

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

tuberculose au premier degré, que j'ai soignée avec M. Brissaud, et dont les lésions pulmonaires ont presque disparu sous l'influence de la créosote à l'intérieur, du repos, et d'un régime alimentaire approprié. Je citerai encore un diabétique, que j'ai soigné avec M. Cornil, et chez lequel il s'est produit, en même temps qu'une amélioration momentanée de l'état des poumons, la disparition de l'infiltration d'une corde vocale. Plus tard, les lésions pulmonaires se sont de nouveau aggravées, l'état général est devenu lamentable et le malade a succombé; mais au moment de la mort, le larynx était absolument guéri depuis plus de deux ans.

La guérison spontanée de la forme infiltro-ulcéreuse périglottique peut encore survenir à la période ulcéreuse. Je ne l'ai vue, à la vérité, qu'une seule fois, et elle est bien vraisemblablement très rare. Il s'agissait d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire des deux sommets, avec signes de ramollissement au début du côté droit; amaigrissement marqué, affaiblissement, sueurs nocturnes, toux fréquente surtout la nuit, et expectoration abondante. Les premiers symptômes broncho-pulmonaires dataient de six mois. L'appétit avait beaucoup diminué depuis deux mois, et à ce moment était survenu un enrouement qui avait été en augmentant, et était arrivé à une raucité marquée. Il existait une ulcération assez profonde de la face supérieure et du bord libre de la corde vocale droite, dont elle occupait les deux tiers postérieurs, une fissure interaryténoïdienne au niveau de l'extrémité du ruban vocal en arrière, des végétations papillaires et un peu d'épaississement de la région interaryténoïdienne. En même temps, on constatait des signes de léger catarrhe laryngé diffus, avec mucosités grisâtres assez abondantes. Les produits du raclage de l'ulcération pratiqué avec une curette, après un nettoyage préalable avec un tampon d'ouate sèche, furent examinés par M. A. Berlioz, qui y trouva des bacilles, ainsi que dans les crachats. Le professeur Bouchard, qui me fit l'honneur de me donner son avis au sujet de ce malade, lui prescrivit un régime alimentaire en rapport avec l'état des voies digestives: le repos, l'obligation de passer l'été, qui commençait, à la campagne, en dormant la fenêtre ouverte, et, de plus, la créosote à l'intérieur à la dose de 80 centigrammes par jour. Le malade retournant en province, je dus me borner à lui conseiller de ménager sa voix, et lui prescrire pour tout traitement local du larynx des pulvérisations tièdes de solutions phéniquées et créosotées très légères, qui furent remplacées quelques semaines plus tard par des pulvérisations de liqueur de Van Swieten. Or, six mois après, je ramenai le malade à M. Bouchard: il avait regagné 18 kilogrammes, repris presque intégralement ses forces, et ne toussait plus depuis un mois. L'auscultation dénotait une amélioration considérable de l'état des poumons. L'ulcération du larynx était complètement cicatrisée, il ne restait plus qu'un peu de rougeur et d'épaississement de la région la plus postérieure de la corde vocale: l'enrouement était très léger lorsque le malade ne parlait pas trop longtemps. Un an plus tard, les lésions laryngées avaient complètement disparu, et le malade, qui n'a jamais cessé de prendre, avec des intervalles de repos de 15 jours par trimestre, de la créosote à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme par jour, est actuellement guéri, depuis trente mois, de son larynx redevenu absolument normal, ne présente plus que des signes d'auscultation dus à des lésions scléreuses définitives et limitées, jouit d'une santé parfaite, et ne se préoccupe plus de son régime alimentaire.

La guérison spontanée complète du larynx est donc possible, quoique

exceptionnelle, à la période ulcéreuse de l'affection. Mais il est assez fréquent de voir l'ulcération, à un moment donné, disparaître pour faire place à des lésions non plus ulcéreuses et destructives, mais au contraire hypertrophiques et végétantes. En pareil cas, au bout d'un temps variable, généralement de plusieurs mois, pendant lesquels l'état du larynx a peu varié, on voit certains points du fond et des bords de l'ulcération se couvrir de bourgeons arrondis, qui s'accroissent progressivement par leur périphérie et finissent par occuper toute l'étendue où siègeait la lésion ulcéreuse. La corde ou les cordes antérieurement ulcérées deviennent noueuses, moniliformes, et semblent presque formées de lobules faisant des saillies variables, à surface inégale, de couleur rose pâle, séparés par des étranglements, et non par des sillons étroits et profonds. En même temps que ces lésions se substituent à l'ulcération primitive, elles se montrent en apparence d'emblée à la région interaryténoïdienne. A la partie postérieure des cordes vocales inférieures et parfois aussi supérieures, la muqueuse s'épaissit, et le larynx, totalement modifié, prend l'aspect caractéristique de la tuberculose laryngée à forme scléreuse, fibreuse et végétante, qui sera décrite plus tard. En pareil cas, si l'on peut dire que l'ulcération a guéri, c'est par abus de langage, car alors la cicatrisation de l'ulcération n'a amené qu'une transformation des lésions, et en réalité n'a pas marqué leur disparition.

