rejet de mucosités sanguinolentes, souvent même de sang pur ou mélangé de caillots.

Les épistaxis intenses se font souvent en plusieurs temps, présentant une série de rémissions et de reprises. Un caillot volumineux obstrue momentanément l'ouverture des narines; l'hémorragie semble s'arrêter; mais sous l'influence d'un mouvement expiratoire prononcé, ou simplement de la *vis à tergo*, le caillot est expulsé sous forme d'un long cylindre noirâtre et l'écoulement reparaît aussi abondant qu'auparavant.

Dans ces cas, la perte de sang peut atteindre des proportions élevées, le malade est pâle, affaibli, ses extrémités se refroidissent, et la syncope peut se produire. La mort même a été observée. Si les hémorragies se répètent fréquemment, il peut en résulter une anémie accentuée.

Les épistaxis liées à l'intoxication palustre se reproduisent quelquefois à époque fixe, affectant ainsi un caractère vraiment intermittent.

La facilité avec laquelle le sang passe des cavités nasales dans le pharynx implique la nécessité d'explorer avec soin l'arrière-gorge toutes les fois qu'on observe un crachement de sang. Dans le décubitus dorsal, l'épistaxis peut ne donner lieu à aucune hémorragie extérieure : le sang pénètre dans le pharynx; là il peut être dégluti ou aspiré dans le canal laryngo-trachéal; dans l'estomac, il subit des altérations spéciales qui en modifient la coloration et lui donnent l'aspect du sang de l'hématémèse; dans les bronches, il se mélange à l'air ou à des mucosités et peut simuler les crachats hémoptoïques.

Traitement. — L'épistaxis des individus pléthoriques ou des femmes mal réglées doit en général être respectée ; chez ces dernières, toutefois, il faut chercher à imprimer au molimen hémorragique sa véritable direction.

Quand l'écoulement est peu abondant, c'est à des procédés simples qu'il faut avoir recours : l'élévation du bras correspondant à la narine qui saigne, les applications froides sur le front ou dans le dos, l'aspiration par les narines d'eau glacée ou vinaigrée, etc.

Lorsque l'hémorragie est plus abondante, on pourra introduire dans les fosses nasales un tampon, ou un petit chapelet de tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer, ou de tout autre liquide hémostatique. Généralement ces moyens suffisent, puisque, ainsi que Voltolini l'a montré tout récemment, le sang épanché provient presque toujours de la partie antérieure de la cloison. Dans le cas cependant où ils seraient insuffisants, il faudra recourir au tamponnement avec la sonde de Belloc ; toutefois, l'hémostase devra être réalisée à l'aide de moyens antiseptiques afin d'éviter l'otite moyenne grave que l'on a observée quelquefois à la suite du tamponnement.

L'indication causale sera remplie avec soin. Ainsi dans le cas d'hémorragie nasale rebelle tenant à une cirrhose du foie, une dérivation opportune, telle qu'un vésicatoire appliqué sur la région hépatique, pourra promptement mettre fin à l'hémorragie (Verneuil). Le fer, le quinquina, les toniques, serviront à combattre l'anémie consécutive aux épistaxis répétées. Dans ces derniers cas, les eaux salines, un séjour aux bains de mer, rendent de grands services. Les épistaxis intermittentes d'origine marématique sont justiciables du sulfate de quinine.

Négrier. (d'Angers). Arch. gén. de méd., 1842. — Baizeau. Arch. gén. de médecine, 1863. — Martineau. Épistaxis abond. guérie par le sulfate de quinine (Union méd., 1868). — Bouchard. Pathogénie des hémorragies, th. concours, 1869. — Picot. Les grands processus morbides, 1876. — Manuel Oria. Épistaxis intermittente (Rev. d'Hayem, 1880). — Calmettes. De l'ozène. (Rev. générale in Rev. d'Hayem, 1880). — Id., in Progrès méd., 1881. — Garnier. Épistaxis intermittente (Assoc. franç., 1882). — L.-H. Petit. Gazette hebdomadaire du 11 mars 1881. — Voltolini. Épistaxis, (Ann. mal. or. et larynx, juillet 1885). — Rendu. Épistaxis chez les enfants (Sem. médicale). — Verneuil. Épistaxis dans les maladies du foie (Acad. de méd., 1887). — Sterk. Épistaxis, œdème pulm. aigu (Wien. med. Presse, 1890). — Gradenigo. Contr. à l'anat. path. des fosses nasales (Ann. mal. de l'oreille, 1891).

II. — MALADIES DU LARYNX.

Dans l'exposé des affections du larynx, nous suivrons l'ordre suivant :

Nous décrirons : 1° les *inflammations du larynx*, comprenant l'étude des laryngites aiguës et chroniques :

2° Les *accidents* ou *complications des laryngites*, œdème de la glotte, laryngite striduleuse ;

3° Les *accidents nerveux d'origine laryngée*, spasmes ou paralysies.

