

ce symptôme n'est pas constant, même en pareil cas. Au bord libre de l'épiglotte, elles causent souvent de la salivation, et constamment de la douleur à la déglutition, surtout des liquides et en particulier de la salive. Mais ces symptômes sont ordinairement mis au compte des lésions de l'isthme, qui ne manquent presque jamais de coïncider avec celles du larynx, et ils n'éveillent pas l'attention.

La marche des plaques muqueuses laryngées est irrégulière. Au nombre de deux ou trois, rarement plus, lors de leur première apparition, elles guérissent d'ordinaire en dix ou douze jours, mais souvent elles récidivent à plusieurs reprises.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ferme de l'érythème syphilitique peut être assez délicat dans certains cas. Lorsque l'examen ne fait reconnaître qu'une rougeur généralisée de la gorge et du larynx, même si le doute ne peut exister quant à l'existence d'une syphilis récente, on ne doit pas se hâter de considérer l'hyperémie comme un accident spécifique. Mais lorsque la rougeur pharyngolaryngée présente une couleur sombre, carminée, intense, avec piqueté bien accusé, ou lorsque le larynx rouge a pris un aspect rugueux, dépoli, l'idée de syphilis se présente immédiatement à l'esprit de tout observateur ayant déjà vu les mêmes lésions. La coloration de la muqueuse, en pareil cas, présente réellement un caractère spécial : je ne pense pas que la qualification de rouge « vermillon » lui soit, comme on l'a dit, bien légitimement applicable, car le vermillon est une teinte plus claire que celle qu'on observe, mais la rougeur sombre et mate du larynx est cependant toute différente, dans les cas typiques, de celle qui est due à l'inflammation vulgaire.

Lorsque le larynx présente des plaques muqueuses sans que des lésions analogues de la cavité bucco-pharyngée coïncident avec elles, ce qui est assez rare d'ailleurs, c'est que les accidents de la gorge ont déjà disparu, car il est tout à fait exceptionnel de voir le larynx touché le premier. Mais l'isthme guttural où des syphilides ont siégé récemment conserve assez longtemps un aspect spécial auquel se méprend rarement un observateur expérimenté : le bord libre du voile palatin reste un peu rouge et légèrement épaissi, les amygdales, même si elles sont petites, restent aussi quelque peu tuméfiées, surtout à leur partie supérieure, ainsi que la muqueuse de la fossette sus-amygdalienne; celle-ci est dès lors très peu profonde, à peine accusée, en même temps que les parties supérieures des piliers antérieur et postérieur de chaque côté paraissent plus écartées l'une de l'autre que d'ordinaire. Les amygdales, surtout en haut, sont mamelonnées, bosselées, d'apparence molle. La gorge peut conserver cet aspect pendant plusieurs mois; et, grâce à lui, j'ai bien souvent pu, chez des malades qui se rappelaient à peine avoir très légèrement souffert de la gorge, pendant quinze jours ou trois semaines, quelque temps auparavant, éviter de laisser passer des syphilis encore récentes, ignorées ou méconnues.

Les érosions laryngées ne peuvent guère être confondues avec des érosions catarrhales ou tuberculeuses; je laisserai de côté, ici, l'examen de leurs caractères différentiels qui seront étudiés à l'occasion du diagnostic de la phthisie laryngée. Mais le plus souvent, même en l'absence de lésions bucco-pharyngées ou cutanées, les traces du chancre, l'adénopathie, l'alopécie, etc., suffiront à lever les doutes. Je ferai remarquer, en passant, que Massei a observé des *aphtes* au niveau de l'entrée du vestibule du larynx, en arrière, dans deux cas de stomatite aphteuse avec extension au pharynx : dans les deux cas, la muqueuse était

notablement tuméfiée au niveau des lésions pharyngées. Ces faits sont restés jusqu'ici isolés; mais, s'ils donnaient lieu à une hésitation du diagnostic, la marche des accidents, et les caractères des lésions bucco-pharyngées, ne tarderaient pas à la faire cesser. Quant à la fièvre, il faudrait se rappeler qu'elle n'est pas rare au début de l'angine syphilitique.

**Pronostic et traitement.** — Le pronostic des laryngites secondaires est ordinairement bénin; mais lorsque l'affection n'est pas soignée, lorsque le larynx n'est pas soustrait à toutes les causes d'irritation locale et que les lésions s'y maintiennent quelque temps, elles peuvent donner lieu au développement de modifications de structure de la muqueuse aboutissant à ce que nous avons étudié sous le nom de *pachydermie diffuse* du larynx.

