

noïdienne, bien peu manquent de se plaindre si une lésion articulaire avec œdème inflammatoire vient à se produire. De plus, la dysphagie liée à l'infiltration et aux ulcérations de surface est presque toujours plus marquée pour les liquides que pour les aliments pâteux ou en purée, et elle acquiert son maximum quand le malade avale sa salive, à tel point qu'il évite de le faire et préfère la cracher, ce qui détermine une salivation plus apparente que réelle. Mais la douleur n'est qu'intermittente, elle n'existe pas en dehors des mouvements de déglutition; le malade parle sans souffrance, et souvent on peut prendre, sous la peau, son larynx entre les doigts et le déplacer sans douleur, lorsque l'épiglotte n'est pas profondément lésée. En cas d'arthrite crico-aryténoïdienne, la dysphagie est constante, aussi marquée pour les liquides que pour les solides, la douleur ne cesse pas complètement en dehors des mouvements de déglutition; la parole est très pénible; le malade localise nettement la sensation douloureuse du côté atteint, et la pression profonde du doigt sur le côté du larynx la réveille parfois à un haut degré. Les élancements douloureux, avec irradiation à l'oreille, se produisent souvent spontanément.

La douleur à la déglutition de la phtisie laryngée s'accompagne parfois de troubles mécaniques de la fonction. Les malades avalent de travers, ou bien ils rejettent les liquides par le nez, bien que le voile du palais ait conservé sa motilité normale. Ces troubles mécaniques peuvent aussi s'observer sans que la déglutition soit douloureuse. Le premier s'observe surtout lorsque le larynx est le siège d'une infiltration diffuse très marquée, et qu'il est à la fois épaissi, béant et immobilisé; ou lorsque l'épiglotte est partiellement ou totalement détruite. Dans ce dernier cas il est rare que les malades puissent avaler des liquides sans s'engouer, à moins de boire lentement et à très petits coups. Le second se voit surtout chez des sujets présentant une infiltration diffuse de l'épiglotte déterminant une immobilisation de cet opercule en situation très oblique ou horizontale. L'explication physiologique de ces symptômes, aisée et s'imposant elle-même pour le premier, est pour le second beaucoup plus difficile. Il n'est d'ailleurs pas très fréquent, et, à l'inverse du premier, il n'est dans la majorité des cas que transitoire, et disparaît au bout de quelques semaines (1).

La toux ne manque guère dans la phtisie laryngée vulgaire; mais il est bien vraisemblable que les lésions pulmonaires en sont la cause et que le larynx n'intervient guère dans sa production. Les altérations de celui-ci se bornent à modifier ses caractères: d'abord enrouée, elle devient rauque; puis quand la fermeture de la glotte devient incomplète et anormale, elle prend le caractère éruptant, qu'elle conserve longtemps, restant étouffée, mais encore sonore, alors que le malade est depuis longtemps aphone. Enfin elle peut aussi, dans quelques cas, devenir tout à fait chuchotée, comme la voix.

L'expectoration, comme la toux, est aussi un symptôme broncho-pulmonaire. Le larynx y prend évidemment part, mais une part négligeable sauf en cas de périchondrite phlegmoneuse, d'expuition de cartilages nécrosés, etc. L'hémorragie du larynx en cas de tuberculisation de cet organe est exceptionnellement rare. Ici, les ulcérations, même profondes, ne donnent pas lieu à ces écoulements sanguins qu'on peut observer chez les syphilitiques et les cancé-

(1) Voyez, dans la thèse de M. LAVENÈRE-LAHON (Paris, 1880), plusieurs observations de M. F. VERCHÈRE où ce symptôme est noté. — Voyez aussi, pour les troubles de la déglutition dans la phtisie laryngée, la thèse de M. FERRAND (1882).

reux. On s'explique facilement ce fait si l'on se rappelle qu'à cette période de la maladie les altérations des vaisseaux ont abouti à l'oblitération ou à la sténose très accentuée de la plupart d'entre eux, dans toutes les régions infiltrées. Au début de la maladie, on a observé quelquefois, mais très rarement, des suffusions sanguines sous-muqueuses ou de petites hémorragies superficielles. Krieg figure même, dans son atlas, une *laryngite hémorragique* qu'il a observée chez un phthisique dont les lésions laryngées étaient encore au début.

Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les troubles de la phonation. Ils sont constants, et se montrent dès le début. D'abord la voix se couvre facilement; elle devient enrouée, faible et sourde aussitôt que le malade a parlé un peu longtemps. Puis ces troubles dysphoniques deviennent permanents. Chez les chanteurs, les troubles de la voix chantée précèdent ceux de la voix parlée: les notes hautes d'abord se perdent, puis l'intensité de la voix diminue, et la clarté disparaît. Ces troubles vocaux du début paraissent surtout dus à l'insuffisance de la motilité des aryténoïdes, entourée d'un tissu épaissi et ayant perdu sa souplesse, ainsi qu'au défaut d'énergie musculaire, qui s'oppose à l'adduction et à la tension suffisantes des cordes vocales. Plus tard, quand l'infiltration augmente, quand les ulcérations apparaissent, l'enrouement augmente, la voix devient de plus en plus faible et éteinte; au défaut progressif de la tension des cordes viennent s'ajouter les lésions des bandes ventriculaires, l'occlusion des cavités des ventricules, enfin les lésions des rubans vocaux eux-mêmes. Il n'y a pas de raucité dans cette forme de phtisie laryngée, et ce qui reste de voix est soufflé, éruptant comme la toux. Enfin survient l'aphonie absolue.

