

tarde pas à mettre à nu le cartilage ou à ouvrir l'articulation. Il en résulte une péri-chondrite avec ou sans arthrite d'origine tuberculeuse, et des lésions suppuratives secondaires.

La *péri-chondrite aryténoïdienne* est celle qui se rencontre le plus fréquemment. L'aspect des lésions est d'ailleurs variable. Lorsque l'ulcération siège au niveau des régions supérieures et antérieures des aryténoïdes, on peut trouver soit de la carie seulement, soit de plus de la nécrose. Tantôt on n'a affaire qu'à la *carie*; au fond d'une ulcération étendue on trouve un bourgeon fongueux, rougeâtre, couvert de pus séreux et de grumeaux caséux, se laissant pénétrer sous la pression de la sonde cannelée, et on constate, par la dissection, qu'au-dessous le cartilage est calcifié ou ossifié dans une étendue variable. Tantôt, mais plus rarement, un prolongement fistuleux de l'ulcération conduit directement le stylet sur un cartilage *nécrosé*, creusé d'une perte de substance de profondeur et d'étendue variables, ou sur un fragment cartilagineux complètement décollé, mobile, dans une cavité à parois tomenteuses et suppurantes; et lorsqu'on l'en extrait on constate qu'il s'agit d'une ou plusieurs masses jaunâtres ou brunâtres, de consistance variable, suivant que la nécrose s'est produite sur un cartilage encore à peu près indemne, ou atteint déjà d'infiltration calcaire ou d'ossification partielle. Quelquefois l'aryténoïde tout entier est ainsi altéré, et l'on n'en retrouve que quelques fragments. En pareil cas, il y a presque toujours, associées aux précédentes ou seules, des ulcérations cratériformes au niveau de la base de l'aryténoïde, et des *lésions tuberculeuses de l'articulation crico-aryténoïdienne*. Les deux surfaces articulaires, ou la surface cricoïdienne qui peut rester seule, sont rugueuses, inégales, de couleur jaunâtre, et au-dessous le cartilage est ossifié à une profondeur de plusieurs millimètres; les tissus péri-articulaires sont fongueux, épaissis, rougeâtres, la cavité articulaire renferme un épanchement séro-purulent d'abondance variable. Quel que soit l'état de l'aryténoïde, qui peut n'être que peu altéré dans toute sa partie supérieure en cas d'ulcération siégeant au niveau de sa base, il est de règle qu'il soit plus malade que le cricoïde. Le contraire est très rare.

En cas d'ulcérations postérieures, sous-glottiques, cratériformes, on trouve quelquefois une *péri-chondrite cricoïdienne* correspondante, plus ou moins étendue, sans lésions articulaires sus-jacentes. On peut aussi voir atteinte la face postérieure du cartilage, mais assez rarement. Les *faces internes latérales du thyroïde* sont aussi elles rarement lésées, et seulement en arrière, à la suite d'une ulcération « à cheval » interaryténoïdienne.

Il est beaucoup plus rare, mais cependant possible, de rencontrer des péri-chondrites et des arthrites tuberculeuses du larynx sans communication avec des ulcérations fibreuses. Le cas que j'ai cité, à propos de l'étiologie, comme un fait de tuberculose laryngée primitive, en est un exemple remarquable. Chez ce malade, il est même très vraisemblable que les lésions tuberculeuses avaient frappé d'emblée les articulations crico-aryténoïdiennes, car pendant longtemps celui-ci n'avait présenté, à l'examen laryngoscopique, qu'une légère tuméfaction de la région aryténoïdienne et l'immobilité des cordes vocales très près de la ligne médiane. De plus, au moment où l'autopsie fut faite, les lésions articulaires étaient très avancées, tandis que, indépendamment de l'infiltration de la région postérieure et des ligaments ary-épiglottiques, on ne trouvait que de petites ulcérations superficielles disséminées, sans ulcérations cratériformes au niveau de la base des aryténoïdes.

Les péri-chondrites circonscrites, sous-cutanées, de la *face antérieure des lames thyroïdiennes* s'observent aussi chez des individus dont l'épiglotte ne présente pas d'ulcérations profondes; et, en pareil cas, leur point de départ est bien évidemment la face cutanée du revêtement fibreux thyroïdien. Les lésions de ce genre sont au contraire tout à fait exceptionnelles à la *partie antérieure du cricoïde*. Quant à l'épiglotte, elle présente toujours un fibro-cartilage indemne lorsqu'elle n'est pas partiellement détruite par des ulcérations très profondes.

Assez souvent au contraire, en même temps que de simples érosions ou ulcérations superficielles, on peut trouver des péri-chondrites, aryténoïdiennes et cricoïdiennes, beaucoup plus rarement thyroïdiennes, de la région postérieure du larynx, ayant suivi une marche aiguë, et qui doivent être considérées comme des infections secondaires phlegmoneuses dues à des agents infectieux pyogènes vulgaires. On trouve, en pareil cas, des décollements étendus du péri-chondre, qu'une nappe de pus d'étendue et d'abondance variables sépare du cartilage sous-jacent en voie de nécrose, et une infiltration séro-purulente de voisinage plus ou moins étendue, d'apparence œdémateuse, toute différente de l'infiltration tuberculeuse qui se rencontre dans les conditions précédentes. Ces abcès péri-chondritiques siègent souvent à la face postérieure des cartilages aryténoïdes.