C'est là, cependant, une terminaison heureuse de l'affection ulcéreuse; ainsi que nous le verrons en étudiant la tuberculose scléreuse du larynx. Mais dans la majorité des cas elle fait défaut. Le plus souvent, les ulcérations détruisent peu à peu les cordes vocales ou les transforment en lambeaux déchiquetés, rougeâtres, parfois bordés en certains points de végétations de petit volume. Toutefois la marche des lésions est ordinairement lente, et le malade peut arriver à la période terminale de sa phtisie pulmonaire sans que l'affection laryngée ait accusé sa présence par aucun autre symptôme que la dysphonie progressive et l'aphonie. Dans d'autres cas, défavorables, la tuberculose ulcéreuse périglottique, après être restée presque stationnaire pendant un an, deux ans au plus, subit des modifications inattendues de sa marche jusque-là silencieuse, dues à des accidents inflammatoires périchondritiques ou articulaires. C'est le plus souvent alors le prélude de la généralisation des lésions d'abord circonscrites: la plupart des régions jusque-là indemnes s'infiltrent rapidement, puis s'ulcèrent, et les choses marchent comme à la période terminale de la phtisie laryngée infiltro-ulcéreuse diffuse.

On voit donc que la forme de phtisie laryngée que j'appelle *infiltro-ulcéreuse circonscrite périglottique* ne mérite ce nom et ne possède d'autonomie clinique qu'en raison du siège des lésions, de leur peu de tendance à s'étendre, de la bénignité relative des symptômes qu'elle détermine, et de la lenteur de sa marche. D'autre part, elle n'est, dans un certain nombre de cas, qu'un mode de début de la forme scléreuse et végétante, et dans beaucoup d'autres aussi, quoique bien moins fréquemment, de la forme infiltro-ulcéreuse diffuse terminale. Je crois cependant qu'elle mérite d'être étudiée à part, et cela surtout parce que, tant à sa période d'infiltration qu'à sa période ulcéreuse, elle est certainement, de toutes les formes que peut affecter la phtisie laryngée compliquant la tuberculose pulmonaire, celle sur laquelle la thérapeutique laryngochirurgicale a le plus de prise. Si le malade a conservé un état général satisfaisant, s'il s'alimente encore, si sa tuberculose pulmonaire évolue sans accidents

fébriles, sans à-coups, et que la toux reste modérée ou puisse l'être par des moyens thérapeutiques appropriés et notamment par l'usage interne de la créosote à doses suffisantes, on peut guérir le larynx d'un certain nombre de ces malades, et obtenir non pas seulement des guérisons relatives ou temporaires, mais des guérisons complètes et durables. Ce fait n'est plus douteux pour moi aujourd'hui. J'en pourrais rapporter un nombre de cas déjà important; et, pour m'en tenir aux faits accomplis, je me bornerai à citer un malade, soigné par M. Tapret à la fin de sa vie, qui a succombé à ses lésions pulmonaires au dernier degré de la cachexie et du marasme, et dont le larynx était absolument guéri depuis plus de deux ans quand il est mort. J'avais vu le malade à la fin de 1888, avec une infiltration circonscrite d'une corde inférieure, et quelques semaines plus tard une ulcération consécutive; en septembre 1889, je pouvais le montrer à M. Heryng presque guéri, et au printemps de l'année suivante la guérison était complète.

4^e **Forme scléreuse et végétante.** — Cette forme a surtout été bien étudiée par M. Luc et MM. Gouguenheim et Glover. Mais ces auteurs n'ont pas indiqué le mode de début de l'affection que j'ai signalée plus haut, et qu'elle peut présenter lorsqu'elle se montre consécutivement à la forme infiltré-ulcéreuse périglottique circonscrite. Ils se sont bornés à la description de la laryngite tuberculeuse scléreuse d'emblée, ou plutôt consécutive à une infiltration tuberculeuse diffuse, superficielle et modérée, ne donnant lieu d'abord qu'à des signes de catarrhe tenace, dont la gravité n'est guère dévoilée que par la constatation de lésions pulmonaires spécifiques concomitantes. De plus, MM. Gouguenheim et Glover ont fait rentrer dans leur description un certain nombre de cas où les lésions sont trop circonscrites ou trop spéciales pour y trouver place, et qu'ils auraient, à mon sens, plus légitimement rattachés aux *tumeurs tuberculeuses* du larynx ou dénommés *papillomes laryngiens* sans autre épithète.

