

devoir non plus être niée en cas de laryngite chronique hypertrophique absolument indépendante de la tuberculose et de la syphilis; je crois les avoir constatées avec certitude dans un certain nombre de cas. Il s'agissait toujours de sujets présentant des sécrétions laryngées assez abondantes et adhérentes, qu'il était impossible d'enlever, quelque précaution qu'on y mette et malgré des pulvérisations intra-laryngées de cocaïne antécédentes, sans qu'il s'ensuive une petite exsudation sanguine dont les points de départ étaient les sillons séparant les saillies hypertrophiques interaryténoïdiennes. Mais l'ablation de ces saillies avec la pince coupante ou l'emporte-pièce, suivie de quelques pansements antiseptiques, était suivie d'une cicatrisation rapide, complète en dix ou douze jours au plus, ce qui n'eût pas eu lieu si facilement s'il se fût agi de lésions spécifiques.

**Anatomie pathologique — Pathogénie et nature des lésions.** — L'étude histologique des lésions de la laryngite chronique n'est pas encore achevée; et malgré les travaux de Virchow et Rheiner, Förster, Cornil et Ranvier, Krishaber, et ceux plus récents de Ziemssen, B. Fränkel, Heymann, Eppinger, Sommerbrodt, Chiari, Hoyer, Schottelius, Orth, Heryng, Kanthack, Luc, O. et G. Masini, P. Tissier (1), Sabrazès et Flèche, pour n'en citer que quelques-uns, la question ne peut encore être considérée comme complètement élucidée. Ce fait s'explique du reste assez aisément, si l'on songe que l'histologie normale de la muqueuse du larynx est encore peu complètement connue, et que son étude a conduit les divers observateurs qui s'y sont appliqués à des conclusions souvent différentes les unes des autres.

Les lésions glandulaires, dont l'étude doit être faite sur des larynx atteints de catarrhe chronique léger, ont été l'objet de peu de recherches et sont mal connues. Heryng admet que, dans la région interaryténoïdienne, leur hypertrophie est suivie d'atrophie consécutive assez rapide. Celles des follicules lymphatiques sont encore bien moins déterminées; l'existence des follicules lymphatiques de la muqueuse laryngée, constatée par M. Coyne, est d'ailleurs mise en doute par beaucoup d'anatomistes; et certains auteurs, Hoyer et Heryng entre autres, admettent que ces follicules sont le résultat de processus pathologiques. Jusqu'ici donc l'existence de granulations laryngées analogues à celles du pharynx n'est nullement établie.

Les nodules de Störk et les saillies mamelonnées des cordes vocales inférieures avaient été vus et confondus entre eux par Türk, qui désignait l'affection sous le nom de *chordite tubéreuse*. Wedl, qui avait examiné des fragments de ce tissu enlevés par Türk, le considérait comme résultant d'une prolifération conjonctive. Störk a décrit les nodules comme des épaissements épithéliaux recouvrant du tissu conjonctif et élastique; et Morell-Mackenzie les considérait comme de petits fibromes. Labus aurait vu, sous l'épithélium épaissi, des glandes mucipares altérées, et B. Fränkel croit aussi que ces nodules résultent d'une lésion glandulaire, et est porté à rattacher à la même origine les saillies rougeâtres de la face supérieure des régions antérieures des cordes vocales, qui coïncident souvent avec eux. O. Masini a examiné des nodules et les a trouvés constitués par un épaissement de l'épithélium et du chorion muqueux, et G. Masini a constaté dans ses examens l'existence, sous l'épithélium, de papilles

(1) Voyez le travail de M. P. TISSIER, Étude sur les laryngites chroniques; *Annales des maladies de l'oreille*, 1891.

volumineuses. Kanthack, ainsi que Sabrazès et Flèche, sont arrivés à des conclusions analogues. Pour Virchow, les lésions des saillies de la région antérieure des cordes présentent aussi cette structure, et ne diffèrent pas de celles de la partie postérieure du larynx, qui ont été surtout étudiées jusqu'ici.

