

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-

bre, saillants au-dessous et en dedans des cordes vocales, comme en cas de laryngite sous-glottique aiguë, et se prolongeant souvent en arrière, d'un côté à l'autre, en forme de fer à cheval. L'épiglotte, le vestibule et les cordes vocales restent à peu près ou complètement indemnes. Le rétrécissement de l'entrée des voies aériennes, insignifiant le plus souvent dans le cas précédent, ne tarde pas alors à s'accroître, tandis que la voix demeure peu altérée; il peut y avoir de la toux rauque, quinteuse, « croupale », et les spasmes glottiques ne tardent pas à apparaître. La douleur est constamment nulle, aussi bien dans le premier que dans le second cas. Comme je l'ai dit déjà, l'hypertrophie peut dépasser la muqueuse et le tissu sous-muqueux, en arrière du moins, et atteindre le chaton cricoïdien. Un malade dont j'ai rapporté la fin dans le service de M. Monod, en parlant des ictus laryngés mortels qu'on observe parfois dans les maladies organiques graves du larynx, était dans ce cas. L'étude histologique du cricoïde, qui a été faite par M. Brault, a montré que le chaton présentait une épaisseur de plus de deux centimètres, sans ossification à ce niveau, où il n'existait que du tissu cartilagineux au-dessous du périchondre épaissi et de la muqueuse sclérosée.

Diagnostic. — Le diagnostic des gomme circonscrites ou diffuses du larynx, à la période d'infiltration, est parfois assez délicat et exige un examen ainsi qu'une enquête approfondis. Lorsque la gomme est unique et siège sur une corde vocale ou une bande ventriculaire, que sa base ne présente qu'un léger degré de tuméfaction ou de rougeur, on peut, surtout si le malade a dépassé la quarantaine, hésiter entre une gomme et un épithélioma laryngé au début. De même, en cas d'infiltration gommeuse unilatérale plus ou moins étendue, on peut se demander s'il s'agit d'un cancer en masse de la corde vocale. La conservation de la motilité de la corde est un signe de présomption très important en faveur d'une gomme. Il en est de même de la congestion généralisée du larynx, presque toujours unilatérale dans le cancer survenant chez un sujet indemne de catarrhe chronique. Dans certains cas cependant, le diagnostic peut rester en suspens, et ne peut être précisé que par la marche des lésions. Il vaut souvent mieux alors attendre, que de tenter de suite l'épreuve du traitement spécifique, presque toujours nuisible en cas de cancer. S'il s'agit d'une gomme, la rapidité de l'ulcération et les caractères de celles-ci ne tarderont pas à confirmer le diagnostic, alors qu'en cas de cancer la lenteur du processus et son mode d'évolution élimineront l'hypothèse de syphilis.

La gomme ulcérée ne peut guère être confondue, en effet, avec le cancer ulcéré du larynx, sauf dans certains cas où la coexistence de complications inflammatoires (œdèmes, abcès, périchondrites, etc.) secondaires modifie ou masque profondément les caractères spécifiques des lésions. Mais dans d'autres conditions le doute ne saurait exister que dans le cas d'ulcération gommeuse unilatérale un peu étendue, et assez profonde pour immobiliser la corde à cause de son extension aux adducteurs latéraux. Mais parfois alors on constate en certains points du pharynx ou même du larynx des cicatrices de lésions ulcéro-gommeuses antérieures qui viennent en aide au diagnostic. D'autre part, les ulcérations carcinomateuses aussi profondes ne vont guère sans un aspect inégal, sanieux, bourgeonnant, de leur surface, et une apparence déchiquetée et irrégulière de leurs contours; de plus, elles s'accompagnent d'une fétidité de l'haleine toute spéciale, et qu'on ne rencontre pas à un aussi haut degré, et jamais avec les mêmes caractères, en cas de syphilis.

Dans certains cas, cependant, le diagnostic reste en suspens, et il semble que les lésions observées, bien qu'en réalité cancéreuses, ne soient pas cependant complètement étrangères à la syphilis. De même que certains individus, présentant des glossites à caractères mal tranchés, tenant à la fois de l'épithélioma et de la glossite tertiaire, mais se rapprochant plutôt de celle-ci, parce que les douleurs manquent souvent, sont d'abord améliorés par le traitement antisiphilitique pour échapper bientôt à cette amélioration momentanée et succomber avec tout le cortège, alors évident, du cancer lingual; de même certains autres, porteurs de lésions laryngées douteuses, et eux aussi anciens siphilitiques, sont parfois nettement améliorés tout d'abord par la médication spécifique, et voient cette amélioration disparaître à un moment donné et être suivie d'aggravation progressive à terminaison fatale.