4° Nous consacrerons un article spécial à la diphtérie du larynx, au *croup*. Peut-être la description de cette maladie eût-elle été mieux placée avec l'étude des maladies générales et diathésiques ; c'est pour nous conformer à un usage généralement accepté que nous l'avons conservée au milieu des affections du larynx.

5° Enfin nous dirons quelques mots des tumeurs ou dégéné-

rescences les plus connues, en particulier des polypes et du cancer.

Les laryngites peuvent se classer ainsi qu'il suit :

LARYNGITES AIGUËS [1].....	PRIMITIVES...	Catarrhale. Phlegmoneuse (angine laryngée).
	SECONDAIRES.	Syphilitique. Erysipélateuse. Variolique. Typhoïde. Morveuse.
LARYNGITES CHRONIQUES...	PRIMITIVES. .	Catarrhale. Glanduleuse. Rhinosclérome du larynx.
	SECONDAIRES.	Syphilitique. Tuberculeuse. Des états infectieux. Pachydermie du larynx.

LARYNGYTES AIGUES.

I. Laryngite catarrhale. — La laryngite catarrhale est une affection des plus communes ; quand elle est primitive, elle résulte en général de l'impression du froid, et constitue, avec le catarrhe de la muqueuse trachéale, la base anatomique du *rhume proprement dit*. Elle peut être aussi causée par la respiration de vapeurs ou de matières irritantes. La laryngite catarrhale secondaire n'est pas moins fréquente : constante dans la rougeole et dans la grippe, elle existe souvent dans la fièvre typhoïde,

1. Notre description doit forcément se limiter aux cas absolument classiques. Nous croyons utile, cependant, de signaler, à propos de cette étude sur les affections aiguës du larynx, deux modalités pathologiques nouvelles, encore incomplètement connues, sans doute, mais qui ne tarderont pas à avoir droit de cité dans les traités élémentaires.

C'est d'abord l'*arthrite de l'articulation crico-arythénoïdienne* qui a rarement une origine à frigore, mais relève assez souvent ou d'un traumatisme ou d'un état infectieux, la blennorragie par exemple (Libermann, Simpson, Eichhorst), la fièvre typhoïde ou la syphilis. Elle donne lieu à un gonflement avec rougeur de la région arythénoïdienne et à une immobilité du cartilage qui rappelle une paralysie d'origine myopathique ou nerveuse. Il y a là un point de diagnostic différentiel important à signaler.

La seconde affection à laquelle nous faisons allusion ici, c'est une maladie très répandue dans ces dernières années en Amérique, où elle s'est présentée sous forme épidémique et qui se traduit par une congestion œdémateuse des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx. Cette affection étudiée par Glascow et par Seiler est certainement de nature infectieuse, puisqu'on l'a vue s'accompagner de névralgies rebelles et de purpura. Le fait d'œdème aigu infectieux bénin rapporté par Garel s'en rapproche très vraisemblablement.

dans la coqueluche, quelquefois dans la variole et dans la syphilis au début de la période secondaire.

La laryngite catarrhale aiguë atteint son maximum de fréquence chez les enfants, elle est très commune chez les chanteurs et chez tous ceux qui abusent de leur voix et poussent des cris prolongés.

Elle est caractérisée anatomiquement par le gonflement et la rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, et par la production d'un exsudat muqueux et transparent qui contient de grosses cellules globuleuses et des leucocytes ; bientôt ce liquide s'opacifie et il ne tarde pas à devenir muco-purulent.

Suivant Rindfleisch, les globules de pus proviennent de la prolifération des cellules du chorion muqueux qui écartent l'épithélium pour venir se mélanger au liquide exsudé ; pour Eberth, ils résultent de la division des noyaux du protoplasma des cellules du catarrhe. Cohnheim pense que ce sont des globules blancs qui ont filtré à travers la paroi des vaisseaux capillaires.

Les glandes de la muqueuse sont gonflées, et l'expulsion de leurs produits à l'extérieur détermine de petites exulcérations irrégulières et superficielles. La rougeur est très accentuée sur les replis ary-épiglottiques, quelquefois les cordes vocales sont striées en rouge, mais très souvent elles sont intactes.

La présence de l'exsudat sur la muqueuse du larynx, en irritant les filets terminaux du laryngé supérieur, détermine de la *toux* : celle-ci est souvent rauque et douloureuse, elle est superficielle, comme on dit, et le malade lui-même a conscience qu'il s'agit d'une toux laryngée.