E. *Végétations et tumeurs pseudo-polypeuses*. — En dehors des végétations accompagnant les ulcérations tuberculeuses du larynx et siégeant à leur niveau ou sur leurs bords, on peut observer, chez des phtisiques ne présentant ni infiltrations profondes, ni ulcérations du larynx, des tumeurs tuberculeuses saillantes, sessiles ou même plus ou moins nettement pédiculées, de volume variable. Leur constatation sur le cadavre a été faite pour la première fois par Andral (1857), qui ne se méprit pas sur leur nature, dans deux cas. La première fois, il s'agissait d'une tumeur molle, pédiculée, s'insérant au fond de la partie postérieure d'un ventricule et faisant saillie au delà du bord libre de la corde vocale correspondante; la seconde, d'une tumeur sessile arrondie de la face supérieure d'une corde vocale, du volume d'un gros pois, à surface irrégulière et en *chou-fleur*, de consistance ferme, et semblant composée, à la coupe, d'un assemblage de grains blanchâtres.

Le plus souvent ces tumeurs, de dimensions très variables, sont rosées ou blanchâtres, et de consistance friable; les plus grosses sont formées par une agglomération de végétations confluentes. On les trouve, soit au niveau du tubercule de Czermak, soit plus bas et sous la glotte à l'angle antérieur; on les voit aussi au niveau de l'entrée des ventricules, et à la région interaryténoïdienne. Elles sont plus rares que toutes les autres lésions tuberculeuses du larynx.

F. *Lésions ganglionnaires et nerveuses*. — MM. Gouguenheim, Leval et Tissier ont parfois trouvé, chez des sujets ayant présenté pendant la vie des troubles dyspnéiques permanents, des tuméfactions, infiltrations tuberculeuses ou transformations caséuses des ganglions lymphatiques péri-récurrentiels que les deux premiers de ces auteurs ont décrits sous le nom de ganglions péri-trachéo-laryngiens. Le nerf récurrent était alors le plus souvent lésé. Enfin MM. Lubet-Barbon et Dutil ont vu la névrite du récurrent sans lésions des tissus voisins, et l'ont considérée comme une névrite périphérique. Je n'insiste pas ici sur ces faits, que j'ai déjà signalés à propos de l'étiologie des paralysies laryngées.

G. *Lésions inflammatoires chroniques de la muqueuse laryngée*. — A l'autopsie

d'un nombre assez considérable de phtisiques on ne constate, au niveau du larynx, que des signes de catarrhe diffus, ou de laryngite chronique hypertrophique à forme pachydermique, prédominant dans le segment postérieur de la cavité laryngienne. En pareil cas, l'examen histologique seul est capable de déterminer la part qui revient au tubercule dans la genèse de ces altérations, dont l'examen à l'œil nu est tout à fait impuissant à faire reconnaître la nature. C'est là un des points les plus intéressants de l'histoire de la phtisie laryngée, et que nous allons examiner à l'occasion de l'étude microscopique de ses lésions.

2° **Structure histologique.** — L'examen histologique du larynx de phtisiques ne présentant que des lésions d'apparence inflammatoire fait reconnaître les altérations que nous avons décrites précédemment dans la laryngite chronique. Il s'agit de transformation dermo-papillaire de la muqueuse laryngée, de végétations papillaires avec atrophie glandulaire interaryténoïdienne, de rhagades de la même région, d'érosions consécutives à la nécrose de l'épithélium épaissi au niveau de la face interne des sommets des apophyses vocales et de la partie postérieure des cordes vocales, etc. Il n'est donc pas douteux que les phtisiques puissent présenter de la laryngite chronique non tuberculeuse. Mais il ne s'agit pas d'une laryngite chronique spéciale méritant le nom de « laryngite des tuberculeux ». Dans la grande majorité des cas, d'ailleurs, on constate que la muqueuse n'est pas absolument indemne de lésions tuberculeuses; lorsque les érosions manquent, on trouve cependant çà et là, dans la couche sous-épithéliale, des follicules tuberculeux à des degrés d'évolution variable, pour peu qu'on multiplie les coupes et les examens, et lorsque les érosions existent on trouve aussi le plus souvent, au niveau de leur superficie, des granulations tuberculeuses. Ces constatations ont fait dire à M. Doléris et à Heintze que « les laryngites des phtisiques étaient toujours tuberculeuses », affirmation évidemment exagérée; mais je ne pense pas qu'on mérite le même reproche en affirmant que les *laryngites des phtisiques deviennent presque sûrement tuberculeuses à un moment donné.*

Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que toutes ces laryngites des phtisiques préexistent à la tuberculisation de la muqueuse où elles siègent. Tout porte à croire au contraire qu'un grand nombre d'entre elles sont consécutives à des infiltrations tuberculeuses modérées et superficielles qui ont présenté l'évolution scléreuse. En pareil cas, les laryngites chroniques sont parfois le résultat de la guérison des lésions tuberculeuses antécédentes; et, lorsque celles-ci ont été légères et peu étendues, elles se présentent sous forme de pachydermies laryngées peu accentuées qui peuvent durer pendant toute l'évolution de l'affection pulmonaire sans subir de modifications, même à la période ultime de la maladie. Lorsque l'infiltration tuberculeuse a été diffuse, et que l'évolution scléreuse se produit encore, la laryngite chronique revêt une apparence particulière et la multiplicité des lésions tuberculeuses permet de la désigner sous le nom de laryngite tuberculeuse à forme scléreuse, végétante ou non.

La transformation dermo-papillaire de la muqueuse laryngée est d'ailleurs une lésion qu'on retrouve presque toujours, du moins sur certains points de l'organe, sur les larynx envahis par l'infiltration tuberculeuse. Celle-ci, généralisée à la muqueuse et au tissu sous-muqueux, est presque toujours plus ou moins diffuse. A l'examen des coupes perpendiculaires à la surface, on reconnaît que toute l'épaisseur du tissu est infiltrée d'éléments embryonnaires, mais

que les foyers tuberculeux sont relativement rares. Les follicules tuberculeux sont rares dans la profondeur, et c'est plutôt au niveau de la couche sous-épithéliale qu'on les trouve (Heintze). Parfois même ils font défaut dans une assez grande étendue des régions infiltrées.

On trouve encore des follicules tuberculeux dans les glandes, surtout au niveau des cordes vocales supérieures. Ces lésions glandulaires, niées par Wagner, ont été décrites exactement par MM. Cornil et Ranvier⁽¹⁾, et leur existence est unanimement admise aujourd'hui. L'infiltration de la glande se produit de différentes façons: tantôt elle commence par la capsule conjonctive, tantôt elle se montre superficiellement autour du conduit excréteur; dans d'autres cas enfin elle débute dans la cavité glandulaire même, à l'intérieur des acini. Ce processus n'aboutit d'ordinaire que tardivement à la destruction de la glande.

L'examen des coupes d'ulcérations tuberculeuses montre que leurs bords et leur fond sont constitués par un tissu d'infiltration où l'on retrouve çà et là des débris de glandes dans les régions où ces organes existent normalement en abondance; on y trouve aussi des follicules tuberculeux en voie de transformation caséuse. La profondeur des ulcérations est variable; mais, dès le début, la membrane basale est détruite en même temps que l'épithélium.

Les lésions tuberculeuses des articulations, du périchondre et des cartilages, ne présentent rien de spécial au niveau du larynx. Je m'abstiendrai donc d'en parler ici, non plus que de celles des ganglions et des nerfs. Mais je dirai quelques mots des *lésions des muscles* du larynx, dont la connaissance est indispensable à qui veut comprendre la question des paralysies myopathiques qu'on observe parfois dans le cours de la tuberculose laryngée.

Signalées par MM. Cornil et Ranvier⁽²⁾, ces lésions musculaires ont été étudiées par Heintze, Fränkel, J. Mackenzie, et par MM. Gouguenheim et Tissier. Ces derniers auteurs en distinguent deux variétés: la première serait une myosite parenchymateuse peu accentuée, donnant lieu à une multiplication des noyaux du sarcolemme sans modifications de la striation. La seconde est celle que MM. Cornil et Ranvier ont décrite: l'infiltration embryonnaire du tissu conjonctif intermusculaire, avec accumulation de cellules lymphatiques dans les interstices, et dégénérescence graisseuse consécutive des faisceaux primitifs. Toutefois, pour MM. Gouguenheim et Tissier, cette dégénérescence serait assez rare, et il serait plus fréquent de voir de l'atrophie simple, consécutive à l'évolution scléreuse de l'infiltration conjonctive. Ces derniers observateurs ont d'ailleurs constaté, dans les interstices musculaires, la présence des follicules tuberculeux typiques à tous les degrés de l'évolution.

L'examen des tumeurs tuberculeuses de la muqueuse laryngée fait reconnaître leur nature. Elles sont constituées presque exclusivement par des cellules embryonnaires, et renferment çà et là, surtout près de la périphérie, des follicules tuberculeux avec cellules géantes de grandes dimensions. La base présente une structure plutôt fibreuse. La surface de la tumeur est recouverte d'épithélium stratifié.

L'examen bactérioscopique des produits de raclage des ulcérations, des tissus infiltrés et des productions polypoides, y fait reconnaître la présence des bacilles de Koch. La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question

(1) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*, tome II, pages 57 et suivantes.

(2) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*, t. II, p. 55.