Je crois que la majorité des malades souffrant de cette forme de tuberculose laryngée sont des sujets chez lesquels le catarrhe chronique du larynx et souvent même sa forme hypertrophique pachydermique préexistent à l'infection tuberculeuse des poumons et du larynx. Ce sont le plus souvent des hommes adultes, approchant de la trentaine, ou arrivés à l'âge de 35, 40 ou même 45 ans. Beaucoup sont d'anciens syphilitiques, la plupart sont des buveurs, des gens vivant dans la poussière, des cuisiniers, garçons de magasin, boulangers, mécaniciens ou chaudronniers, ou encore des charretiers, marchands ambulants et autres individus criant en plein air une bonne partie de la journée; en majorité, ce sont de grands fumeurs, priseurs ou chiqueurs, ayant du coryza chronique et de la pharyngite chronique dont ils ne se sont jamais guère préoccupés d'ailleurs. L'affection atteint parfois la femme; et en pareil cas on retrouve encore une partie des mêmes conditions prédisposant à la laryngite chronique pachydermique: âge (50 ans et plus), lésions nasales, abus de la voix, excès de boisson, poussières, etc.

Les signes objectifs se rapprochent tellement de ceux de la pachydermie postérieure diffuse du larynx, que la différenciation en est absolument impossible, pendant un temps assez variable, dans un assez grand nombre de cas. La cavité laryngienne peut présenter, dans les deux affections, la même coloration rouge sombre, les lésions peuvent de même être symétriques, et si l'enrouement est modéré et date de loin, si les antécédents du malade l'expliquent, on ne

pourra risquer un diagnostic ferme. Les signes qui plaident en faveur d'une tuberculose scléreuse sont de divers ordres: d'abord la rapidité relative de la marche de l'affection, qui a procédé par poussées successives, laissant chaque fois la voix un peu plus altérée, et a amené déjà des lésions accentuées bien que l'enrouement soit encore de date récente; puis l'aspect dépoli de la cavité du larynx, s'il est rouge (forme scléreuse hypertrophique); ou au contraire l'aspect souvent luisant de sa surface irrégulièrement bosselée s'il est pâle (forme fibreuse); l'apparence moniliforme des cordes vocales, ou la présence de saillies ternes et inégales sur leur face et leur bord libre; l'unilatéralité des lésions, ou leur plus grand développement d'un côté du larynx, l'apparence sinueuse du bord libre et la présence de bosselures irrégulières d'une ou des deux bandes ventriculaires, qu'il est plus ordinaire de voir épaissies en arrière seulement, ou uniformément élargies et tuméfiées dans les laryngites chroniques anciennes; enfin les constatations de nombreuses végétations papilliformes interaryténoïdiennes en l'absence de saillies coniques ou mamelonnées, lobulées, de la même région seulement épaissie.

Les symptômes de cette forme de laryngite chronique, dont la caractéristique est l'absence de lésions ulcéreuses, ne consistent qu'en troubles de la voix et de la respiration. Les premiers manquent rarement; mais leur intensité est très variable; la voix n'est pas couverte, mais rauque, dure, enrouée; et cette raucité peut présenter tous les degrés. L'aphonie est rare, et ne se produit que dans les cas où les saillies végétantes s'opposent complètement à l'affrontement des cordes et à leurs vibrations ou à celles des fausses cordes. Quant aux troubles respiratoires, ils apparaissent dans les cas où la sténose glottique devient progressive, par suite d'hypertrophie diffuse des tissus limitant l'orifice glottique, ou de productions polypoïdes volumineuses ou nombreuses. On peut observer, chez certains malades, des paroxysmes dyspnéiques de nature spasmodique qui, une fois qu'ils ont apparu (et leur apparition est le plus souvent tardive), ont tendance à se répéter et deviennent rapidement menaçants. Je n'ai jamais observé, chez les malades que j'ai en vue dans cette description, de dysphagie douloureuse; et bien que ce symptôme ait été signalé par MM. Gouguenheim et Glover, je le tiens pour exceptionnel. Mais il est moins rare d'observer des troubles mécaniques de la déglutition: certains malades sont sujets à avaler de travers les aliments solides ou les boissons, ce qui leur occasionne de la toux ou du spasme glottique et les gêne parfois à un haut degré, temporairement ou plus rarement d'une façon permanente.

La marche de la maladie est très lente, et il est tout à fait exceptionnel de la voir modifier son évolution, du moins avant la période terminale de l'affection pulmonaire. A ce moment, on voit quelquefois l'épiglotte s'infiltrer, la face supérieure des aryténoïdes des cordes vocales changer d'aspect, et se recouvrir d'ulcérations superficielles en nombre variable, prenant ensuite des dimensions plus ou moins étendues. En pareil cas, la dysphagie peut apparaître, surtout si l'épiglotte s'est infiltrée et ulcérée, mais en réalité il ne s'agit plus là de l'affection primitive; celle-ci s'est transformée en phtisie laryngée ulcéreuse. Mais ces modifications ne se voient que sur les larynx rouges, hypertrophiés, et non dans les cas où les lésions sont franchement fibreuses.

5^e **Tumeurs tuberculeuses du larynx.** — Je crois que l'on doit réserver ce nom aux productions circonscrites, parfois rouges, plus souvent de couleur