La marche de cette forme de phtisie laryngée est le plus souvent lente et progressive, mais elle est sujette cependant à de très nombreuses variations. Les unes lui sont imposées soit par les complications laryngées éventuelles (périchondrites et arthrites secondaires, troubles dyspnéiques, dysphagie et inanition consécutive, etc.), soit par la marche de l'affection pulmonaire concomitante; les autres tiennent vraisemblablement au genre de vie du sujet, à sa profession, etc. Mais il est certain que dans beaucoup de cas il n'existe aucun parallélisme entre la marche des lésions du larynx et celles des poumons. Les premières peuvent évoluer rapidement sans que les secondes prennent une extension notable; et, plus souvent encore, ces dernières peuvent affecter, à un moment donné, une marche rapide, tandis que les lésions laryngées restent stationnaires.

La durée oscille, en général, entre 10 mois ou 1 an à 2 ans et demi ou 5 ans. Chez certains phthisiques, les lésions laryngées apparaissent tard et évoluent rapidement, mais ce fait n'est pas assez fréquent pour que l'on soit autorisé à décrire une « phtisie laryngée terminalé », à l'exemple d'Isambert. La durée relative des périodes d'infiltration et d'ulcération est aussi très variable suivant les sujets. Enfin, la maladie peut non seulement s'arrêter dans sa marche, mais encore évoluer vers la guérison, et guérir spontanément, même sans que les lésions pulmonaires suivent une évolution analogue.

Ces cas de guérison spontanée sont d'une extrême rareté; mais il n'est pas douteux qu'il en existe. J'ai observé, avec M. Landouzy, une dame d'une trentaine d'années, atteinte depuis dix ans d'une tuberculose pulmonaire à laquelle elle a succombé depuis, et qui, après avoir présenté des lésions tuberculeuses

du larynx, en avait guéri spontanément. Elle avait été aphone ou à peu près pendant près d'une année, et avait eu, à un moment donné, des troubles dyspnéiques inquiétants. L'examen laryngoscopique, à cette époque, avait montré une infiltration étendue des aryténoïdes et de leurs ligaments ary-épiglotiques; et la trachéotomie avait même été formellement conseillée. M. Landouzy l'avait évitée en appliquant des sangsues au-devant du cou. Lorsque, quatre ans plus tard, j'examinai la malade, alors atteinte de tuberculose nasale végétante, toute la partie postérieure des cordes vocales présentait des cicatrices manifestes, ainsi que la région aryténoïdienne antérieure, encore déformée, mais les rubans vocaux avaient repris leur blancheur ordinaire, il n'y avait pas de tuméfaction, et la voix était revenue, depuis plus de deux ans, à peu près normale. La malade ne succomba que dix-huit mois plus tard, sans troubles laryngés. La guérison du larynx, dans ce cas, s'est donc produite à la période ulcéreuse; et cependant elle s'est maintenue pendant près de quatre ans, et jusqu'à la mort de la malade.

5° **Forme infiltro-ulcéreuse circonscrite périglottique.** — Un certain nombre de malades, présentant ou non des lésions pulmonaires tuberculeuses appréciables, parfois amaigris et affaiblis, mais parfois aussi vigoureux encore, ayant conservé de l'appétit et ne toussant pas assez pour s'en plaindre, viennent demander des soins pour des troubles de la voix dont ils ont été atteints, insidieusement et progressivement, depuis un temps variable. Le plus souvent il s'agit d'hommes jeunes, de 25 à 55 ans; beaucoup n'ont pas présenté de troubles de la santé jusque-là, d'autres ont été atteints par l'influenza, quelques-uns ont eu la syphilis. Mais, dans un assez grand nombre de cas aussi, ce sont des sujets ayant dépassé la quarantaine ou la cinquantaine, et très fréquemment alors, si l'on y prend garde, on constate qu'ils ont du sucre dans les urines en proportion assez élevée.

