

sept ans, consécutivement à des lésions tuberculeuse des fosses nasales. Sa gravité est extrême : elle tue toujours, et rapidement, le malade qu'elle atteint.

Il importe de distinguer nettement la tuberculose miliaire laryngée aiguë *diffuse*, que je viens de décrire, des cas où l'on voit, dans le cours de la tuberculose laryngée infiltro-ulcéreuse chronique commune, apparaître dans le larynx des tubercules isolés des glandes, aux cordes supérieures, à la région aryénoïdienne et à la région sous-glottique postérieure. Ces phénomènes coïncident presque toujours avec des poussées de même nature se produisant dans les poumons. Ils aggravent la situation du malade et sont d'un fâcheux pronostic, mais sont loin de présenter la gravité immédiate de la phtisie miliaire diffuse du larynx. Celle-ci, je le répète, frappe d'emblée tout l'organe ou sa plus grande étendue, alors qu'il est encore sain ou ne présente que des lésions circonscrites et peu avancées ; elle ne procède pas par poussées successives, et les lésions destructives qu'elle détermine ne rétrocedent jamais.

Pronostic. — Quel est le pronostic de la tuberculose du larynx ? C'est là une question à laquelle la réponse semble facile, de prime abord. Comme il est malheureusement hors de doute que la grande majorité des malades atteints de tuberculose du larynx succombent au bout de quelques années, on en conclut que l'affection comporte un pronostic d'une extrême gravité, et sauf exceptions rares, inexorable. Mais si l'on veut examiner les choses de près, et, se rappelant que dans l'immense majorité des cas la tuberculose laryngée coïncide avec la phtisie pulmonaire, chercher quel rôle ont joué les lésions laryngées dans l'évolution de la maladie, quelles modifications elles lui ont imposées, et préciser exactement dans quelle mesure elles ont précipité la terminaison fatale, on s'aperçoit que la question devient complexe et ne peut être résolue aussi simplement. De plus, il importe de déterminer aussi le pronostic propre de la tuberculose laryngée considérée comme un localisation de l'infection bacillaire ; c'est-à-dire de rechercher si elle est susceptible de guérir ou de s'arrêter dans sa marche, de se rendre compte des conséquences qu'entraîne, par elle-même, son évolution complète, des accidents que peuvent déterminer certaines de ses complications locales éventuelles. Il convient donc, pour étudier le pronostic de la phtisie laryngée, d'examiner en premier lieu les modifications qui lui sont imposées par les lésions pulmonaires concomitantes et l'état du sujet, et ensuite ses variations suivant la forme anatomo-clinique de l'affection laryngée elle-même.

Mais nous ne pouvons nous dispenser, bien qu'en réalité cette question doive se rattacher plutôt à l'étude de la phtisie pulmonaire, de dire quelques mots des modifications qu'impose au pronostic de cette dernière la coexistence de lésions tuberculeuses du larynx. Cette complication, évidemment, est toujours fâcheuse. Mais il serait excessif de la considérer, dans tous les cas, comme un accident d'une gravité telle, que son apparition présage fatalement une aggravation progressive des lésions thoraciques. Certes, si la tuberculose envahit le larynx sous la forme miliaire aiguë diffuse, le malade est irrémédiablement perdu, à bref délai, dans tous les cas. Si elle s'y montre sous la forme infiltro-ulcéreuse et qu'elle frappe d'abord l'épiglotte, la certitude presque absolue de l'apparition précoce d'une dysphagie douloureuse dont les conséquences immédiates seront, d'abord la difficulté de l'alimentation, et ensuite l'inanition progressive, et les conséquences secondaires l'affaiblissement rapide du ma-

lade et l'extention consécutive de ses lésions pulmonaires, assombrit alors singulièrement le pronostic général de la maladie. Lorsque, sous cette même forme, elle débute par la région aryénoïdienne, la situation est un peu moins grave ; car l'affection laryngée peut marcher très lentement, ou rester longtemps stationnaire, et le malade peut, à l'exception de l'altération de la voix, n'en pas ressentir pendant longtemps de conséquences immédiatement fâcheuses. L'apparition de la période ulcéreuse, en annonçant l'imminence de la dysphagie douloureuse, en exposant le malade aux arthrites et aux périchondrites secondaires et à marche aiguë, ou bacillaires et à marche lente, ainsi qu'aux troubles dyspnéiques rapidement croissants ou lentement progressifs qui en sont assez souvent la conséquence, est toujours un signe des plus fâcheux. Peu importe que le poumon soit en ce moment encore dans un état relativement satisfaisant ; car, si la dysphagie ou la sténose glottique surviennent, les lésions pulmonaires s'aggraveront sûrement et rapidement, et l'état général du malade s'altérera fatalement à très bref délai. La forme catarrhale de la phtisie laryngée, tant qu'elle reste telle et qu'elle ne donne lieu qu'à des érosions des cordes vocales, n'influe pas sur les lésions pulmonaires. Il en est de même de la forme infiltro-ulcéreuse circonscrite périglottique, qui évolue très lentement. Dans ces deux cas, l'enrouement et l'aphonie peuvent être seuls, pendant bien longtemps, à déceler l'affection du larynx. La forme scléreuse et végétante, lorsqu'elle détermine de la sténose laryngée progressive par obstruction mécanique, ne tarde pas à entraîner des conséquences redoutables. Je ne parle pas seulement des cas extrêmes où la dyspnée aboutit à l'asphyxie, mais bien de ceux où, sans que le malade accuse de dyspnée quelque peu pénible, il existe cependant une diminution du calibre d'entrée des voies aériennes assez marquée pour qu'il en résulte une insuffisance respiratoire, toujours préjudiciable lorsqu'elle est continue, surtout lorsqu'elle atteint un malade auquel une large aération pulmonaire est d'autant plus nécessaire que ses poumons ne fonctionnent plus dans toute leur étendue. Les tumeurs tuberculeuses peuvent aussi avoir le même résultat.