Le diagnostic de la syphilis infiltrative-ulcéreuse et de la tuberculose laryngée sera étudié avec cette dernière affection. Mais il importe de savoir dès maintenant que la tuberculose peut envahir des lésions siphilitiques ulcéreuses, et déterminer des lésions mixtes très difficiles à reconnaître pendant les premières périodes de leur évolution.

Nous devons encore nous occuper ici des formes hypertrophiques et hyperplasiques. Les végétations polypiformes consécutives à la syphilis doivent être différenciées surtout des productions cancéreuses polypoïdes et des tumeurs tuberculeuses. Celles-ci ont un aspect un peu particulier qui sera indiqué plus tard. Quant aux autres, le meilleur procédé pour reconnaître leur nature est d'en faire l'ablation. Si l'examen histologique est négatif, leur récurrence rapide, sur place, fera tout au moins soupçonner leur cause. D'ailleurs les végétations siphilitiques développées autour des ulcérations ne sont que des bourgeons charnus. Quant aux productions polypoïdes anciennes et fermes, leur structure est celle des fibromes ordinaires.

Les *laryngites hyperplasiques*, avec hypertrophie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, existent-elles en dehors de la syphilis? Malgré l'autorité des auteurs qui l'ont soutenu, ou le soutiennent encore, c'est-à-dire, entre autres, de Türk, Gerhardt, Krishaber, Schrötter, je ne le pense pas; et c'est la raison pour laquelle je me suis abstenu de décrire cette variété de laryngite chronique dans le chapitre précédent. L'hypertrophie diffuse des bandes ventriculaires peut évidemment se voir en cas de laryngite chronique simple ancienne, mais il n'en est pas de même de cet épaississement de la muqueuse et du tissu sous-muqueux des ligaments ary-épiglottiques, de l'épiglotte et de la région aryénoïdienne dont Türk et Krishaber avaient fait une forme spéciale de laryngite simple, non plus que de celui de la région sous-glottique appelé par Gerhardt « laryngite sous-glottique chronique ». Pour ma part, j'ai observé, dans le cours de ces sept dernières années, un certain nombre de faits de ce genre; et, sauf dans l'un où l'enquête est restée sans résultat, et où il s'agissait de lésions consécutives à une ancienne périchondrite cricoïdienne de cause inconnue, tous se rapportaient à des siphilitiques avérés. Trois de ces malades étaient atteints de « laryngite chronique sous-glottique » tout à fait typique. La trachéotomie a dû être faite chez deux d'entre eux malgré le traitement spécifique; mais chez le troisième, dont les troubles dyspnéiques commençaient à peine et qui ne présentait de légers troubles vocaux que depuis environ trois mois, le traitement mixte a amené la disparition complète des lésions en six semaines.

Pronostic et traitement. — Les laryngites tertiaires sont des accidents très sérieux. Bien que leur marche ne soit pas fatalement progressive, et que la cicatrisation spontanée de l'ulcération gommeuse puisse, dans certains cas, se faire avant que celle-ci n'ait déterminé de perte de substance étendue ou de lésions profondes graves; bien que, d'autre part, tant que les ulcérations ne se sont pas compliquées de périchondrites ou de phlegmons secondaires, le traitement spécifique amène d'ordinaire assez rapidement leur cicatrisation; cependant la fréquence des accidents tardifs, consécutifs à des rétrécissements cicatriciels, assombrit beaucoup le pronostic. Les formes hyperplasiques ne guérissent sous l'influence du traitement spécifique que si elles sont encore récentes. Au bout d'un an ou deux, la médication iodhydrargyrique ne peut plus rien contre elles.

Nous n'avons pas à nous occuper ici du traitement des accidents respiratoires et des indications de la trachéotomie dans la syphilis du larynx ou les sténoses consécutives. D'une façon générale, on ne doit pas hésiter à y recourir dès qu'il y a des signes d'asphyxie, ni compter sur les effets du traitement spécifique pour conjurer les accidents lorsque le danger est imminent. Mieux vaut ouvrir la trachée avec l'espoir d'enlever la canule bientôt, que d'exposer le malade à succomber dans un accès de suffocation.

Le traitement local de la période d'état se réduit à déterger les ulcérations le mieux possible. Ce résultat est poursuivi à l'aide des pulvérisations antiseptiques tièdes, répétées deux ou trois fois par jour pendant quelques minutes. Le liquide de choix est une solution de sublimé très faible: 1 pour 10 000 ou 15 000 par exemple. On a parfois avantage, lorsque l'ulcération bourgeonne, à la toucher de temps en temps avec une solution iodo-iodurée. On doit aussi enlever les végétations, si elles sont volumineuses, avec la pince coupante; dans le cas contraire on peut attendre, pour procéder à cette intervention, que les ulcérations soient guéries.

