

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 péri-chondre 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.

ont fait remarquer que ces bacilles sont ordinairement rares. J'ai constaté, à maintes reprises, l'exactitude de cette remarque, en procédant à la recherche des bacilles sur les produits du raclage des ulcérations pratiqué chez mes malades, ou sur des coupes, ou des débris dissociés, de tumeurs tuberculeuses également extraites pendant la vie. Souvent ce n'est qu'après avoir examiné en vain un certain nombre de préparations qu'on arrive enfin à trouver sur une autre deux ou trois bacilles isolés; mais, avec un peu de patience, on y réussit presque toujours si vraiment la lésion est tuberculeuse. Cette rareté des bacilles de Koch est si constante dans les lésions tuberculeuses du larynx que, lorsqu'on en trouve en grand nombre au niveau de la surface d'une ulcération, on doit admettre qu'ils y ont été amenés par les crachats, et douter qu'ils soient nés sur place. Quant à l'examen des tumeurs par dissociation, il ne saurait non plus donner de renseignements certains que si, avant de le pratiquer, on prend soin de laver largement la surface de la tumeur qui peut être souillée par les sécrétions bronchiques. De plus, si la pièce est assez volumineuse pour que la chose soit possible, on devra faire porter les recherches sur un fragment recueilli au-dessous de la couche superficielle. L'examen histologique des coupes pourra seul permettre de différencier les tumeurs tuberculeuses des papillomes, qui d'ailleurs ne sont pas très rares chez les tuberculeux. Je ne pense pas que l'on soit en droit de considérer ces papillomes comme une variété de tumeurs tuberculeuses, ainsi que l'a donné à entendre M. Gouguenheim en se basant sur les résultats positifs de l'inoculation aux animaux. Ceux-ci, très vraisemblablement, ont été dus aux bacilles des crachats déposés à la surface des tumeurs par l'expectoration, et ils ne démontrent nullement la nature spécifique de la tumeur polypeuse.

Symptômes et marche. — Qu'elle soit primitive ou secondaire, la tuberculose du larynx est loin de se présenter toujours à l'observation avec des caractères identiques. Les variations des signes objectifs et des symptômes fonctionnels ne dépendent pas seulement de la période de son évolution où elle est parvenue, mais encore du siège et de l'étendue des lésions, de la constitution anatomique qu'elles présentent et de l'évolution qu'elles affectent. La marche et les terminaisons peuvent également varier sous l'influence des mêmes conditions.

Pour faire une étude clinique fructueuse de la tuberculose du larynx, il est donc indispensable de procéder au préalable à un groupement méthodique des faits, qui permette de distinguer à l'affection un certain nombre de formes anatomo-cliniques différentes. On peut ainsi considérer successivement les formes catarrhale, infiltro-ulcéreuse diffuse, infiltro-ulcéreuse circonscrite péri-glottique, scléreuse et végétante ou fibreuse et végétante, les tumeurs tuberculeuses, et enfin la forme miliaire aiguë. Quelques-unes de ces formes peuvent n'être que le premier stade de la maladie, et se transformer ensuite en une des autres; mais toutes peuvent se maintenir plus ou moins pures jusqu'à la mort du malade. De plus, le pronostic varie beaucoup suivant la variété à laquelle on a affaire, et les indications thérapeutiques locales également.

1° Forme catarrhale. — La tuberculose laryngée à forme catarrhale n'est le plus souvent que le prélude de lésions plus profondes, dont l'apparition marque le début de la tuberculose infiltro-ulcéreuse vulgaire, ou de la forme scléreuse.

Mais elle peut persister longtemps avec les mêmes caractères, et il est légitime de la décrire comme une variété particulière de laryngite tuberculeuse. Sa spécificité a été longtemps méconnue. On la désignait sous le nom de « laryngite des tuberculeux », et elle était considérée comme un catarrhe simple, déterminée par l'irritation locale du larynx, soumis au contact répété du pus expectoré et fatigué par la continuité des efforts de toux. Les altérations glandulaires pouvaient aboutir à leur destruction et à la production d'« ulcérations folliculaires » catarrhales, et l'irritation superficielle des cordes vocales pauvres en glandes, à l'apparition d'érosions également simples, ne présentant nulle tendance à la guérison par suite de la permanence des causes qui les avaient provoquées. C'était là, en somme, la théorie que Louis appliquait en 1825 à toutes les lésions laryngées ulcéreuses des phtisiques, et qui survivait encore à la doctrine de la tuberculose laryngée de Barth et d'Andral, mais n'était plus invoquée que pour l'explication de lésions laryngées dénuées de caractères spécifiques.

Aujourd'hui, la « laryngite des tuberculeux » est devenue la *tuberculose laryngée à forme catarrhale*. Il est bien probable que dans beaucoup de cas les lésions tuberculeuses superficielles et discrètes qui la caractérisent ne sont pas la cause première du catarrhe, et qu'elles se bornent à l'entretenir après lui avoir dû la possibilité de leur développement par inoculation de leurs bacilles sur une surface épithéliale desquamée ou érodée, ou encore au niveau d'acini glandulaires altérés. Mais, d'autre part, l'examen histologique faisant reconnaître que les lésions tuberculeuses se rencontrent avec une fréquence extrême au niveau de la muqueuse laryngée des phtisiques atteints de laryngite d'apparence catarrhale, la différenciation de la « laryngite catarrhale des tuberculeux » avec la « laryngite catarrhale tuberculeuse » devient purement théorique. Leur caractère commun est de présenter, au début, des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et, à un moment donné, de prendre une marche chronique et de déterminer des altérations permanentes de la voix qui devient couverte, sourde, faible, enrôlée. A l'examen, la muqueuse laryngée présente de la rougeur vestibulaire diffuse, et les cordes vocales inférieures sont ternes, dépolies, rosées du côté des processus vocaux. Il n'est pas rare de trouver à ce niveau des érosions ovalaires, peu marquées, entourées d'un liséré rouge. Ces ulcérations peuvent disparaître; elles ne sont pas tuberculeuses, et nous les avons déjà étudiées à l'occasion des laryngites catarrhales simples. Mais elles ne guérissent pas toujours; et on peut parfois, si on les observe à courts intervalles pendant quelque temps, leur voir perdre leurs caractères primitifs et en prendre d'autres qui sont dus à leur transformation secondaire: simples d'abord, elles sont devenues tuberculeuses.

Elles ont perdu leur forme arrondie, la zone rouge qui les entourait a disparu, elles sont alors constituées par une tache grisâtre, à surface finement granuleuse et non saillante, mal limitée, la rougeur de la corde vocale a augmenté en arrière, et la muqueuse interaryténoïdienne se recouvre de petites saillies qui lui donnent un aspect *velouté*, signe que nous étudierons plus tard en détail. Puis les cordes vocales se couvrent çà et là de quelques taches rouges, auxquelles succèdent plus tard des érosions grisâtres linéaires ou *en coup d'ongle*, très superficielles, occupant le centre de la zone hyperémisée dont l'étendue augmente. L'érosion gagne très vite le bord libre de la corde, et, comme sa surface est rugueuse, ce bord prend un aspect finement dentelé, comme une scie