On voit, d'après ce qui précède, que l'influence de l'affection laryngée sur la marche des lésions thoraciques est en somme assez variable, et qu'elle dépend de la forme anatomo-clinique de la laryngite, de la marche qu'elle suit, et surtout de l'apparition précoce ou tardive, ou de l'absence constante, pendant son évolution, de sténose glottique ou de dysphagie douloureuse. Dès lors, si, dans le plus grand nombre des cas, cette influence est fâcheuse et manifeste, dans beaucoup d'autres elle est douteuse ou nulle, et l'on n'est pas autorisé à déclarer que l'envahissement du larynx présage une terminaison rapide et prochaine, et fait perdre tout espoir de prolonger la vie du malade.

Aujourd'hui que le traitement de la phtisie pulmonaire n'est plus seulement symptomatique, que la curabilité de l'affection est démontrée, et que les formes plus particulièrement curables de la maladie commencent à être mieux connues, on ne cherche plus seulement, comme autrefois, à faire vivre les phtisiques, on s'efforce de les guérir. Dès lors, lorsqu'un phtisique vraisemblablement curable, c'est-à-dire dont la guérison est possible, et qui a déjà été manifestement amélioré par un traitement convenable, vient à être atteint des premiers symptômes d'une tuberculose laryngée, il devient d'une importance majeure de savoir si cette éventualité le condamne, et signifie l'impossibilité de sa guérison. La tuberculose du larynx qui, nous l'avons vu, est certainement susceptible de guérison

spontanée pendant une assez longue période de son évolution dans le plus grand nombre de ses formes cliniques, mais qui, d'autre part, semble guérir spontanément moins souvent encore que la tuberculose pulmonaire, est-elle susceptible de guérir sous l'influence de procédés thérapeutiques locaux, comme d'autres tuberculoses localisées, cutanées, ganglionnaires, osseuses, articulaires? Si oui, on peut espérer que, la guérison de la localisation tuberculeuse du larynx étant obtenue, celle du poumon ne cessera pas d'être possible ou probable. Sinon, on devra s'attendre à voir l'affection laryngée tuer le malade qui, sans elle, eût peut-être triomphé de l'affection pulmonaire. On peut, aujourd'hui, faire à cette question capitale une réponse ferme et précise, et affirmer que, dans certaines conditions, et lorsqu'elle se présente sous certaines formes anatomo-cliniques bien déterminées, la tuberculose du larynx est thérapeutiquement curable. Quelques-unes de ces formes cliniques ne sont guère susceptibles que de guérisons temporaires; mais d'autres peuvent être menées à une guérison complète et définitive, ou du moins de très longue durée, si le malade se soumet avec courage et persévérance aux soins d'un médecin auquel la mise en œuvre constante et prolongée, journalière et répétée, des manœuvres laryngoscopiques, ait assuré une expérience clinique et une habileté technique suffisantes pour qu'il puisse obtenir de la thérapeutique locale tout ce qu'elle est capable de donner.

Les formes curables sont, par ordre de curabilité : 1° les tumeurs tuberculeuses du larynx; 2° la tuberculose laryngée infiltro-ulcéreuse périglottique circonscrite; 3° la forme catarrhale; 4° la tuberculose laryngée scléreuse et végétante; puis, mais à un bien moindre degré, et d'autant plus malaisément que l'affection est plus ancienne et avancée : 5° la forme infiltro-ulcéreuse diffuse sans lésions de l'épiglotte; 6° la même forme avec lésions de l'épiglotte. Les chances de guérison, pour chacune de ces formes, sont d'autant plus grandes que les forces du malade sont mieux conservées, son appétit meilleur, qu'il tousse moins et soustrait plus complètement son larynx aux irritations extérieures et à l'exercice de la voix. Ces conditions, comme on voit, ne sont point connexes à l'étendue, et encore moins au degré des lésions pulmonaires. Celles-ci, fussent-elles à peine appréciables, très circonscrites, et à leur début, si le malade a de la fièvre, de l'anorexie, de la dépression et de l'accablement, il est dans des conditions infiniment moins favorables, au point de vue de l'efficacité du traitement endo-laryngé (ses lésions laryngées étant même très légères) qu'un malade ayant du ramollissement des sommets, des cavernes plus ou moins étendues, des lésions laryngées de même forme et plus avancées que le premier, mais ayant conservé de la vigueur, de l'appétit, et qui est demeuré exempt de symptômes fébriles.