La toux est suivie en général d'une *expectoration* dont les caractères varient avec la période de la maladie. Lorsque le gonflement de la muqueuse est très prononcé, il y a de la *dyspnée*, la respiration devient courte et sifflante ; enfin la voix subit des *modifications de timbre*. Ces modifications sont justement attribuées à la présence de l'exsudat sur les cordes vocales, et les variétés qu'elles présentent s'expliquent par la plus ou moins grande facilité que les replis vocaux ont à se tendre. Habituellement la voix est plus grave et un peu rauque ; quelquefois elle est un peu discordante, ce qui tient à l'asynergie de la contraction : l'exsudat déterminant des *nœuds de vibrations* (J. Müller) sur la longueur de la corde, nœuds de vibrations qui font vibrer les replis à des tons de hauteur différente. Dans d'autres cas, il peut y avoir aphonie complète ; celle-ci peut être attribuée, soit au gonflement des replis boursouflés qui ne peuvent plus se tendre suffisamment, soit à un certain degré de paresse des cordes vocales, ainsi que l'a bien montré Gouguenheim. D'autres fois on

a observé le spasme unilatéral intermittent des cordes vocales (Garel et Collet) spasme que Garel attribue à une contraction spasmodique des adducteurs chez des sujets plus particulièrement nerveux.

Ainsi donc : toux, expectoration, dyspnée, modifications de la voix, tels sont les symptômes essentiels de la laryngite catarrhale, symptômes que nous retrouverons du reste dans toutes les autres inflammations du larynx.

La douleur est peu vive ; elle se borne le plus ordinairement à une sensation de cuisson, de brûlure. Si l'épiglotte, et surtout la région aryténoïdienne, participent à l'inflammation, la déglutition est pénible ; il y a en même temps de la dysphagie. Le plus souvent ce sont les mouvements du larynx qui déterminent la douleur.

Les symptômes généraux sont peu marqués, à moins que la laryngite ne soit secondaire ; quand elle est primitive, on ne remarque qu'un peu de fièvre le soir, un léger degré de courbature, un peu de céphalalgie et de diminution de l'appétit.

La laryngite catarrhale simple est essentiellement bénigne, elle ne dure pas au delà de quelques jours, mais les malades qui en sont affectés sont très exposés à la récidive ; quelquefois elle passe à l'état chronique.

Le *traitement* ne comporte pas de médication active : il faut simplement éviter l'action de l'air frais, qui provoque des quintes de toux, et tenir le cou enveloppé chaudement ; recourir aux boissons émollientes pour faciliter la déglutition.

Les bains de pieds sinapisés pourront être employés avec avantage ; s'il y a un peu de fièvre, on prescrira quelques gouttes de teinture d'aconit ou de la poudre de Dower.

Trousseau a recommandé un procédé qui, dans quelques cas, peut soulager assez rapidement le malade : c'est le bain d'air chaud. On place le malade sous une couverture de laine et sur un siège au-dessous duquel on allume deux ou trois lampes à alcool. Ce procédé détermine une sudation parfois des plus salutaires.

Dans les cas un peu sérieux, on prescrira un éméto-cathartique.

Enfin, si la région interaryténoïdienne est gonflée et exulcérée, et si la dysphagie est prononcée, on fera avec avantage des applications au pinceau avec une solution de cocaïne au dixième.

II. Laryngite franche phlegmoneuse. — On observe quelquefois une laryngite aux allures plus franchement inflammatoires à laquelle on a donné les noms d'*angine laryngée*, *laryngite intense*, *laryngite sous-muqueuse*, etc. Cette laryngite est assez

rare dans nos pays ; dans les contrées septentrionales, elle se développe surtout chez les enfants, à la suite de l'ingestion de liquide bouillant avalé par mégarde. Le processus inflammatoire peut être assez énergique pour déterminer rapidement la production du pus, qui se collecte sous forme de petits abcès sous-muqueux.

Ce qui caractérise cette variété, c'est la marche rapide des accidents, qui atteignent leur apogée en quatre ou cinq jours, et les troubles dyspnéiques qui peuvent être aussi intenses que ceux de la laryngite striduleuse, mais qui s'en éloignent par leur persistance et leur continuité. Il y a une douleur rétro-thyroïdienne très vive, soit spontanée, soit à la pression ; les quintes de toux, les mouvements de déglutition produisent une sensation de déchirement que l'action de parler peut aussi provoquer ; enfin il existe des symptômes fébriles accentués, une céphalalgie intense, etc.

On a pu dans quelques cas pratiquer l'examen laryngoscopique : on a vu la muqueuse énormément boursouflée et d'une coloration écarlate ; la glotte est presque effacée, et les cordes vocales inférieures apparaissent vivement injectées ou avec une teinte blanchâtre, semblable à celle que produit le contact du nitrate d'argent (Ludwig Türck).

