

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

(*aspect serratique*). Les lésions peuvent rester longtemps stationnaires, les érosions ne s'étendant pas ou très peu, et ne devenant pas plus profondes au niveau des cordes vocales inférieures.

Le plus souvent, après un temps variable pendant lequel les lésions n'ont pas subi de modifications bien importantes, on voit se produire un changement de forme de la région aryténoïdienne, qui se tuméfie et s'infiltré. La phtisie laryngée catarrhale s'est transformée en phtisie laryngée infiltré-ulcéreuse, forme dont l'étude sera faite tout à l'heure.

La guérison spontanée de cette forme de laryngite est possible; et on peut même voir l'amélioration s'accroître à la période terminale, en même temps que les lésions pulmonaires s'aggravent de plus en plus. Mais elle est rare. Cependant tant que les altérations sont superficielles, que les érosions sont encore circonscrites, et que la région aryténoïdienne est indemne, on peut obtenir la cicatrisation des lésions ulcéreuses, à l'aide d'interventions thérapeutiques locales, dans un certain nombre de cas. Mais ces guérisons sont précaires, et le plus souvent suivies de récurrences, sous la même forme, ou sous la forme infiltré-ulcéreuse diffuse.

Dans un certain nombre de cas, on voit la face laryngée de l'épiglotte et surtout les bandes ventriculaires et la paroi postérieure de la région sous-glottique devenir le siège de petites ulcérations très différentes des premières, et résultant de la tuberculisation des glandes. Celles-ci, après avoir subi la dégénérescence caséuse et être apparues sous forme de petites masses jaunâtres, non pas arrondies, mais de forme irrégulière et variable, se vident en laissant à leur place de petites ulcérations profondes, anfractueuses, à bords déchiquetés et irréguliers ne tardant pas à s'étendre et à constituer par leur réunion des pertes de substance de dimensions variables. L'apparition de ces ulcérations glandulaires est ordinairement tardive, et se voit surtout aux périodes terminales de la phtisie chronique, où dans les phtisies à marche rapide.

2° Forme infiltré-ulcéreuse diffuse. — Cette forme de tuberculose laryngée est de beaucoup la plus fréquente. Elle se montre tantôt dès le début de la phtisie pulmonaire ou en même temps qu'elle, plus souvent pendant son évolution, au bout de six mois ou un an, et elle peut aussi n'apparaître que tardivement, quand les lésions thoraciques sont déjà très avancées. Je lui donne la qualification de *diffuse* parce que l'infiltration tuberculeuse, en pareil cas, a tendance à envahir la plus grande partie de l'organe et que les lésions sont envahissantes; mais il serait tout à fait erroné de croire que tout le larynx est envahi dès le début: assez souvent même l'épiglotte et la région antérieure du larynx restent à peu près indemnes jusqu'à une période avancée de la maladie, et ils peuvent même rester indemnes jusqu'à la fin.

La maladie peut prendre cette forme consécutivement à une période catarrhale, ainsi que nous l'avons vu; ou encore après avoir évolué sous quelque une des autres formes cliniques qui seront étudiées plus tard. Mais elle peut aussi se développer d'emblée, et alors elle débute de deux façons différentes. Tantôt, et c'est là le cas le plus rare, les lésions se montrent tout d'abord à l'épiglotte. Il n'est pas très rare de voir se développer l'infiltration de l'épiglotte, et même des ulcérations de sa face linguale, alors que tout le reste du larynx est encore sain, ou ne présente qu'une apparence légèrement catarrhale. Presque toujours il s'agit en pareil cas de malades très jeunes (18 à 22 ou 25 ans), ne présentant

encore que des lésions pulmonaires peu étendues (Gouguenheim et Tissier) et peu avancées, et qui ne présentent que peu d'altération de la voix. Ils consultent le médecin parce qu'ils éprouvent un peu de dysphagie, surtout marquée pour les liquides et particulièrement la salive, et ne se doutent pas le plus souvent de la gravité de leur état. Plus tard seulement, l'infiltration tuberculeuse se montre à la partie postérieure du larynx (région aryténoïdienne, tiers vestibulaire postérieur) et l'organe entier est envahi.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la maladie débute par la région aryténoïdienne. « Un sujet, adulte, entre vingt et quarante ans d'ordinaire, voit depuis quelque temps ses forces décliner. Il a eu antérieurement une pleurésie qui n'a pas fait sa preuve, une bronchite de mauvaise allure, une ou plusieurs hémoptysies, etc. Il a maigri sans raison, s'est mis à tousser, à cracher; il se plaint de sueurs nocturnes, et l'examen de la poitrine révèle des signes plus ou moins évidents de tuberculose. Au bout d'un certain temps, six mois, un an au plus, d'autres fois de très bonne heure..., il commence à présenter des troubles du côté de la phonation, d'abord légers, mais ne tardant pas à s'aggraver. C'est un abaissement de la tonalité, puis de l'enrouement; la voix est voilée, sourde, rauque; ensuite survient une aphonie plus ou moins complète; la toux prend un timbre enroué.... L'examen du larynx révèle des lésions dont l'ensemble est ordinairement caractéristique. Le voile du palais, l'épiglotte..., sont d'une *pâleur inusitée*, la région aryténoïdienne est visiblement déformée. Les saillies et dépressions naturelles qu'elle présente sont méconnaissables, exagérées ou nivelées (Gouguenheim et Tissier) (1). » Je ne pense pas qu'il soit possible de résumer plus clairement, et d'une façon plus saisissante, l'histoire d'environ 80 pour 100 des tuberculeux qui viennent consulter pour la première fois le médecin au sujet de leurs troubles laryngés. Et, par malheur, il n'est pas un observateur, chargé d'un service hospitalier ou d'une consultation externe publique, qui ne soit chaque jour à même de vérifier, par l'examen de plusieurs malades, l'exactitude de la description de MM. Gouguenheim et Tissier. L'histoire de ces malheureux est presque toujours la même, leur avenir presque toujours aussi sombre, la marche de leur maladie, dans la très grande majorité des cas, aussi inexorable.

L'examen laryngoscopique, pratiqué à cette première période de la maladie, donne des résultats un peu différents suivant les cas. La déformation aryténoïdienne est la lésion la plus constante; elle est causée par l'infiltration de la muqueuse à ce niveau, et s'accroît par une tuméfaction de toute la région. Le pli interaryténoïdien a acquis une épaisseur plus ou moins considérable, les deux aryténoïdes ont pris une forme hémisphérique ou conoïde, les cartilages de Santorini et de Wrisberg ne sont plus visibles, et la partie postérieure des ligaments ary-épiglottiques, également tuméfiée, se confond avec les parties précédentes. Toutes ces régions infiltrées présentent une apparence mate, dépolie, et une coloration rouge qui tranche vivement avec la pâleur de l'épiglotte et du pharynx. Cette rougeur du début n'est d'ailleurs pas constante; chez les sujets profondément anémiés, elle fait défaut dès le début; chez la plupart des malades, elle s'éteint à un moment donné, et fait place à une coloration grisâtre, à un aspect plus lisse, parfois comme translucide, si les ulcérations ne se produisent que tardivement. La tuméfaction aryténoïdienne du

(1) GOUGUENHEIM et TISSIER, Phtisie laryngée, p. 174 et 175.