

Bornons-nous à citer le traitement chirurgical (scarifications, curettage, etc.), qui est du ressort exclusif des spécialistes et qui est applicable dans les formes hyperplasiques.

#### TUBERCULOSE LARYNGÉE

Pendant longtemps la thérapeutique de la tuberculose laryngée n'a disposé que de moyens purement médicaux; c'est seulement depuis un petit nombre d'années que l'on a osé traiter la tuberculose du larynx comme les autres tuberculoses locales, c'est-à-dire par le curettage et l'extirpation des foyers tuberculeux. Bien que supérieur au traitement médical, le traitement chirurgical ne peut toutefois être considéré comme curatif que dans un nombre de cas très limité; trop souvent les bacilles repullulent sur place, à moins que la marche rapide de la tuberculose pulmonaire ne vienne annihiler la guérison apparente de la tuberculose laryngée momentanément arrêtée dans son évolution.

En ce qui concerne le traitement médical, il est aisé de comprendre son inefficacité. Les bacilles sont logés dans la profondeur, loin de la surface muqueuse, et l'on conçoit qu'un pinceau promené rapidement à la superficie ne puisse exercer d'action sur le processus tuberculeux. Les topiques n'ont d'utilité que comme cicatrisants, comme adjuvants du traitement chirurgical, ou bien encore comme analgésiques.

Trois grands symptômes réclament l'intervention du médecin auprès des malades atteints de tuberculose laryngée : ce sont la douleur, la dyspnée, la dysphonie.

La douleur peut être confondue avec la dysphagie; en effet, les malades ne souffrent réellement qu'au moment de la déglutition des solides et des liquides. La dysphagie ne fait pour ainsi dire jamais défaut, bien que Trouseau et Belloc aient considéré la laryngite tuberculeuse comme une maladie indolente; seulement elle est plus ou moins accusée et ne survient en général qu'à une période avancée, après les troubles de la voix et de la respiration.

La douleur paraît dépendre plus du siège des lésions que de leur degré de développement.

Elle est surtout intense lorsque les lésions prédominent à l'orifice supérieur du larynx (infiltration, ulcérations épiglottiques, gonflement des replis aryéno-épiglottiques). Pour Peter et Krishaber, les lésions ulcérotives de l'épiglotte sont seules la cause de la dysphagie. On admet plutôt aujourd'hui le rôle prédominant des lésions des aryénoïdes.

Quoi qu'il en soit, la douleur doit être combattue avec persévérance, car elle met obstacle à l'alimentation, condition essentielle de la guérison pour les tuberculeux.

Jusqu'à ces dernières années, le médecin n'avait à sa disposition que la morphine, que l'on projetait, mélangée à une poudre inerte, sur les parties ulcérées, à l'aide d'un insufflateur.

M. Lermoyez lui donne encore la préférence sur la cocaïne, parce que, si son action est plus lente à se produire que celle de cette dernière, elle a, par contre, l'avantage de persister plusieurs heures.

« La morphine doit être directement portée *loco dolenti*. Donc, pas de pulvérisation; le médicament se perd en chemin, et sa dilution le rend anodin. Et pas de badigeonnage non plus avec le pinceau ou le porte-ouate; ce serait

un contre-sens que de traumatiser un larynx pour le calmer. Il faut procéder par *insufflation*. On doit se servir d'un lance-poudre à poire, ayant la courbure ordinaire des instruments laryngiens (ceux de Rauchfuss, de Lefferts, sont les plus commodes). On formule la poudre suivante, qui doit être fine et conservée à l'abri de l'humidité : le sucre de lait la rend plus maniable, la gomme plus adhérente.

Poudre de chlorhydrate de morphine. . . . .	} aa	2 grammes.
— de sucre de lait . . . . .		1 gramme.
— de gomme arabique . . . . .		

« Cette insufflation peut être faite par tout médecin, même ignorant la technique laryngologique, car il s'agit de placer le bec de l'instrument non dans le larynx, mais à son entrée. Voici comment il faut procéder :

« Avant l'insufflation, le malade rassuré exécute une douzaine d'inspirations profondes pour faire une provision d'oxygène qui supprime momentanément sa soif d'air.

« Pendant l'insufflation, le malade tâche de proférer le son E, pour fermer le bas de son larynx et empêcher que la poudre aille inutilement se perdre dans la trachée. A ce moment, le médecin : 1° *s'il sait manier le laryngoscope*, introduit le miroir tenu de la main gauche et fait pénétrer, avec la main droite, le lance-poudre jusqu'à ce qu'il dépasse le plan de l'épiglotte, s'arrête au moment où son extrémité antérieure vient se placer au-dessus du vestibule pharyngien, et presse vivement la poire de caoutchouc; 2° *s'il ne sait pas manier le laryngoscope*, se place juste en face du malade, de préférence debout, introduit son index gauche doucement le long du bord droit de la langue, jusqu'à la rencontre du bord droit de l'épiglotte, glisse la tige du lance-poudre sur ce doigt servant de conducteur, s'arrête, et souffle dès qu'il a senti que son bec dépassait le rebord épiglottique.

« Après l'insufflation, le malade, pendant une minute environ, doit respirer exclusivement par le nez, ce qui suspend immédiatement le spasme laryngé, d'ailleurs bien léger, qui pourrait se produire, et prévient une quinte de toux explosive. Il peut ensuite, sans inconvénient, parler et tousser.

« Le pansement étant fait dans la matinée, le malade pourra déjeuner une heure après, sans souffrance; parfois, la sédation ainsi obtenue se prolongera jusqu'au lendemain. Le plus souvent, il y aura avantage à recommencer l'insufflation avant le repas du soir.

« Cinq centigrammes de poudre composée suffisent à chaque séance. » (Lermoyez, *Presse médicale*, 10 mars 1894.)

M. Leduc (de Nantes) a recommandé, au Congrès de l'Association pour l'avancement des Sciences, tenu à Nantes en août 1898, l'emploi du *diiodoforme* associé à la cocaïne et à la morphine :

Diiodoforme. . . . .	8 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne. . . . .	8 centigrammes.
— de morphine. . . . .	4 —

Il est essentiel de prescrire le diiodoforme, car l'iodoforme n'est pas supporté. Les malades peuvent faire eux-mêmes l'aspiration :