Dans les cas où l'hypertrophie n'est que peu marquée, les dernières saillies sont constituées par des couches de cellules épithéliales de formes diverses. Les plus profondes de ces cellules sont polyédriques, et l'on peut constater sur quelques-unes d'entre elles des noyaux présentant des figures karyokinétiques. Le derme sous-jacent est peu altéré. Lorsque l'hypertrophie est au contraire ancienne et accentuée, le chorion muqueux, au lieu de présenter un simple épaissement ou une surface légèrement mamelonnée, montre de très nombreuses papilles, en même temps que l'épaississement de l'épithélium sus-jacent est très prononcé. Le revêtement devient épidermoïdal. Cette transformation dermo-papillaire de la muqueuse, signalée d'abord par Virchow et étudiée ensuite en Allemagne par de nombreux auteurs, et en France par MM. Cornil et Ranvier, puis plus récemment par M. Darier et M. P. Tissier, paraît être la lésion constante en cas d'hypertrophie de la muqueuse des apophyses vocales et de la région aryténoïdienne, et se retrouverait même dans les diverses régions du larynx tapissées à l'état normal par un épithélium vibratile. Toutefois elle serait rare à la surface des cordes vocales supérieures, et exceptionnelle dans les ventricules de Morgagni.

J'ai déjà dit que les érosions en surface qu'on observe quelquefois en pareil cas résultaient, suivant Virchow, de la nécrose en masse de la plus grande partie de la couche épithéliale épaissie. Schottelius, dont l'opinion est adoptée par Heryng, attribue cette nécrose à l'ischémie mécanique de la muqueuse épaissie, due à la compression exagérée, au niveau des apophyses vocales et de la région aryténoïdienne, qu'elle subit à chaque mouvement d'adduction vocale. Le même auteur pense que si cette desquamation amène une érosion véritable, c'est en permettant la pénétration, jusqu'à la couche sous-épithéliale, des micro-organismes phlogogènes et autres qui abondent dans les sécrétions. La stase de celles-ci, si elles sont abondantes, suffirait même à amener la macération de l'épithélium et sa chute, en l'absence de lésion d'ordre nutritif à la région interaryténoïdienne, au niveau des sillons de profondeur variable qui séparent souvent les unes des autres les saillies mamelonnées et lobulées de la muqueuse.

La transformation dermo-papillaire et épidermoïdale de la muqueuse du larynx a été désignée par Virchow sous le nom de *pachydermie laryngée*, qu'il appelle pachydermie *diffuse* lorsqu'elle siège au niveau de la muqueuse aryténoïdienne et a tendance à s'étendre sur toute la région postérieure, et pachydermie *verruqueuse* lorsqu'elle reste circonscrite, en forme de tumeur, ainsi qu'il arrive lorsqu'elle siège sur les régions antérieures des cordes vocales. Cette appellation est fort en honneur, surtout en Allemagne, depuis quelques années, où l'on tend à l'employer comme un nom désignant une forme particulière de *laryngite chronique, hypertrophique*. Les recherches de Virchow lui-même, ainsi que celles de MM. Darier, Leroy, Gouguenheim et Tissier, et autres, ont montré que cette conception de la « pachydermie laryngée » était beaucoup trop étroite, et que le processus histologique qui la caractérise n'est qu'un mode de réaction de la muqueuse laryngée qui peut s'observer à la suite d'une irritation continue quelconque, aussi bien consécutivement au catarrhe chronique vul-

gère qu'à des inflammations spécifiques, syphilitiques ou tuberculeuses, ou encore comme résultat de l'irritation déterminée par le développement d'une tumeur épithéliomateuse débutant en un point quelconque du larynx. La « pachydermie » n'est donc qu'une « inflammation chronique » de la muqueuse laryngée, lésion résultant soit du catarrhe simple, soit de la tuberculose, soit de la syphilis, soit du cancer au début de son évolution ; mais elle n'est pas une « laryngite chronique » autonome. Loin de donner des renseignements positifs sur la nature de l'affection laryngée du sujet atteint, la constatation de sa forme typique interaryténoïdienne à l'aide du miroir laryngoscopique oblige le médecin dans la majorité des cas à une enquête anamnétique minutieuse et à un examen clinique approfondi, qui d'ailleurs ne lui permettent pas toujours de poser, par exclusion, un diagnostic précis et un pronostic ferme. Lorsque, au contraire, l'examen laryngoscopique fait reconnaître en même temps que des signes de catarrhe chronique diffus l'absence au niveau de la région interaryténoïdienne de lésions notablement plus marquées qu'ailleurs, et constater de plus la présence de nodules de Störk, même accompagnés de saillies granuleuses rougeâtres de la face supérieure des cordes aussi bien en avant des nodules que plus en arrière, le soupçon d'une inflammation chronique symptomatique ne se présente même pas à l'esprit de l'observateur dans la grande majorité des cas. La nature de l'affection laryngée lui est déjà indiquée par l'aspect, la disposition, le siège des lésions ; la marche des accidents, l'âge, le sexe, la profession du malade, l'état des fosses nasales et du pharynx, etc., suffisent à fixer son diagnostic. En pareil cas, l'obligation de se tenir sur la réserve est l'exception, alors qu'elle est de règle dans le cas précédent.