La laryngite aiguë intense se complique très souvent d'œdème de la glotte ; quand elle se termine par la mort, c'est à cette complication que le malade succombe généralement.

Le *traitement* doit être prompt et énergique ; il faut appliquer des sangsues ou des ventouses scarifiées au devant du cou, et dès le début administrer un vomitif ; par ces moyens, on sera quelquefois assez heureux pour enrayer ou tout au moins pour modérer la marche des accidents.

Les fomentations chaudes, les fumigations de jusquiame ou de belladone, enfin les narcotiques seront utilisés pour calmer la toux et les phénomènes douloureux, et pour prévenir les accidents spasmodiques. Dans les cas extrêmes, il faudra recourir à la trachéotomie.

III. Laryngite syphilitique. — Au début de la période secondaire, la syphilis détermine parfois des accidents aigus du côté du larynx. Souvent c'est une laryngite catarrhale simple ne se distinguant pas de la laryngite primitive ; d'autres fois c'est une véritable poussée de plaques muqueuses ; dans d'autres cas enfin ce sont de petites végétations sessiles (Maurice Raynaud, Krishaber) ou des élevures papuliformes qui se développent sur le bord libre des cordes vocales et en gênent le rapprochement (Gou-

guenheim). Il est quelquefois fort difficile de distinguer nettement la plaque muqueuse de la rougeur diffuse du catarrhe; Cusco a insisté sur la disposition en pointillé, qui, selon lui, caractériserait la laryngite syphilitique (roséole du larynx). La coexistence de l'*épiglottite* est assez fréquente.

Les manifestations secondaires de la syphilis sont susceptibles de s'accompagner de paralysies des muscles du larynx; Gouguenheim a montré que ces paralysies sont la conséquence de la compression du récurrent par des ganglions lymphatiques engorgés (adénopathie laryngée).

IV. Laryngite érysipélateuse. — Elle est consécutive à l'érysipèle du pharynx. La muqueuse est fortement tuméfiée, le tissu sous-muqueux est infiltré de sérosité, de telle sorte que la symptomatologie présente une certaine analogie avec l'œdème de la glotte. Il est toutefois quelques caractères spéciaux bien étudiés par Massei de Naples et qui paraissent distinguer l'érysipèle du larynx des affections avec lesquelles on pourrait la confondre: c'est la dysphagie précoce tenant à ce que le gonflement débute le plus souvent par le tissu adénoïde de la base de la langue pour s'étendre rapidement à l'épiglotte et aux replis ary-épiglottiques; puis la rapidité avec laquelle la dyspnée paraît et disparaît, ce qui tient à la mobilité de la fluxion inflammatoire, enfin l'intensité de la fièvre (40 à 41°).

L'érysipèle du larynx est toujours grave, la dyspnée peut être telle que la trachéotomie devienne nécessaire; la mort a même été observée plusieurs fois (Cornil et Ranvier).

V. Laryngite varioleuse. — Elle peut présenter diverses modalités. D'abord le larynx est le siège d'une éruption de pustules dont la structure n'a rien de spécial et qui se développent dans le chorion muqueux; l'épithélium reste intact au-dessus d'elles. Quand les pustules sont agminées, l'épithélium peut être soulevé et détaché sur une large surface, de façon à simuler une pseudo-membrane diphthérique. D'autres fois c'est une infiltration œdémateuse qui correspond à l'époque du gonflement des pieds et des mains (Trousseau). Dans une dernière série de faits, ce sont des altérations profondes analogues à celles de la périchondrite que nous allons décrire.

VI. Laryngite de la fièvre typhoïde. La fréquence de la laryngite dans la fièvre typhoïde a été affirmée depuis longtemps par Louis; Louis considérait même cet accident comme pouvant avoir, dans quelques cas, une valeur diagnostique de premier ordre. Griesinger affirme avoir rencontré l'ulcération du larynx

chez le quart des typhoïdiques soumis à son observation. Cette fréquence a été confirmée depuis par les nombreuses observations de même genre publiées par Siredey, Wysmans, Dérignac, et plus récemment par Germain Roque. Mais il est rare, comme l'a montré celui-ci, que ces ulcérations ne s'accompagnent par des lésions analogues de la muqueuse pharyngée, lésions très vraisemblablement attribuables à la localisation du bacille d'Eberth sur les follicules clos du pharynx et du larynx.