§ 5. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire *précoce* consistent en érosions ou en ulcérations superficielles le plus souvent, profondes parfois et nombreuses ou étendues, siégeant sur une muqueuse épaissie et enflammée sur toute sa surface. On a vu dans quelques cas des lésions destructives et des périchondrites. Elles ne seraient pas rares chez les très jeunes enfants, d'après John Mackenzie, qui, sur 76 cas, en a rencontré 55 fois pendant la première année, dont 45 fois pendant les six premiers mois et 17 pendant le premier mois de la vie. Ces laryngites précoces sont très graves. Cependant elles guérissent parfois sous l'influence du traitement spécifique, et même sans traitement (Fournier), mais en laissant à leur suite des altérations de structure persistantes exposant les sujets qui en sont porteurs à des déterminations laryngées graves lorsqu'ils sont plus tard atteints d'affections broncho-pulmonaires, de fièvres éruptives ou de maladies infectieuses diverses.

On observe aussi dans le larynx des manifestations de la syphilis héréditaire *tardive*. Elles ne diffèrent pas des lésions tertiaires précédemment décrites, et nous ne nous y arrêterons pas.

CHAPITRE V

PHTISIE LARYNGÉE

Définition (1). — La dénomination de *phtisie laryngée*, longtemps appliquée à toutes les affections organiques graves, destructives, du larynx (cancer, syphilis tertiaire, tuberculose, etc.), est aujourd'hui synonyme de *tuberculose laryngée*. Elle sert à désigner toutes les lésions laryngées spécifiques de nature tuberculeuse, que celles-ci surviennent consécutivement comme complication ou localisation secondaire de la phtisie pulmonaire ou d'une tuberculose de quelque autre organe, ou bien primitivement, avant qu'aucune autre région de l'organisme soit atteinte de lésions de même nature.

Au point de vue étiologique, on peut donc classer les phtisies laryngées en *primitives* et *secondaires*, et ces dernières en *phtisies laryngées secondaires à la tuberculose pulmonaire*, ou *secondaires à d'autres tuberculoses*. Cette définition étiologique, dont nous n'aurons pas à tenir compte en étudiant l'anatomie pathologique et la symptomatologie de l'affection, se trouvera justifiée lorsque nous nous occuperons du pronostic, du diagnostic et du traitement.

Étiologie et pathogénie. — Les conditions étiologiques présidant à l'apparition de la tuberculose en général se retrouvent lorsqu'il s'agit de la tuberculose du larynx. Mais cette étude a été faite dans le tome I^{er} de cet ouvrage, et nous n'avons à nous occuper ici que de l'étiologie et de la pathogénie de la tuberculose laryngée en particulier.

A cet égard, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que la cause la plus fréquente des lésions laryngées est l'existence d'une *tuberculose pulmonaire antécédente*. Pour Lebert, Morell-Mackenzie, Heintze et d'autres, le tiers environ des phtisiques présente, à un moment donné de l'évolution de l'affection pulmonaire, des tubercules dans le larynx. Willigk réduit ce chiffre de 55 à 15 pour 100 environ, mais Niemeyer l'élève à 50 pour 100, et Isambert, ainsi que Schœffer, ont cru pouvoir estimer aux deux tiers le nombre des phtisiques ayant des ulcérations laryngées spécifiques.

Mais tous les phtisiques ne sont pas atteints aussi fréquemment les uns que les autres. Le sexe constitue une condition prédisposante certaine: les hommes payent à l'affection un tribut beaucoup plus lourd que les femmes. Les premiers sont atteints plus de deux fois, près de trois fois plus souvent que les dernières (Morell-Mackenzie, Heintze, Marcet, Schœffer).

(1) Consultez, indépendamment des traités généraux de laryngoscopie et des articles des diverses encyclopédies indiqués précédemment, les travaux suivants: DOLÉRI, *Arch. de phys.*, 1878. — PELAN, *Thèse*, 1878. — BORDENAVE, *Thèse*, 1878. — HEINTZE, *Die Kehlkopsch windschut*, Leipzig, 1879. — SCHECH, *Münch. aerz. int.*; 1880 et *Sammlung k. Vortr.* 1888. — DUCAU, *Thèse*, 1885. — GOUQUENHEIM, *Ann. des maladies de l'oreille*, 1880-1892, *passim*. — LUC, *Archives de laryngologie*, 1888-1892, *passim*. — HERYNG, *Curabilité de la phtisie laryngée*, traduction française par SCHIFFERS, Paris, 1880. — GOUQUENHEIM et TISSIER, *Phtisie laryngée*, Paris, 1889. — SCHECH, article *Phtisie laryngée*, du *Handbuch der Laryngologie und Rhinologie* de Heymann, Vienne, 1898.