on peut dire avec raison que tout a réussi et tout a échoué.

3° La gravité des ulcères tuberculeux laryngiens a suscité des travaux d'un autre genre, de la part d'auteurs qui,

préoccupés de la difficulté de tarir de pareilles ulcérations, ont entrepris ce qu'ils ont appelé le *traitement chirurgical de la phtisie laryngée*. C'est au moyen de *curettes* spéciales que Heryng et Krausé, les auteurs de cette méthode, ont cherché à nettoyer ces ulcères, à les racler, et même à enlever le tissu environnant.

Cette méthode, exécutée avec ténacité par les auteurs que je viens de nommer, a bien donné quelques améliorations et même quelques guérisons ; mais, entre les mains d'autres médecins, les mécomptes ont été complets ; de toute façon, les guérisons ont été rares. Qu'est-ce du reste que quelques guérisons sur des milliers de malades traités de la sorte ?

Le traitement dit chirurgical de la phtisie laryngée, impuisant presque toujours contre les ulcères diffus et profonds de la tuberculose laryngienne, a trouvé sa voie et ses indications dans un autre côté de la question que nous allons étudier plus loin, et nous pouvons dire dès maintenant que le traitement sanglant n'a pu obtenir de succès que lorsqu'il était possible d'extirper de gros fragments de la muqueuse hypertrophiée ; il a fallu ces ablations sérieuses pour amener des résultats et procurer aux malades des survies prolongées, et c'est parce que nous les avons entreprises ainsi que nous avons pu avoir quelques résultats encourageants, surtout au point de vue de la douleur et de l'inanition consécutive des malades.

IV

Traitement de la dysphagie.

1° *Traitement chirurgical*. — La *douleur* est un symptôme très pénible de la phtisie laryngée, et nous pouvons affirmer ici que la cause la plus fréquente de ce signe est la tuméfaction, avec ou sans ulcération, de la muqueuse épiglottique et surtout de la région aryténoïdienne. Chaque fois que nous avons constaté cet état de la muqueuse aryténo-épiglottique,

le malade se plaignait surtout de dysphagie avec persistance de l'appétit, impossible à satisfaire; d'où un dépérissement rapide du patient. Bien que la tuméfaction de la muqueuse de la région aryténoïdienne soit toujours une cause de dysphagie, il peut se faire que la douleur survienne même chez des malades dont la muqueuse aryténoïdienne est très injectée sans être véritablement tuméfiée; mais il est rare que l'un existe sans l'autre.

C'est dans ces circonstances que j'ai vu souvent réussir le traitement chirurgical, qui consiste alors dans l'ablation des parties tuméfiées de la région aryténoïdienne; après cette intervention, l'apaisement des douleurs atroces que ressentent les malades se produit presque toujours assez vite.

Quand on a insensibilisé, avant d'intervenir, très soigneusement toute cette région, il suffit d'introduire une pince très puissante et terminée par deux forts anneaux, qui s'imbriquent l'un dans l'autre au moment du rapprochement des branches de la pince, de manière à jouer le rôle d'emporte-pièce: une branche de la pince est placée en arrière de la région malade jusque près de l'entrée de l'œsophage, une autre branche est introduite dans l'intérieur du larynx; on rapproche les deux branches, on exécute un mouvement de torsion, et l'on ramène au dehors, dans les anneaux emporte-pièce, un fragment très considérable du tissu malade; en exécutant la même opération du côté opposé, ce qui est habituellement aisé, on a accompli l'opération, et cela sans hémorragie sérieuse. On envoie ensuite le malade avaler de la glace pendant un quart d'heure et il peut réintégrer la salle ou même rentrer chez lui; chaque jour il convient de faire un pansement sur ces plaies avec un pinceau d'ouate trempé dans du *naphtol camphré*, et au bout de une à trois semaines, la cicatrisation est accomplie. J'ai pu voir des malades chez lesquels cette cicatrisation s'était longtemps maintenue; le tissu muqueux irrégulier, mamelonné, a pris alors une coloration blanchâtre, indice de la formation de tissu fibreux. J'ai fait cette opération des centaines de fois, et dans le quart des cas, j'ai toujours vu

des résultats très favorables, à condition que les lésions pulmonaires ne fussent pas trop avancées, et même, dans ce dernier cas, j'ai pu observer l'atténuation des douleurs ressenties par les malades.