Je ne pense pas que la légitimité de ces considérations qui tendent à différencier, au point de vue clinique, la laryngite chronique hypertrophique à début antérieur, pré-apophysaire, de la laryngite interaryténoïdienne, qui débute au niveau de l'apophyse vocale et en arrière de celle-ci, soit mise en doute par aucun observateur expérimenté, dont la pratique soit assez ancienne déjà pour lui avoir donné la possibilité de suivre ses malades ou de les revoir à quelques années d'intervalle, et assez étendue pour lui permettre de comparer la physiologie habituelle des laryngites chroniques hypertrophiques qui se présentent en grande majorité à l'observation dans les milieux hospitaliers des polycliniques ouvertes, avec celles qu'il a à soigner dans sa pratique privée. Les premières sont des laryngites interaryténoïdiennes ou diffuses survenant chez des hommes le plus souvent alcooliques et fumeurs, parfois mais non toujours obligés à crier en plein air (camelots, marchands ambulants) ou exposés aux poussières diverses (meuniers ou boulangers, mécaniciens ou serruriers, chauffeurs, etc.) ; les secondes sont des laryngites nodulaires dans lesquelles l'abus du tabac et surtout les excès alcooliques n'ont presque jamais joué aucun rôle, qu'il voit de temps à autre chez des enfants et de jeunes collégiens surtout, assez rarement chez des hommes (si fréquemment atteints au contraire de catarrhe laryngé sans hypertrophie proprement dite), et presque toujours chez des femmes d'âge moyen, institutrices, comédiennes, chanteuses de profession ou par goût, ou chez des jeunes filles dont les études de chant ont été mal dirigées et ont dû être interrompues au bout d'un temps variable en raison d'altérations progressives de leur voix.

A des types cliniques distincts, il faut des dénominations différentes et je ne vois pas de raison pour ne pas conserver au premier le nom de *pachydermie*

*laryngée*, anatomiquement exact, à condition toutefois de spécifier, quand la chose est possible, la nature de l'affection en l'appelant *pachydermie laryngée alcoolique* ou *tabagique*, ou, si les poussières sont intervenues dans leur genèse, *chalicosique*, *anthracosique*, etc., comme on fait pour les pneumokonioses. Il serait encore avantageux de distinguer les *pachydermies apophysaires* des *pachydermies interaryténoïdiennes*, les *pachydermies verruqueuses* (des mêmes régions) des *pachydermies diffuses*, et celles-ci des *pachydermies généralisées*.

Quant au second type clinique, je crois qu'il importe, pour se préserver de confusions inévitables, de s'abstenir absolument de leur appliquer la dénomination de *pachydermies verruqueuses*, comme l'a fait Virchow. Quand bien même il serait démontré, ce qui n'est pas, que les nodules petits et gris, ou gros et rougeâtres, siégeant soit à leur point d'élection au-dessous ou au niveau du bord libre, soit sur la face supérieure des cordes vocales, ont *toujours* une structure identique à celle des saillies pachydermiques apophysaires ou interaryténoïdiennes, je crois qu'ils n'en mériteraient pas moins une désignation spéciale. On pourrait, je crois, tout en conservant le nom de *nodules de Störk*, désigner les cas où ceux-ci se présentent sous forme de grosses saillies rougeâtres et en même temps que d'autres saillies de la région périglottique antérieure, sous les noms de *chordites* ou de *laryngites nodulaires* ou *granuleuses*, qui ont l'avantage d'éveiller l'idée de saillies circonscrites sans préjuger de leur structure et de leur origine. Je ne doute pas que la *laryngite granuleuse* ou « glanduleuse » de Mandl, Krishaber et Peter, Massei, B. Fränkel et autres, ne mérite une place indépendante parmi les laryngites chroniques ; mais je crois que les auteurs qui l'ont décrite ont trop élargi son domaine, et qu'en indiquant la région aryténoïdienne comme celle où les saillies granuleuses prédominaient, ils ont commis une erreur d'observation manifeste. Quant à la dénomination de « glanduleuse », je ne pense pas qu'elle lui convienne actuellement, et que les arguments invoqués par B. Fränkel puissent suffire à la justifier, tant que l'histologie pathologique n'aura pas confirmé ses idées sur l'origine glandulaire de l'affection.