Le plus habituellement, les lésions sont profondes; elles portent d'emblée sur le cartilage et le périchondre (laryngo-typhus, laryngo-nécrose) (Sestier, Charcot), produisant tantôt une accumulation de pus entre le périchondre et son cartilage, tantôt l'ossification du cartilage, qui devient une sorte de séquestre à éliminer (dans ce dernier cas, le processus se rapproche davantage d'un processus chronique). D'autres fois l'infection typhique se manifeste uniquement par l'arthrite de l'articulation crico-arythénoïdienne. Le laryngo-typhus s'accompagne parfois d'exsudations pseudo-membraneuses (faits de Gaillard et de Brault), et le microscope permet de reconnaître la présence des micro-organismes variés, dont l'influence pathogénique devient de plus en plus probable (Klebs, Renaut).

La laryngo-nécrose frappe, par ordre de fréquence, le cartilage cricoïde, puis le thyroïde, enfin les aryténoïdes; elle s'accompagne de douleurs à la pression et de troubles marqués de la voix. Pour Cornil, ces altérations laryngiennes reconnaîtraient pour cause directe la chute des microbes de la cavité buccale sur le larynx; et ce qui semblerait bien corroborer cette opinion, en dehors de l'examen histologique, c'est que la lésion débuterait toujours sur les parties postérieures du larynx, précisément dans les points où le décubitus dorsal a une tendance plus particulière à diriger les sécrétions buccales.

La périchondrite s'observe encore dans la variole; elle peut même être primitive et se développer sous l'influence d'un refroidissement (laryngo-chondrite rhumatismale).

VII. Laryngite de la morve. — La morve se localise sur le larynx et s'y caractérise par la production de nodules blanchâtres, purulents, qui siègent sous l'épithélium; ce sont de petits abcès miliaires qui après leur rupture donnent lieu à des ulcérations; ces petits abcès ne ressemblent en rien aux nodules morveux que l'on rencontre chez le cheval (Kelsch, Cornil et Ranvier).

Louis. Recherches sur la fièvre typhoïde, 1840. — Ludwig Turck. Recherches cliniques sur les maladies du larynx. — Maurin. Accid. larynx. de la fièvre

typhoïde, thèse, Paris, 1865. — MORELL-MACKENSIE. Guy's Reports, 1867. — OBÉDÉNARE. Accidents laryngés de la fièvre typhoïde, th. Paris, 1867. — EBERTH. In Rindfleisch. Histologie path., trad. par Gross et Schmitt. Paris, 1888. — KELSCH. Note sur la morve farcineuse aiguë (Arch. physiol., 1873). — GRIESINGER. Traité des maladies infectieuses, trad. Vallin. Paris, 1877. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — PAROT. Histoire de la variole (Cours inédit de la Faculté, 1877). — CHAUMEL. Complications laryngées de la fièvre typhoïde, Paris, 1878. — DURET. Nécrose des cartilages du larynx (Rev. mens., 1878). — FAUVEL, PETER et KRISHABER. Op. cit. — BOUCHEREAU. Étude sur la laryngite syphilitique secondaire, th. Paris, 1880. — GOUGUENHEIM. Même sujet. Paris, 1881. — Du même. Névroses du larynx (Progr. méd., 1882). — GRANCHER. Des laryngites (Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1885). — CORNIL. Observat. de gangrène du larynx et du poumon, surtout dans le cours de la fièvre typhoïde (Journ. des conn. méd., 1885). — MASSEI. Sulla erysipela delle laryng. (Riforma medica, 1885). — TISSIER. Laryngite typhoïde (Ann. mal. or. et larynx, 1887). — A. TOTI. Périchondite laryngée posttyphique. Sperimentale. XLV, 3. — GLASCOW. Sur une forme de maladie œdémateuse des voies respir. supérieures (Med. News., 1889). — LACOURRET. Arthrites aiguës de l'articulation crico-arythénoïdienne (Rev. laryng. 1890.) — MASSEI. L'érysipèle du pharynx et du larynx, ibid., 1890. — JOSSERAND. Abcès rétro-laryngé aigu à pneumocoque compliqué de pneumonie, 1890. — ROQUE. Affection ulcéreuse du pharynx et du larynx dans la fièvre typhoïde. (Prov. méd., 1891.) — GAREL. Œdème aigu infectieux bénin du larynx (Ann. des mal. de l'oreille et du pharynx, 1891).

LARYNGITES CHRONIQUES.

I. LARYNGITE CATARRHALE. — Elle succède à une laryngite aiguë de même nature, ou bien elle est la conséquence d'une pharyngite catarrhale chronique ou glanduleuse, propagée au larynx. Elle accompagne presque constamment la plupart des affections chroniques du larynx ; elle est fréquente aussi chez les tuberculeux.