Cette curabilité de la tuberculose laryngée atteint-elle un degré assez élevé pour qu'on puisse, étant donné un malade atteint d'une des formes les plus favorables, et se trouvant dans les conditions les meilleures, conclure que, dans ce cas particulier, l'intervention thérapeutique amènera vraisemblablement la guérison cherchée, et qu'au contraire un insuccès, bien que possible, n'est pas probable? Loin de là. La guérison complète et définitive, quelle que soit la forme de tuberculose laryngée à laquelle on ait affaire, doit être considérée, dans tous les cas, comme une exception à la règle. Cette exception est plus fréquente dans certaines formes, moins dans d'autres, mais elle ne cesse pas d'être rare. Quelques encourageantes que soient certaines publications récentes, elles ne doivent

pas cependant faire naître des espérances trompeuses : les statistiques dans lesquelles le nombre de guérisons diffère à peine de celui des insuccès doivent être regardées comme des séries exceptionnellement heureuses que leurs auteurs ne reverront qu'après des séries d'échecs autrement longues que les premières. Toutefois, il importe de ne pas perdre de vue qu'à côté de la guérison complète et définitive, qui est exceptionnelle, prennent place la guérison relative, c'est-à-dire la cicatrisation ou la transformation fibreuse des lésions, déjà beaucoup moins rare, puis la guérison temporaire, puis les améliorations, plus fréquentes encore, et, le maintien des lésions à l'état stationnaire, qui, dans certaines formes, la tuberculose scléreuse par exemple, est presque la règle lorsque le malade se soumet à une surveillance régulière et constante. Ce qu'il importe de savoir, c'est que la guérison de la tuberculose du larynx ne doit pas faire plus particulièrement espérer celle des poumons, car elle peut être obtenue sans que la marche des lésions pulmonaires soit modifiée, et beaucoup de malades guéris de leur larynx succombent à leur affection pulmonaire. Bien que ces faits puissent se voir, ainsi que j'en ai cité plus haut des exemples, chez des malades dont le larynx n'a été soumis à aucun traitement local, et puissent alors être considérés comme des cas de guérison spontanée, ils sont cependant beaucoup moins rares chez les sujets qui ont guéri à la suite d'interventions endo-laryngées continuées jusqu'à la disparition des lésions. L'écart est assez considérable pour que l'efficacité du traitement local ne puisse être mise en doute et que les auteurs soient d'accord sur ce point, et ne se séparent que sur le degré de cette efficacité, les conditions qui la favorisent, les indications et la valeur relative des diverses méthodes et des différents médicaments topiques dont nous parlerons plus tard à l'occasion du traitement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la tuberculose du larynx ne présente de difficultés sérieuses que dans un certain nombre de cas particuliers. Dans sa forme catarrhale, elle ne peut guère être confondue qu'avec une laryngite catarrhale subaiguë prolongée simple, ou avec une laryngite syphilitique secondaire érythémateuse à caractères mal accusés, ou une laryngite de même nature à forme érosive.

Lorsque le sujet ne présente pas de signes nets de tuberculisation pulmonaire, mais que l'auscultation laisse l'oreille indécise, que l'état général du sujet s'est manifestement altéré depuis peu, on peut craindre à bon droit la spécificité d'une laryngite catarrhale à peine subaiguë, ne présentant pas de caractères objectifs particuliers, mais dont le début insidieux remontant à six semaines ou deux à trois mois, la marche d'abord intermittente, puis continue, ne trouvent pas d'explication étiologique satisfaisante. La présence d'érosions ne pourra éclairer le diagnostic que si celles-ci n'ont pas les caractères propres aux érosions catarrhales, et présentent l'apparence propre aux lésions érosives tuberculeuses. Je ne reviendrai pas ici sur la description de ces lésions, qui a déjà été faite ailleurs.

Si le sujet, suspect de tuberculose ou reconnu tuberculeux, a pris récemment la syphilis, il importe de déterminer la nature des lésions laryngées qu'il présente; car, bien que la syphilis du larynx l'expose grandement à la tuberculose laryngée consécutive, le pronostic sera cependant infiniment plus grave si celle-ci est déjà en cause que si les lésions sont syphilitiques. Là encore les caractères objectifs, le siège, la disposition des érosions feront reconnaître si les