

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: DOLÉRIS, *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.

L'âge n'a pas moins d'importance : la plupart des malades sont âgés de vingt à trente-cinq ans, et surtout de vingt à vingt-cinq ans. L'affection est moins commune après la quarantième année. Elle est rare chez les enfants, et on ne l'observe guère que chez des sujets au-dessus de quatre ou cinq ans. Pendant un espace de six mois, durant lequel j'ai examiné, toutes les fois où cela m'a été possible, les petits malades du service de clinique des maladies des enfants du professeur Grancher, je n'ai observé qu'une fois la tuberculose du larynx, chez une fillette de douze ans. Dans ma pratique personnelle, je n'ai vu qu'un seul cas de tuberculose laryngée infantile : il s'agissait d'une fillette de treize ans, soignée par MM. Le Gendre et L. Guinon, que j'ai observée à plusieurs reprises seul et avec M. Gartaz, et chez laquelle l'infiltration tuberculeuse du larynx était très avancée déjà avant que l'auscultation eût fait reconnaître les lésions pulmonaires auxquelles elle succomba ensuite assez rapidement.

La tuberculose du larynx secondaire à celle du pharynx est peut-être encore plus fréquente que la précédente. L'*angine tuberculeuse*, sauf dans les cas rares où elle guérit, envahit *toujours* le larynx à un moment donné; de sorte qu'on peut, je crois, affirmer que son rôle étiologique est encore beaucoup plus puissant que celui de la phtisie pulmonaire.

J'en dirai autant de la *tuberculose nasale*, qu'elle se présente sous forme d'ulcérations ou de tumeurs. Je l'ai vue se développer secondairement à la phtisie pulmonaire et laryngée, mais je l'ai observée aussi plusieurs fois à titre d'accident tuberculeux primitif, et, sauf un seul cas où la lésion nasale a guéri (chez un malade d'ailleurs perdue de vue depuis lors), la tuberculose a toujours envahi ensuite, non le pharynx, mais le larynx et ensuite les poumons⁽¹⁾.

L'existence de la phtisie laryngée primitive n'est plus guère mise en doute aujourd'hui. Beaucoup d'auteurs l'ont admise trop facilement, beaucoup d'autres l'ont niée systématiquement ou en ne se basant que sur des observations négatives et parce qu'ils ne l'avaient jamais rencontrée, ce qui n'est pas un argument suffisant. Mais les observations de Orth⁽²⁾, Pogrebinski⁽³⁾, E. Fränkel⁽⁴⁾ et autres, sont concluantes. En 1887, j'ai observé avec M. Brissaud un malade qui avait succombé à l'hôpital de la Pitié, dans un accès de suffocation, à une sténose glottique progressive. Les signes laryngoscopiques, indépendamment d'une tuméfaction gélatiniforme des aryténoïdes et des ligaments ary-épiglottiques, étaient analogues à ceux d'une paralysie bilatérale et complète des crico-aryténoïdiens postérieurs (position médiane). A l'autopsie du thorax, M. Brissaud ne put rencontrer que quelques granulations tuberculeuses à l'un des sommets. Or, l'autopsie du larynx, que j'ai pratiquée le lendemain avec M. Cornil, nous fit reconnaître une infiltration tuberculeuse diffuse déjà ancienne, beaucoup de petites ulcérations superficielles, et les troubles dyspnéiques trouvaient leur explication dans l'existence d'une double arthrite tuberculeuse des articulations crico-aryténoïdiennes (examen histologique par le professeur Cornil). Cette observation peut, je pense, se passer de tout commentaire. D'autre part, les cas où l'examen clinique, complété par l'examen histologique et bactériologique des productions végétantes ou des débris provenant du curetage des ulcérations, fait reconnaître l'existence de la tuberculose laryngée sans que l'auscultation permette

(1) Voyez BOUTARD, *Thèse de doctorat*, Paris, 1889.

(2) ORTH, *Pathol. Anat.*, vol. I, p. 515.

(3) POGREBINSKI, *Ann. de médecine d'Odessa*, 1881.

(4) E. FRÄNKEL, *Deut. med. Woch.*, 1886, n° 28.

de constater, non seulement des signes de ramollissement, mais même aucun signe de tuberculose pulmonaire, ne sont pas aussi rares qu'on l'a dit. Or, ces cas me semblent, à peu de chose près, aussi probants que les faits anatomiques; car il est légitime de considérer comme secondaires, dans la majorité des cas du moins, les lésions dont l'évolution est le moins avancée. Telle est du moins la raison invoquée par Orth⁽¹⁾ pour justifier une opinion certainement exagérée, bien qu'elle ait trouvé quelques partisans, et Heryng⁽²⁾ entre autres. Ces auteurs vont jusqu'à soutenir que la phtisie du larynx n'est que rarement une affection secondaire, mais qu'au contraire elle est presque toujours une maladie locale, bien qu'elle donne toujours lieu, à un moment donné, à des lésions pulmonaires.