L'examen laryngoscopique montre une muqueuse notablement épaissie (jusqu'à 3 et 5 millimètres, Cornil et Ranvier), injectée dans certains points, grisâtre dans d'autres, et recouverte d'un liquide puriforme ; on y rencontre parfois de petites ulcérations superficielles (Hering) ou des végétations qui sont le résultat de l'hypertrophie du tissu connectif sous-muqueux ; en même temps l'épithélium de revêtement perd son caractère cylindrique pour devenir pavimenteux. Forster a décrit ces lésions sous le nom de dégénérescence dermoïde, Peter et Krishaber sous celui de *laryngite hypertrophique*. C'est au niveau de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques et des cordes vocales supérieures que les lésions atteignent leur maximum d'intensité. Toutefois, dans ces derniers temps, Gouguenheim a pu reconnaître que les cordes vocales inférieures étaient très souvent envahies.

En diminuant la prise d'air, en modifiant les qualités de l'air inspiré, il serait possible que la laryngite catarrhale chronique

prédisposât à la tuberculose pulmonaire. Certains faits cliniques peuvent assurément être interprétés dans ce sens.

II. LARYNGITE GLANDULEUSE. — Elle se distingue de la variété précédente en ce qu'elle est chronique d'emblée. Ce qui caractérise cette forme, c'est l'hypertrophie des glandules. Celles-ci font des saillies parfois volumineuses sur la surface de la muqueuse et laissent à leur place, quand elles se sont vidées, de petits cryptes que certains auteurs différencient avec soin des exulcérations catarrhales. Il n'est pas toujours facile de distinguer la laryngite glanduleuse de la laryngite catarrhale chronique. Plusieurs anatomo-pathologistes font même de ces deux formes une seule variété (Cornil et Ranvier).

D'après Krishaber et Peter, les troubles de la voix sont moins marqués dans la laryngite catarrhale chronique simple (lésion épithéliale et du tissu sous-muqueux) que dans la laryngite glanduleuse, où dominent les lésions glandulaires et les troubles de vascularité.

III. Le RHINOSCLÉROME, bien décrit récemment par Schrœtter est une forme spéciale de laryngite chronique constituée par un épaississement de la muqueuse exclusivement localisé aux cordes vocales, épaississement qui ne s'accompagne ni d'ulcérations ni de tubérosités et dont le développement a pour origine le microorganisme décrit par Cornil dans l'affection similaire des fosses nasales[1].

IV. LARYNGITE SYPHILITIQUE. — Les altérations spécifiques du larynx ont été décrites par les plus anciens syphiligraphes ; mais elles étaient considérées généralement comme des lésions propagées ; à Bazin revient le mérite d'avoir montré que la syphilis

1. Le rhinosclérome proprement dit est une affection aujourd'hui bien décrite et qui fut longtemps confondue avec le lupus ou la syphilis nasale. Elle est particulièrement fréquente en Autriche-Hongrie, à Vienne, en Italie et aux Etats-Unis. Elle a été particulièrement bien étudiée par Hébra et Kaposi, Frisch, Chiari, Klebs, Pellizari.

Le rhinosclérome est constitué par un épaississement et induration de la cloison nasale, de la peau de la lèvre, des narines et de la muqueuse pharyngo-laryngienne. Ces lésions paraissent attribuables à la présence d'un bacille décrit par Frisch, Chiari, Cornil et Alvarez de 1,5 à 5 μ de longueur, colorable par le violet de méthyle B. Après avoir décoloré les préparations avec de l'eau iodée, on constate que ces bacilles qui paraissent encapsulés se montrent par groupe de 10 à 30 dans les grandes cellules des muqueuses enflammées ; ces grandes cellules contiennent en outre des masses hyalines se colorant en jaune clair par l'acide osmique. La maladie a une très lente évolution (5 à 20 ans) et n'a pas de tendance à se généraliser.

tertiaire porte souvent d'emblée son action sur le larynx. Cusco, Gérhardt et Roth, Krishaber, Sommerbrodt, Gouguenheim, ont élucidé les points essentiels de cette histoire.

La laryngite syphilitique tertiaire peut se présenter sous deux aspects principaux : 1° la *forme hypertrophique diffuse* de Gouguenheim et Krishaber ; 2° la *forme circonscrite* ou *gommeuse*.

Dans la *forme hypertrophique*, l'épiglotte est le siège d'un gonflement diffus qui peut s'étendre jusqu'aux replis ary-épiglottiques et envahir l'intérieur de l'organe ; les bords de l'opercule sont crénélés par des ulcérations peu profondes à fond grisâtre, à bord taillé à pic ; celles-ci peuvent gagner la région interaryténoïdienne, mais elles n'entraînent pas de larges pertes de substance.

Cette forme assez précoce survient souvent au bout de quelques mois seulement, à dater du jour de l'infection ; elle peut tuer le malade rapidement, si l'on n'intervient énergiquement, car elle peut être méconnue. Au point de vue laryngoscopique, elle ressemble beaucoup à la phthisie laryngée rapide à forme hypertrophique (Gouguenheim, *Journ. de méd. de Paris*, 1882).