On ne saurait donc trop recommander aux malades l'observation des précautions hygiéniques indiquées, et tout particulièrement l'abstention de l'usage du tabac à fumer et des liqueurs alcooliques. Le traitement général suffit alors à amener la guérison des lésions spécifiques; mais, s'il est possible de le faire, on aura toujours avantage à lui associer une médication locale appropriée, car lorsque celle-ci est instituée et appliquée correctement, il n'est pas douteux qu'elle hâte notablement la guérison et diminue dans une assez large mesure les chances de récidives. Les topiques à utiliser en pareil cas doivent être portés dans le larynx au moyen d'un large porte-ouate, et le médecin doit mettre tous ses soins à éviter d'agir avec violence et d'excorier la muqueuse. On a beaucoup recommandé les applications locales de solutions de nitrate d'argent. Elles sont bien supportées par les malades, et le larynx présente même chez eux, à cet égard, une tolérance vraiment remarquable. Mais je les crois moins efficaces que les applications de solutions iodo-iodurées. (Iode 1; iodure de potassium 1; eau distillée, 15 grammes.) Celles-ci ne sont pas moins bien supportées que les premières, et leur action me paraît plus sûre. Les applications topiques ne doivent pas être renouvelées trop fréquemment: il convient de ne les pratiquer qu'à quatre ou cinq jours d'intervalle, et de les interrompre dès que la guérison commence à s'accuser.

#### § 2. — SYPHILIS TERTIAIRE DU LARYNX

**Étiologie.** — Les causes déterminantes de la localisation laryngée de la syphilis tardive sont assez obscures. Les altérations des tissus et les irrigations locales, qui, à n'en pas douter, favorisent l'éclosion des accidents secondaires, ne paraissent jouer, à cette période de la maladie, qu'un rôle assez effacé. La syphilis laryngée tertiaire paraît cependant être plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle n'est pas plus fréquente chez les individus qui ont contracté la syphilis dans l'âge mûr que chez ceux qui ont été infectés de bonne heure. Au contraire, le plus grand nombre des malades sort des individus encore jeunes, âgés le plus souvent de trente à trente-cinq ou quarante ans.

Bien que les statistiques des divers auteurs présentent des écarts encore plus grands en ce qui concerne la fréquence des laryngopathies tardives que pour celle des accidents secondaires, il ne semble cependant pas douteux que les premières soient manifestement plus rares que les derniers. De plus, si ceux-ci échappent souvent à l'observation, il n'en est plus de même des autres: les

symptômes graves qu'elles déterminent les imposent toujours à l'attention. Enfin la fréquence relative varie suivant les manifestations en cause.

L'époque de l'apparition est extrêmement variable : elle survient dans la majorité des cas entre la quatrième et la huitième année, mais elle peut être beaucoup plus précoce (trois ans, deux ans parfois, et six mois même (?) dans un cas de Türk), et aussi infiniment plus tardive (quinze, vingt, trente ans).

On observe au larynx la *gomme circonscrite*, se développant le plus souvent dans le tissu conjonctif sous-muqueux, et parfois plus profondément, au niveau du périchondre aryénoïdien ou cricoïdien. La gomme évolue dans le larynx comme ailleurs, elle aboutit à l'ulcération ; tantôt envahissante, tantôt stationnaire et pouvant être suivie de cicatrisation spontanée. On peut voir aussi dans le larynx l'*infiltration gommeuse superficielle* avec ulcération consécutive. Les lésions ulcéreuses, lorsqu'elles envahissent les parties profondes de la périphérie vers le centre, ou lorsqu'elles sont consécutives à une lésion primitivement profonde, ont pour résultat des pertes de substance d'étendue variable, des altérations du squelette (périchondrites, chondrites, calcifications, nécroses), ou des articulations (arthrites), d'où résultent des fistules, des infections secondaires (abcès, œdèmes inflammatoires), pouvant aussi dépendre des ulcérations seules. Elles déterminent parfois des végétations, des saillies papillomateuses, ou plutôt des polypes fibreux. La cicatrisation se fait au moyen d'un tissu inodulaire, rétractile, et donne lieu, dans un assez grand nombre de cas, à des ankyloses et à des rétrécissements progressifs, d'où résultent des altérations définitives de la voix et des troubles respiratoires aboutissant souvent à l'asphyxie. Enfin, dans d'autres cas, l'infiltration syphilitique du larynx, au lieu d'aboutir à l'ulcération, détermine une hypertrophie, une hyperplasie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, et parfois même aussi de quelques régions du squelette, notamment du cricoïde. Tantôt cette lésion reste circonscrite à la région sus-glottique ; tantôt au contraire elle se cantonne à la région sous-glottique du larynx. Son résultat, dans le dernier cas surtout, est encore un rétrécissement progressif de l'entrée des voies aériennes.