Consécutive ou primitive, la phtisie laryngée ne se développe cependant que sous l'influence de conditions étiologiques locales ainsi qu'il en est de toutes les infections, aussi bien primitives que secondaires. Certaines de ces conditions ne sont évidemment qu'une manifestation locale de troubles généraux de la nutrition du sujet (cachexie tuberculeuse, inanition, diabète, etc.), diminuant sa force de résistance et la vitalité de tous ses organes. Mais d'autres sont plus étroitement circonscrites au larynx lui-même, et il importe d'en tenir grand compte.

C'est ainsi qu'un phtisique, devenu phtisique alors que depuis longtemps déjà il est atteint de laryngite chronique, et surtout que cette laryngite s'accompagne de lésions épithéliales desquamatives et d'érosions simples, est plus exposé qu'un autre à la phtisie laryngée; et que la phtisie laryngée primitive atteint vraisemblablement aussi de préférence les sujets dont le larynx présente déjà de l'inflammation chronique et des érosions qui en dépendent. De même, les érosions et les ulcérations syphilitiques du larynx constituent pour la tuberculose laryngienne une circonstance prédisposante indéniable, et dont non seulement les anciens phtisiques devenus syphilitiques, mais encore les syphilitiques jusque-là indemnes de tuberculose, sont assez souvent victimes. Quand à l'influence prédisposante des processus inflammatoires aigus, c'est chez les tuberculeux présentant des lésions pulmonaires antécédentes qu'elle se dévoile : il n'est pas rare, comme on sait, d'observer, à la suite de certaines maladies aiguës générales infectieuses (rougeole, fièvre typhoïde, grippe, etc.), des tuberculoses pulmonaires secondaires; or, si l'on veut y prêter attention, on reconnaît que, chez les phtisiques de cette catégorie, les lésions tuberculeuses du larynx se montrent le plus souvent, et d'une façon précoce, lorsque la maladie antécédente a été accompagnée d'une laryngite spécifique ou secondaire intense. D'autre part, la facilité avec laquelle les phtisiques contractent des laryngites aiguës *a frigore* est un fait bien connu, et dont l'observation journalière des malades oblige à admettre la réalité, bien que l'explication n'en soit pas toujours aisée. Or, on voit trop souvent chez eux la phtisie laryngée débiter à la suite d'une laryngite catarrhale aiguë simple à laquelle elle survit, pour qu'il soit possible de méconnaître qu'en pareil cas cette dernière a été la cause déterminante de la localisation tuberculeuse.

Il semble d'ailleurs établi dès aujourd'hui que la genèse de la légion tuberculeuse laryngée n'est pas toujours univoque. Le bacille spécifique peut envahir la muqueuse laryngée à la faveur d'une érosion superficielle, et ne se développer dans les couches sous-épithéliales qu'après la réparation de la lésion

(1) ORTH, *loc. cit.*, p. 519.

(2) HERYNG, *loc. cit.*, p. 15.

érosive accidentelle. Il peut encore envahir les cellules épithéliales des conduits glandulaires où il pénètre (Heryng). Il s'agit alors d'une véritable inoculation laryngée locale, que le bacille vienne du dehors avec l'air inspiré ou autrement (phtisie laryngée primitive), ou de lésions tuberculeuses voisines d'où il émigre avec les sécrétions, les crachats, etc. (tuberculose nasale, pharyngée, pulmonaire antécédentes). Klebs, E. Fränkel et d'autres ont récemment défendu cette opinion et les objections qu'Heintze lui a opposées en se basant sur le siège sous-épithélial des granulations tuberculeuses du début ne sont pas valables; car, de ce que l'épithélium et une partie de la couche sous-épithéliale existent au moment de l'examen anatomique, on ne saurait conclure qu'ils existaient au moment de la pénétration des bacilles générateurs de la lésion. Mais d'autre part il ne saurait être douteux que le larynx, comme tout autre organe, puisse également être envahi de dedans en dehors par des bacilles apportés par les voies lymphatiques ou les vaisseaux sanguins; c'est vraisemblablement ainsi que se développent les lésions dans un certain nombre de cas de tuberculose miliaire laryngée aiguë, alors que, dans la plupart des faits de phtisie laryngée chronique vulgaire, elles reconnaissent pour portes d'entrée les érosions superficielles et les orifices glandulaires.

Anatomie pathologique. — Avant de nous occuper de la structure histologique des diverses lésions tuberculeuses du larynx, nous étudierons d'abord leur aspect macroscopique, tel qu'on le constate à l'autopsie, suivant que le sujet a succombé à une période plus ou moins avancée de l'affection laryngée. Ainsi que font très judicieusement remarquer MM. Gouguenheim et Tissier, on ne saurait prendre pour base d'une description de ce genre les résultats de l'examen laryngoscopique pendant la vie: c'est sur la table d'autopsie, et le couteau à la main, qu'on peut seulement prendre une idée nette de l'étendue des lésions, de leur siège et de leurs caractères. Aussi, à l'exemple de ces deux auteurs, je m'occuperai successivement de l'infiltration tuberculeuse, des ulcérations, des lésions cartilagineuses et articulaires, des végétations et des tumeurs tuberculeuses, et enfin des altérations nerveuses et ganglionnaires voisines. Cette étude détaillée des lésions macroscopiques nous permettra, plus tard, lorsque nous exposerons leurs signes laryngoscopiques, de passer brièvement sur les points communs et de n'insister que sur les différences objectives chez le vivant. Les caractères macroscopiques de ces différentes lésions une fois connus, je passerai à leur étude histologique sommaire, en ne m'occupant que des caractères particuliers qu'elles présentent dans le larynx. Cette étude nous montrera que les lésions observées sont de divers ordres: les unes spécifiques, les autres de nature purement inflammatoire et associées aux premières.