2° *Traitement médical.* — Mais, avant d'arriver à cette extrémité opératoire, j'ai toujours tenté de délivrer les malades de ces douleurs si cruelles par des moyens médicaux, et je puis dire que j'ai pu réussir dans un certain nombre de cas. C'est une statistique facile à faire dans un service d'hôpital. Les deux médicaments dont l'usage interne m'a donné les meilleurs résultats sont l'antipyrine et surtout l'exalgine.

A. — L'*antipyrine* ne réussit qu'à la condition d'employer de grosses doses, 2 grammes au moins; mais on sait que ce médicament développe des sueurs profuses et fatigantes pour un malade qui n'en a déjà que trop. De plus, le malade paye souvent l'apaisement de ses douleurs par l'apparition d'une éruption confluente extrêmement douloureuse, interdisant dorénavant l'usage de ce médicament.

B. — L'*exalgine* n'a pas les inconvénients du précédent médicament; très toxique à une dose élevée, elle est susceptible, à des doses modérées, de produire l'apaisement de ces douleurs si violentes; il faut, pour arriver à ce résultat, donner au moins 0^{gr},50 de ce médicament; quelquefois 0^{gr},25 suffisent, mais il est parfois nécessaire d'élever la dose jusqu'à 0^{gr},75. En raison de la puissance toxique de l'exalgine, j'avais pris l'habitude d'en faire faire à l'hôpital une solution colorée en jaune et dont une cuillerée à soupe représentait 0^{gr},25; on peut aussi l'ordonner en cachets, en pastilles, enfin en solution.

C. — Cette action des médicaments internes peut aussi être aidée par celle des topiques calmants, et le type le plus parfait de ces derniers médicaments est le *menthol*, incorporé à l'huile d'olive à la dose de 1 p. 5 et que l'on injecte dans les voies respiratoires à une dose de 2 centimètres cubes, au moyen d'une seringue appropriée, ou bien que l'on peut porter sur la région douloureuse à l'aide d'un porte-ouate. Ce topique est très précieux; car on peut l'employer autant de

fois que cela sera nécessaire, sans avoir à craindre ni effet toxique, ni les inconvénients que l'on voit survenir d'un moment à l'autre quand on emploie la cocaïne, que sa toxicité empêche de donner indéfiniment.

V

Traitement de la dyspnée.

La *dyspnée* constitue encore une indication thérapeutique assez commune dans les tuberculoses laryngées. Cette dyspnée peut être la suite, soit d'un encombrement du larynx par les végétations, soit de l'existence d'une tuméfaction immodérée de la muqueuse; la pince coupante et l'emporte-pièce remédient au premier cas.

Cette dyspnée peut survenir par accès, exposant les malades à une mort brusque; c'est une des causes de la mort subite dans la tuberculose laryngo-pulmonaire. Quelquefois un seul accès peut suffire et il n'est pas rare de ne plus retrouver le matin un malade que la veille on avait quitté relativement bien portant.

Un des meilleurs moyens de calmer les accès de la dyspnée est de faire aux malades des inhalations de *chloroforme*, qui ont le pouvoir de calmer et d'atténuer le spasme de la glotte, cause presque constante de la dyspnée.

C'est cette dyspnée, décrite magistralement par Sestier, puis par Trousseau, qui a été longtemps considérée comme un des signes les plus certains de l'œdème laryngé chronique; la cause en est plus connue depuis les travaux que j'ai entrepris sur l'œdème de la glotte chez les tuberculeux. Ces travaux ont démontré que le spasme glottique est la cause constante de ce syndrome et que le spasme est lui-même la conséquence d'une irritation de voisinage des nerfs récurrents, à la suite de leur compression par les ganglions voisins. L'irritation de ces nerfs, démontrée par mes recherches cliniques et anatomo-pathologiques, permet d'expliquer l'action favorable

des *inhalations de chloroforme* chez nombre de malades.

Quelle que soit la cause de la dyspnée laryngienne tuberculeuse, encombrement du larynx ou spasme glottique, ou les deux ensemble, il peut être nécessaire d'intervenir par la *trachéotomie* chez ces malades; cette opération, pour ces raisons, n'est pas pratiquée moins de trente à quarante fois par an dans mon service. La trachéotomie, qui a toujours sauvé les malades chez qui je l'ai entreprise, a donné, chez un certain nombre de ceux chez qui j'ai été obligé de la faire, des survies quelquefois assez longues, même de plusieurs années. Cette opération décrite par tant de médecins, et même par quelques spécialistes très distingués, parmi lesquels je citerai Morell-Mackenzie et Lennox Browne, ne mérite pas ce discrédit. J'ai eu l'occasion de la faire bien souvent, et je dois dire que la longueur fréquente des survies a légitimé ma pratique. Ce n'est pas à moi à décrire cette opération, qui sera décrite par un autre des collaborateurs de ce Traité.