**Symptomatologie.** — **A. Gommès.** — Les gommès sont assez rarement observées avant la période d'ulcération. M. Poyet en a rencontré 7 cas sur 172 syphilis laryngées, et Morell-Mackenzie 5 sur 154 syphilis laryngées tertiaires. Les régions le plus souvent atteintes sont, par ordre de fréquence, l'épiglotte, la région aryénoïdienne et ary-épiglottique, les bandes ventriculaires et les cordes vocales.

Elles débutent soit par une tuméfaction limitée, soit par une nappe moins nettement circonscrite, à surface plus ou moins irrégulière, de couleur d'abord foncée et rapidement jaunâtre, siégeant sur une région tuméfiée, épaissie, parfois superficiellement œdématiée, mais de couleur rouge sombre tout autour de la lésion spécifique. Parfois, il y a plusieurs gommès, deux ou trois par exemple ; parfois au contraire il n'y en a qu'une seule, dont le volume varie de celui d'un petit pois à celui d'une cerise.

La syphilis gommeuse donne lieu à des symptômes très variables suivant le nombre, les dimensions, le siège des infiltrations. Les troubles respiratoires sont rares toutefois ; mais les altérations de la voix sont fréquentes. La toux fait le plus souvent défaut. La douleur est nulle.

**B. Ulcérations gommeuses.** — A un moment donné, au bout de peu de jours, le sommet de la tumeur se perfore, et donne passage à la matière gommeuse ramollie. La perforation s'agrandit rapidement, atteint les dimensions de l'infiltration qu'elle remplace, et souvent la dépasse bientôt. Lorsqu'il s'agit d'une gomme en nappe, l'ulcération prend souvent l'allure serpentineuse, l'infiltration se reproduisant sur un des points de la périphérie de l'ulcération, puis s'ulcérant à son tour, et ainsi de suite, de sorte que l'affection semble procéder par poussées successives.

Circonscrites ou serpentineuses, les ulcérations laryngées ont un aspect très analogue : fond d'un jaune sale, coloration due à un magma puriforme épais ; bord à pic et en cas d'ulcération serpentineuse plus nettement découpé du côté où l'ulcère marche que de l'autre où l'on voit parfois des bourgeons proéminents et un début de cicatrisation. Base dure ; tuméfaction, relief et rougeur au niveau de la périphérie de l'ulcère. Plus tard végétations secondaires, bourgeonnantes, rouges, saignant facilement ; pertes de substances à l'épiglotte ou aux cordes vocales ; ou bien signes de lésions du squelette et des articulations (*arthrites et périchondrites*), œdèmes, abcès, et autres accidents d'infections secondaires.

Les troubles respiratoires manquent le plus souvent. A moins que la présence de fragments de la muqueuse en partie détachés ne provoquent la toux quinteuse, le malade ne tousse que pour expectorer des sécrétions puriformes, plus ou moins fétides, souvent striées de sang. La salivation est ordinairement modérée. Ces phénomènes sont beaucoup plus marqués en cas de périchondrite ; et il existe alors de la douleur, avec irradiations douloureuses vers l'oreille, alors qu'en l'absence de lésions des aryénoïdes ou des articulations crico-aryénoïdiennes elle manque presque toujours, même en cas d'altérations étendues de l'épiglotte.

**C. Ankyloses ; adhérences membraneuses ; polypes fibreux ; rétrécissements cicatriciels.** — L'étude de ces lésions profondes de l'organe de la voix ne saurait être faite ici ; en effet, lorsque des difformités organiques succèdent au processus morbide spécifique, l'affection laryngée sort du cadre de la médecine et rentre dans le domaine de la chirurgie ; la thérapeutique médicale ne peut plus rien contre elle, et c'est au chirurgien qu'il appartient de combattre les troubles respiratoires qui menacent la vie du malade.

**D. Hyperplasie syphilitique tertiaire.** — La laryngite syphilitique tertiaire hyperplasique est plus rare que la forme ulcéro-gommeuse.

Sus-glottique, elle envahit le plus souvent l'épiglotte, les ligaments ary-épiglottiques et les cordes vocales supérieures, laissant les cordes vocales inférieures indemnes dans le plus grand nombre des cas. Les régions envahies paraissent, au laryngoscope, rougeâtres, tuméfiées, épaissies, fermes, peu mobiles ; il s'y développe parfois, notamment à la région antérieure des bords libres des cordes supérieures, dans les ventricules de Morgagni ou vers l'angle antérieur des vraies cordes, des productions polypeuses de nature fibreuse. L'une des bandes ou les deux bandes ventriculaires hypertrophiées s'appliquent sur les cordes vocales sous-jacentes, les empêchent de vibrer et déterminent de la raucité de la voix. Il n'y a ni toux, ni douleur, ni aucun symptôme subjectif.

Sous-glottique, elle se caractérise par l'apparition de bourrelets rouge som-