**Marche et pronostic.** — En général lente et continue, la marche de la laryngite chronique est cependant susceptible de variations assez étendues suivant les cas. Certains individus restent pendant des années, sinon indéfiniment, atteints d'un simple état catarrhal du larynx qui ne cesse jamais complètement, et est sujet à des exacerbations subaiguës survenant à intervalles variables. A ces moments, la rougeur du larynx augmente, les cordes vocales deviennent rosées, les sécrétions abondantes ; mais en temps ordinaire, à part quelques varicosités de l'épiglotte et parfois aussi de la face supérieure des cordes, à part une apparence terne et une coloration grise et quelquefois bleuâtre de celles-ci, les signes se réduisent à la présence presque constante sur les cordes vocales de petits amas de mucosités blanchâtres et opaques, d'abondance variable, et à une tendance à l'enrouement déterminé par l'insuffisance de l'action musculaire, dès que le malade parle un peu longtemps à voix haute.

Comme la laryngite catarrhale simple, la laryngite sèche est sujette aussi à des exacerbations, mais celles-ci ont tendance à prendre une forme plus aiguë, parfois franchement aiguë et même hémorragique. R. Botey a vu à plusieurs reprises, chez des femmes atteintes de laryngites chroniques sèches anciennes, la disparition momentanée des signes de cette affection survenir dès le début

de la grossesse et se prolonger pendant toute sa durée. M. Moure, Lublinski et d'autres auteurs admettent que la laryngite sèche détermine l'atrophie de la muqueuse laryngée. Chez certains ozéneux, en effet, qui présentent de temps à autre des sécrétions concrètes et fétides à la région aryénoïdienne ou sous la glotte, les cordes vocales rouges et dépolies semblent manifestement amincies, ainsi que l'épiglotte, les ligaments ary-épiglottiques et en général toute la muqueuse laryngée. Mais dans beaucoup d'autres cas, lorsque la laryngite sèche est une conséquence de l'angine de Tornwaldt par exemple, elle coïncide avec l'hypertrophie manifeste de la muqueuse interaryénoïdienne; et il n'est pas prouvé jusqu'ici que l'atrophie doive se montrer plus tard à ce niveau comme à celui de l'amygdale pharyngée, dont la structure est toute différente.

Le pronostic de ces formes catarrhales de laryngite chronique est meilleur dans le cas de catarrhe humide que lorsqu'il s'agit de laryngite sèche. Dans ce dernier cas, l'affection est extrêmement tenace, rebelle au traitement, et les améliorations qu'on obtient de ce dernier sont bien souvent temporaires.

Chez l'enfant, les poussées subaiguës de laryngite catarrhale, lorsqu'elles se répètent à courts intervalles, déterminent assez souvent l'apparition rapide d'une laryngite hypertrophique à forme granuleuse. Il en est de même chez les jeunes filles et les jeunes femmes, surtout lorsqu'elles sont obligées de continuer à parler ou à chanter avant la disparition du catarrhe subaigu. Mais presque toujours ces laryngites granuleuses à évolution rapide se développent chez des sujets à perméabilité nasale insuffisante, obligés, par du coryza chronique ou de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, à respirer le plus souvent par la bouche. Quand les troubles de la voix sont récents, la constatation de granulations laryngées volumineuses n'aggrave pas le pronostic : il est bien probable qu'en pareil cas, les lésions ne dépassent pas la couche épithéliale, car il n'est pas rare de les voir disparaître à la longue spontanément, à la suite du rétablissement de la perméabilité nasale obtenu par les interventions chirurgicales convenables.

Lorsque les nodules de Störk, seuls ou avec d'autres saillies granuleuses des cordes, se montrent chez des personnes plus âgées, conséquemment à des fatigues professionnelles prolongées, il n'en est jamais de même. En pareil cas, les signes d'inflammation superficielle diffuse peuvent être à peu près nuls : les nodules de Störk, de petit volume, de couleur grise, et parfois quelques stries vasculaires, siègent sur des cordes vocales encore blanches, dans un larynx dont la muqueuse vestibulaire est à peu près saine, et où les sécrétions se réduisent à un ou deux petits amas blancs, filants, situés sur les nodules ou à leur voisinage. Les nodules déterminent quelques altérations de la voix chantée, surtout dans le médium et au-dessous; les notes élevées sont conservées et la voix parlée est encore assez bonne. Cependant, ni le repos, ni la guérison des lésions nasales et pharyngées, s'il en existe (ce qui n'est pas constant d'ailleurs), n'empêcheront l'affection de suivre une marche lentement progressive, qu'un traitement localisé bien conduit est seul capable d'arrêter.