1° Caractères macroscopiques des lésions. — *A. Granulations miliaires.* — On rencontre quelquefois, à la surface du larynx des phtisiques, des granulations miliaires isolées, discrètes, très rarement seules et associées à une simple apparence catarrhale diffuse de la muqueuse, plus souvent en même temps que des infiltrations, des ulcérations et d'autres lésions de phtisie laryngée. D'abord grises, translucides, peu saillantes, lisses, ces granulations, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit grain de millet, sont disséminées, ou réunies par groupes sur la muqueuse, ou existent en petit nombre au bord ou au fond des

ulcérations, et échapperaient à l'examen si l'on ne prenait pas la peine de les rechercher après avoir soigneusement lavé le larynx en le plaçant sous un robinet, pour le débarrasser du mucus et du muco-pus qui en macule la surface. Lorsqu'elles sont plus anciennes, elles prennent une teinte jaune, et font une saillie très nette à la surface de la muqueuse où elles siègent. Ces granulations n'ont pas de siège de prédilection; dans les cas aigus, on les trouve, disséminées ou agminées, sur toute la surface du larynx, et on les retrouve à la coupe dans les couches profondes; dans la phtisie laryngée chronique commune, on ne les voit guère qu'autour des ulcérations.

B. Infiltration tuberculeuse. — Lorsque l'on examine les larynx des phtisiques ayant succombé à l'affection pulmonaire, sans se préoccuper de l'absence possible de symptômes laryngés pendant la vie, on est frappé de la fréquence avec laquelle on trouve des infiltrations tuberculeuses, plus ou moins étendues, dont on n'eût pas soupçonné la présence, si celle-ci n'avait pas été dévoilée par l'examen laryngoscopique. Heintze affirme l'avoir trouvée dans la moitié des cas, à l'autopsie de sujets qu'à la vérité il n'avait pas observés pendant la vie; et MM. Gouguenheim et Tissier l'ont vue dans plus du tiers des cas qu'ils ont eu l'occasion d'étudier.

Par ordre de fréquence, cette altération se voit d'abord à la région aryténoïdienne et ary-épiglottique, puis au niveau des cordes vocales supérieures, puis des cordes inférieures, et enfin de l'épiglotte, région plus rarement atteinte que les autres. Elle est assez rarement limitée à une seule de ces régions; le plus souvent elle en occupe plusieurs à la fois. Son apparence varie un peu suivant son siège. Nous la décrirons successivement telle qu'elle se présente au niveau des diverses parties du larynx.

À la *région aryténoïdienne*, elle détermine une déformation des parties due à l'épaississement de la muqueuse. Les saillies des cartilages de Santorini, et, plus en avant, des cartilages de Wisberg, disparaissent; et les aryténoïdes prennent la forme de deux saillies conoïdes, à large base et à sommet tronqué, juxtaposées. La partie postérieure des *replis ary-épiglottiques* est à peu près constamment atteinte en même temps, et souvent la plus grande partie de leur étendue, d'arrière en avant, est également infiltrée. Ces replis ont alors perdu leur minceur normale, et se présentent sous l'aspect de deux bourrelets fusiformes, surélevés, se fondant en arrière par leurs grosses extrémités avec les tuméfactions aryténoïdiennes, et s'amincissent progressivement en avant. L'*espace interaryténoïdien*, en pareil cas, est assez souvent le siège de saillies nombreuses, végétantes, papilliformes. La coloration des régions infiltrées (sur le cadavre) est rarement plus rouge que celle des parties voisines; elle est plutôt rosée, pâle, un peu grisâtre. Elle a, dans un certain nombre de cas, une apparence gélatiniforme rappelant celle de l'œdème, mais en différant par la présence de taches, de masses ou de points blanchâtres ou jaunâtres, à aspect mat, tranchant sur les parties plus translucides qui les entourent. La surface de la muqueuse est rarement lisse, sauf dans ce dernier cas; dans les conditions ordinaires, elle est mate, ou quelquefois granitée. Il faut, pour s'en rendre compte, prendre soin de n'examiner la pièce qu'après l'avoir lavée sous un robinet d'eau, pour débarrasser sa surface des couches de muco-pus crémeux qui en recouvrent souvent une étendue variable. La consistance des parties est ferme, résistante, et non pas molle et tremblotante comme en cas d'œdème. À la coupe, on obtient une surface lardacée, granitée, parsemée le plus souvent d'îlots jaunâtres; en