VI

Traitement hydro-minéral. — Climato-thérapie.

1° Pour terminer cette longue description thérapeutique de la tuberculose laryngienne, il me reste à parler d'une médication interne très employée et qui a suscité les appréciations les plus variables, je veux parler de l'emploi des eaux minérales.

Il est certain qu'une période avancée de la tuberculose ne se concilie pas avec l'usage des eaux thermales; mais la maladie, avant d'arriver à cette période avancée, est susceptible d'affecter les allures les plus variables qui peuvent influer sur le choix d'une médication thermale; une phtisie à allure excitable ne saurait être traitée comme une phtisie à allure passive, torpide suivant l'expression consacrée; on ne traitera pas aux mêmes eaux thermales celui qui crache facilement le sang et a des suffocations et celui qui expectore en abondance et sans hémoptysie.

Quand prédominent les signes d'irritation, le malade devra être dirigé vers un traitement thermal qui aura pour but de décongestionner sa muqueuse bronchique hyperémiée : tel est le but du traitement du *Mont-Dore*. Quand prédominent les troubles nutritifs, il est nécessaire de modifier l'état du malade au moyen du traitement arsenical et salin de la *Bourboule* et autres stations similaires. Enfin, l'abondance des sécrétions, sans la coïncidence de la moindre excitation, et avec l'existence d'un état général satisfaisant, pourrait peut-être légitimer l'emploi des eaux *sulfureuses*; mais ce traitement devra toujours se faire avec la prudence la plus extrême; car il n'est pas certain que, sous certaines influences très difficiles à déterminer, la maladie ne soit pas perturbée d'une façon aiguë et fâcheuse, d'où la possibilité d'hémoptysies que les eaux sulfureuses ont la réputation plus ou moins justifiée de provoquer.

2° Il ne me reste plus qu'un mot à dire de l'effet *climatérique* sur la tuberculose du larynx. Il n'y a pas d'hésitation sur le fait de l'action favorable d'un climat approprié sur la phtisie laryngée; c'est même une condition capitale pour l'amélioration de ces malheureux malades, et puisque les favorisés de la fortune peuvent se donner les avantages de ce séjour, il est de la plus haute importance de créer des stations qui puissent servir à soigner les personnes qui ne jouissent pas de cet avantage; mais les installer dans un climat favorable, ce n'est pas tout: l'action médicamenteuse devra être continuée dans des conditions qui sont du reste les meilleures pour permettre au climat d'avoir une action favorable. Des efforts ont été faits dans ce sens, et c'est de ce côté qu'est l'avenir de la thérapeutique de la phtisie laryngée hospitalière.

Il est certain que la connaissance du bacille de Koch nous ayant montré comment naissent et évoluent les tubercules, tous les efforts du médecin doivent tendre autant que possible à l'isolement de cette espèce de malades et à la création autour d'eux d'une hygiène favorable à leur santé, jusqu'au jour où quelque nouveau sérum encore inconnu nous permettra de créer de ce côté les mêmes merveilles que pour la diphtérie.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DU LARYNX

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

I

Considérations générales sur les accidents secondaires de la syphilis laryngée.

La syphilis primitive du larynx n'existe pas; les accidents secondaires sont donc les premiers que l'on observe dans le larynx. Ils sont extrêmement variés comme siège et comme aspect; très communs sur l'épiglotte, ils s'y présentent sous la forme d'érosions, en avant, sur le bord libre et en dedans; d'autres fois, sous la forme papuleuse, et alors ils ont une tendance à affecter un aspect hypertrophique parfois très considérable. Sur les cordes vocales, ces accidents peuvent revêtir la forme d'épaississements, d'irrégularités, et même celle de plaques opalines, toujours symétriques. A la face postérieure du larynx, les accidents spécifiques produisent des déformations très sensibles de la muqueuse; on peut y observer de véritables condylomes qui proéminent à la surface de cette muqueuse. Ces atteintes de la face postérieure du larynx sont particulièrement graves, et il peut se faire que le tissu sous-muqueux de cette région se gonfle facilement à son tour, si l'on n'intervient pas rapidement d'une façon très