La pachydermie interapophysaire et interaryénoïdienne évolue de même : sa marche est chronique, progressive : et si l'évolution de la maladie peut s'effectuer avec une lenteur ou une rapidité très diverses; si, après avoir été d'abord rapide, elle peut se ralentir à un moment donné, il est tout à fait exceptionnel de la voir devenir stationnaire, et l'affection ne rétrocede presque jamais. Qu'elle se présente sous une forme circonscrite, limitée à la région postérieure, ou

qu'elle ait envahi la plus grande partie du larynx et déterminé l'épaississement généralisé de la muqueuse et la rougeur diffuse des cordes, elle ne guérit pas spontanément, et elle ne guérit sous l'influence des interventions laryngo-chirurgicales et de la soustraction du malade aux causes qui l'ont amenée que lorsqu'elle est limitée encore et ne date pas de trop loin.

**Diagnostic.** — Lorsque l'état général du malade et l'exploration des poumons ont exclu la possibilité de la phtisie pulmonaire, le diagnostic de la laryngite catarrhale chronique simple est facile, ainsi que celui de la laryngite sèche. J'en dirai autant de celui des nodules de Störk, qui ne passent pas inaperçus, même lorsque leur volume est encore très petit, parce que les points où ils siègent s'imposent à l'attention, grâce à la présence à peu près constante à ce niveau, dès leur début, de deux petits amas symétriques de mucus blanc et filant très nettement visibles. Lorsqu'ils sont volumineux, rougeâtres, symétriques, et qu'ils coïncident avec une rougeur partielle d'une ou des deux cordes, des traînées vasculaires, ou d'autres granulations; lorsque de plus le larynx est humide et catarrhal, le diagnostic de laryngite granuleuse s'impose et ne donne pas lieu à des difficultés appréciables.

Celles-ci n'apparaissent que lorsque l'une des cordes seulement présente des lésions d'apparence hypertrophique, qu'il s'agisse d'un seul nodule rougeâtre et un peu volumineux, ou d'un épaississement avec rougeur un peu étendue de la partie moyenne de la corde, avec ou sans saillie dépassant la limite rectiligne du bord libre. En pareil cas, le diagnostic différentiel est à faire entre une lésion inflammatoire simple, une infiltration tuberculeuse circonscrite, une gomme syphilitique commençant son évolution, un épithélioma au début. Je n'insisterai pas ici sur les caractères des lésions tuberculeuses ou syphilitiques présentant des aspects analogues, car ils seront décrits plus tard; mais je signalerai les caractères différentiels que présente l'épithélioma laryngé au début lorsqu'il simule une laryngite hypertrophique, parce qu'en pareil cas un diagnostic précoce peut seul, en permettant une intervention chirurgicale large et hâtive, mettre le malade en mesure de bénéficier, dans les cas heureux, de la seule chance de salut qui lui reste.

L'âge du malade est un élément de diagnostic de premier ordre, car avant l'âge de quarante ans, de trente-cinq ans surtout, le cancer du larynx est une exception infiniment rare, alors que l'immense majorité des malades sont atteints de quarante-cinq à soixante-cinq ans, et plus souvent à soixante-dix ans qu'à quarante. Le sexe est aussi un facteur étiologique important, car l'affection est infiniment plus fréquente chez l'homme. La connaissance de la marche des accidents, depuis leur début, est aussi une notion utile; de peu de valeur quand celle-ci a été lente et progressive, elle devient un élément de présomption quand le début a été brusque et que l'enrouement, au dire du malade, s'est manifesté presque subitement sans refroidissement ou autre cause appréciable. Mais cet enrouement, qui en pareil cas est le seul symptôme accusé par le sujet, peut être dû à une paralysie laryngée ou à quelque autre cause, et la notion dont je viens de parler ne peut être utilisée qu'après l'examen laryngoscopique. L'existence d'une saillie bosselée, médiocrement circonscrite, à limites se perdant sur une muqueuse un peu congestionnée, située sur la surface d'une corde vocale et déterminant une saillie arrondie au niveau du bord libre, rougeâtre ou jaune rougeâtre, à surface plus ou moins rugueuse et dont l'épi-