L'examen du larynx fait reconnaître que l'épiglotte, les ligaments ary-épiglotiques, toute la région aryténoïdienne supérieure et postérieure, et parfois aussi les bandes ventriculaires et la région interaryténoïdienne sont indemnes. Quelquefois le larynx est manifestement anémié, plus souvent peut-être il présente de très légers signes de catarrhe diffus, ou un peu de congestion généralisée. Mais les cordes vocales sont malades: tantôt seulement l'une d'entre elles, tantôt toutes les deux. Elles peuvent être malades dans la plus grande partie de leur longueur, ou seulement dans leur segment moyen, ou encore dans leur tiers ou leurs deux tiers postérieurs seulement. Dans ce dernier cas, il n'est pas très rare de voir la région interaryténoïdienne recouverte des petites saillies papilliformes dont nous avons déjà parlé plus haut, à un degré variable de développement (*état velvétique* d'Isambert); mais, dans cette forme, ce signe manque souvent. Les lésions des cordes vocales sont variables: tantôt il s'agit d'ulcérations, tantôt d'infiltrations tuberculeuses.

Les ulcérations qui occupent de préférence les segments moyens des cordes vocales, sur une longueur variable, en ménageant leur région antérieure et souvent même leur partie postérieure, ont l'aspect de longues encoches à fond souvent gaufré ou plissé dans le sens de la longueur de la corde, recouvert de muco-pus d'un gris jaunâtre, adhérent. La profondeur de l'ulcération diminue ordinairement du centre à la périphérie, et les bords sont assez nets, non saillants, bien limités; ordinairement assez réguliers, mais plutôt ondulés que

rectilignes dans le sens antéro-postérieur. Plus tard, les bords peuvent se décoller, et devenir déchiquetés ou végétants. L'ulcération ne ménage jamais le bord libre de la corde, mais tantôt elle occupe surtout la face supérieure de celle-ci, et tantôt au contraire elle a envahi une plus large surface de la face sous-glottique. Mais, même dans ce dernier cas, les parties non ulcérées des cordes vocales atteintes sont dépolies et rougeâtres, et le plus souvent plus ou moins tuméfiées. Presque toute la longueur des deux cordes vocales peut être ainsi ulcérée, sauf tout à fait en avant, près de l'angle antérieur; et la région interaryténoïdienne peut alors, elle aussi, être érodée, ou atteinte de fissures de profondeur variable; de sorte que toute la périphérie de l'orifice glottique est ulcérée. Ou bien encore une seule corde vocale est envahie, l'autre ne semble pas malade et peut même avoir conservé à peu de chose près son aspect normal. Lorsqu'on observe pendant un certain temps les malades dont une seule corde vocale est ainsi ulcérée, on peut voir que l'ulcération croît en s'étendant en avant et en arrière, mais que sa largeur ne varie pas d'une façon appréciable. Sa profondeur n'augmente pas beaucoup; et même, à un moment donné, on peut quelquefois la voir diminuer et devenir en certains points plus ou moins bourgeonnante. En avant l'ulcération s'arrête, comme je l'ai dit, à quelques millimètres du thyroïde. En arrière, elle gagne la région interaryténoïdienne, mais il est rare qu'elle la dépasse pour envahir d'arrière en avant la corde vocale opposée. Lorsque celle-ci s'ulcère, on peut se rendre compte de la façon dont la lésion se développe, et voir que c'est au segment moyen, en avant de l'apophyse vocale, qu'elle débute. A ce niveau, apparaît une tuméfaction rosée, un peu bosselée, ovalaire, faisant une saillie légère à la surface de la corde qui se dépolit presque aussitôt et perd sa blancheur; cette saillie, en réalité, est plutôt fusiforme qu'ovalaire, car elle donne à une étendue variable du bord libre une direction bombée, à tel point qu'il n'est pas rare, en pareil cas, de voir la voix du malade s'améliorer momentanément un peu, grâce à l'affrontement des cordes dû à l'emboîtement de la saillie dans l'encoche ulcérée du côté opposé. Au bout d'un temps variable, la saillie en question, qui généralement a apparu dès son début sur une étendue déterminée et ne s'accroît pas en surface, cesse aussi de croître en épaisseur. Son centre ou sa région la plus saillante se recouvre d'une plaque jaunâtre, dont la chute très rapide laisse voir une ulcération qui s'étend en peu de jours à toute l'étendue de la région infiltrée.

Lorsqu'on observe les malades dès le début de leurs troubles vocaux, on ne trouve pas d'ulcération, mais seulement une infiltration, le plus souvent unilatérale, telle que je viens de la décrire, et alors on assiste à son développement.

Cette infiltration circonscrite n'aboutit pas nécessairement à l'ulcération. Celle-ci peut manquer, et l'infiltration évoluer vers la sclérose. En pareil cas, la saillie, à un moment donné, diminue, ses limites deviennent indistinctes, la corde vocale reste rouge très longtemps, puis souvent on y voit apparaître des traînées vasculaires superficielles; celles-ci, plus tard, s'étendent à la surface antérieurement infiltrée, et la saillie disparaît en même temps que la rougeur diminue. J'ai observé, plusieurs fois, ce mode de guérison chez les individus atteints de tuberculose pulmonaire manifeste, et je suis tenté de le croire plus fréquent qu'on ne pense. Il s'agissait toujours de sujets qui avaient pu se soumettre, dès le début, à un traitement général sérieux et à des précautions hygiéniques sévères. Je citerai, entre autres, le cas d'une dame atteinte de