En pareil cas la voix est notablement modifiée par la tuméfaction des régions sus-glottiques, mais ce qui domine c'est la gêne et la douleur de la déglutition, avec retentissement parfois pénible dans les oreilles.

La *forme circonscrite* ou *gommeuse* est caractérisée au début par la présence de nodules de volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un noyau de cerise ou d'une amande ; ces nodules, qui se développent par ordre de fréquence (30 cas analysés par Sommerbrodt) sur l'épiglotte, puis sur les cordes vocales supérieures d'abord, inférieures ensuite, tendent fatalement à l'ulcération et à la suppuration de l'organe.

Les désorganisations ainsi produites sont souvent très profondes. L'un de nous a publié l'observation d'un malade atteint de syphilis laryngo-trachéale, chez lequel les désordres anatomiques furent tels, qu'un cartilage aryténoïde presque détaché du larynx, et basculé dans la trachée, avait déterminé la mort par asphyxie ; on recourut en vain à la trachéotomie. Gibb a vu l'élimination complète du cartilage cricoïde. Les troubles fonctionnels inhérents à cette forme varient avec les localisations anatomiques ; c'est ainsi que la gêne de la déglutition, les troubles vocaux ou la dyspnée prédomineront suivant que les gommes siégeront au niveau de l'épiglotte, des cordes vocales supérieures ou de l'orifice glottique.

Ce qui distingue, à un point de vue général, les ulcérations syphilitiques, c'est leur siège dans les portions antérieure et supérieure du larynx ; elles sont, du reste, accompagnées d'autres

manifestations de la diathèse, et l'on observe concurremment des ulcérations ou des cicatrices blanchâtres sur le voile du palais, les piliers et le fond du pharynx. Nous allons avoir à revenir, d'ailleurs, sur ce diagnostic à propos de la phthisie laryngée. Mais qu'il s'agisse de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire (cas de Fournier et de Cartaz), les lésions anatomiques ont un aspect identique ; la marche de la maladie est la même, ses conséquences analogues (Eross et Bokaï). La syphilis laryngo-trachéale est susceptible de guérison, mais elle laisse souvent après elle des sténoses prononcées qui nécessitent parfois la laryngotomie ou la trachéotomie (cas de Delore) ; car on a observé parfois la symphyse complète des cordes vocales.

IV. Laryngite des états infectueux. — Pachydermie du larynx. — Dans la morve, la variole, le typhus, les inflammations du larynx peuvent affecter aussi la forme chronique ; nous n'avons rien de bien important à ajouter à ce qui a été dit précédemment dans les chapitres spéciaux concernant la variole et la fièvre typhoïde auxquels on peut se reporter. Mais les déterminations laryngées de la morve, passées à l'état chronique, présentent quelques caractères spéciaux qu'il est intéressant de connaître : la muqueuse est gonflée, pâle et ramollie, offrant en divers points de petits nodules blanchâtres qui laissent écouler par piqûre une fine goutte de pus ; dans d'autres points, on observe de petites ulcérations superficielles dont quelques-unes peuvent avoir l'aspect gangréneux. La caractéristique de ces lésions, c'est de siéger surtout au niveau de l'épiglotte, de respecter les cordes vocales et d'avoir une tendance à la *cicatrisation spontanée*.

Tous les processus d'inflammation chronique du larynx, y compris la tuberculose que nous allons décrire, sont susceptibles d'aboutir à une lésion chronique de la région arythénoïdienne des cordes vocales que l'on a bien étudiée dans ces derniers temps sous le nom de *Pachydermie du larynx*. C'est aux travaux de Chiari, Hergengrun, et de Sommerbrodt principalement, que nous devons de connaître cet état qui peut simuler les tumeurs du larynx, le cancer principalement, et qui est constitué par une infiltration de tout l'espace arythénoïdien et une hypertrophie du tissu conjonctif et des papilles qui subissent la transformation épidermoïde avec aspect corné (Chiari). Pour Kries et Michelson la pachydermie laryngée serait assez souvent de nature tuberculeuse.

V. Laryngite chronique tuberculeuse (*phtisie laryngée*). — La phtisie laryngée a été décrite depuis longtemps. On la trouve

nettement indiquée dans Morgagni, Borsieri [1], dans les thèses de Laignelet, de Cayol et de Pravaz (1824) ; mais on était loin d'en soupçonner la nature diathésique. Il semble même que les auteurs se soient attachés, dès le début, à la différencier de la phtisie proprement dite ; c'est ainsi que Morgagni a écrit dans sa vingt-deuxième lettre : « Bien des malades que l'on considère comme phtisiques sont atteints de phtisie trachéale. » Trousseau et Belloc eux-mêmes, dans le mémoire devenu classique qu'ils publièrent en 1837, accentuèrent cette confusion en comprenant dans leur description « les lésions organiques diverses qui, une fois développées, deviennent les causes véritables de la phtisie laryngée [2] ». A ce titre, des faits de corps étrangers du larynx, de végétations syphilitiques, de cancer ou de kyste hydatique, etc., figurent au milieu de leurs observations.

Dès 1825 cependant, Louis avait indiqué le rapport qui existe entre les ulcérations du larynx et la phtisie pulmonaire : « Il faut considérer les ulcérations du larynx, et surtout celles de la trachée-artère, comme propres à la phtisie. » Andral avait soupçonné que ces ulcérations pouvaient être d'origine tuberculeuse, mais Barth seulement osa l'affirmer en 1839 ; cette affirmation, du reste, fut bientôt confirmée par les recherches de Rokitansky, qui non seulement démontra le *tubercule laryngien*, mais avança que l'altération tuberculeuse était le *modus faciendi* le plus habituel de la phtisie laryngée.

Quelques médecins partagent encore la manière de voir de Trousseau et de Belloc, et comprennent sous le titre de phtisie laryngée toutes les affections entraînant une désorganisation profonde du larynx. Nous ne saurions adopter cette opinion ; les mots phtisie laryngée doivent s'appliquer uniquement aux *manifestations laryngées de la diathèse tuberculeuse.*

Ces manifestations sont d'ailleurs extrêmement fréquentes ; on les observe 14 fois sur 100 cas de tuberculose, d'après Willigh, et même jusqu'à 30 fois sur 100, d'après Heinze. Selon Morell Mackensie, la tuberculose laryngée serait souvent associée au myxœdème.

Anatomie pathologique.—Les lésions tuberculeuses du larynx se présentent avec les caractères généraux propres à l'évolution du tubercule proprement dit, c'est-à-dire : 1° sous forme de granulations tuberculeuses ; 2° sous forme de produits caséeux. Cette seconde modalité occupe une place beaucoup plus importante

1. « Il y a des ulcérations du larynx et de la trachée qui peuvent produire la fièvre hectique. » (Borsieri.)
2. Trousseau et Belloc, *Phthisie laryngée*. Paris, 1837, p. 70.

que la première dans les altérations de la phtisie laryngée (Thaon), bien que Virchow ait prétendu que le tubercule caséeux était rare au niveau du larynx.

Ce qui caractérise au premier chef ces différents modes d'altération, c'est leur tendance marquée à déterminer des ulcérations [1] et des ulcérations qui n'ont aucune disposition à se cicatriser. De là, dans l'évolution anatomique du mal, deux périodes bien tranchées : l'une qui précède la phase d'ulcération, c'est la *période d'infiltration ;* l'autre qui débute avec la production des ulcérations, ou *période de désorganisation.*

A. *Période d'infiltration.* — Elle est constituée essentiellement par la production de granulations tuberculeuses au-dessous de l'épithélium de la muqueuse laryngée, et principalement au niveau des cordes vocales inférieures. Ces granulations ne sont autre chose que des tubercules miliaires isolés ou agminés dont la structure intime nous est connue et dont le développement tient pour Frantzel à la pénétration du bacille de Koch à travers l'épithélium de la muqueuse altéré, ou même sain. Les granulations sont diffuses ou confluentes ; dans ce dernier cas, elles tendent à se confondre pour former des nodules caséeux dont le centre se ramollira plus tard et qui, après s'être vidés, donneront naissance à l'ulcération proprement dite.

Il existe en général, même à cette période, une rougeur diffuse de la muqueuse laryngée, rougeur qui s'étend jusque dans la trachée.

B. *Période d'ulcération et de désorganisation.* — Les ulcérations sont de deux espèces (Cornil et Ranvier) : ce sont des ulcérations tuberculeuses proprement dites, formées par la fonte des produits caséeux précédemment signalés ; ce sont ensuite des ulcérations folliculaires ; les glandules du larynx, détruites par suppuration, forment de petites dépressions circulaires, en godet, qui se réunissent à celles de la première espèce pour former des ulcérations plus larges, à bords festonnés et décollés, à fond gris rosé et présentant souvent des granulations miliaires sur leurs confins. Le siège de prédilection de ces ulcérations est sur les cordes vocales inférieures et la région interaryténoïdienne, l'épiglotte enfin.

Souvent, autour de ces ulcérations, on observe encore une

1. Cette façon de voir ne saurait plus maintenant être considérée comme absolue car nous savons d'après les dernières recherches de Gouguenheim et de Glover que la tuberculose laryngée pour affecter la forme scléreuse et végétante, voire même celle de véritables papillomes.