

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

lésions sont catarrhales, tuberculeuses ou syphilitiques dans les cas où celles-ci ne présenteront rien d'exceptionnel. Dans les cas douteux, l'absence de signes physiques d'auscultation quelque peu nets, la constatation d'une polyadéno-pathie cervicale indolente, coïncidant avec des traces de l'accident primitif et de l'adéno-pathie inguinale, ou mieux encore avec des syphilides papulo-érosives bucco-pharyngées, permettront d'attribuer les troubles de l'état général à la syphilis, et d'éliminer la tuberculose laryngée. Au contraire l'absence de lésions syphilitiques actuelles de la gorge et d'ailleurs, l'ancienneté relative de l'infection vénérienne, la pâleur de la voûte palatine et de la gorge, seront des signes de présomption de grande importance en faveur de la tuberculose, si, même en l'absence de signes d'auscultation caractéristiques, l'hérédité, la notion d'une pleurésie antécédente, l'altération de l'état général sans cause qui puisse l'expliquer, plaident en faveur d'une prédisposition certaine à la phtisie pulmonaire⁽¹⁾.

L'érythème syphilitique secondaire, que je crois être le seul vraiment spécifique et que je distingue des hyperémies laryngées ou des laryngites érythémateuses simples, ne durant jamais plus d'une semaine, dont les syphilitiques sont très fréquemment atteints pendant la période secondaire et souvent beaucoup plus tard encore, présente des caractères trop particuliers pour être confondu avec une laryngite tuberculeuse catarrhale au début; et, même lorsque son apparition tardive, l'absence de lésions nettement caractéristiques concomitantes, tant au pharynx qu'ailleurs, et le faible degré de l'adéno-pathie cervicale ne facilitent pas son diagnostic, l'erreur n'est que rarement excusable.

La forme infiltro-ulcéreuse diffuse du larynx est facile à reconnaître dans la grande majorité des cas. J'ai suffisamment insisté sur les caractères objectifs différentiels des lésions ulcéreuses et des infiltrations, leurs sièges de prédilection, ainsi que sur la marche ordinaire des accidents si différente dans la syphilis tertiaire de ce qu'elle est dans la tuberculose, pour y revenir ici. Je me bornerai à appeler encore une fois l'attention sur la possibilité de la tuberculisation secondaire d'une lésion ulcéreuse syphilitique⁽²⁾, et à indiquer le moyen le plus sûr de trancher le diagnostic dans les cas douteux : la recherche des bacilles tuberculeux dans les produits de raclage des ulcérations, dont la valeur diagnostique est décisive si elle donne un résultat positif, en l'absence de lésions pulmonaires encore nettement appréciables, mais n'est réelle, en cas de résultats négatifs, que si les recherches ont porté sur de nombreuses préparations et sur des points différents.

Les cas les plus embarrassants sont ceux qu'on observe chez des sujets manifestement syphilitiques et présentant des traces de lésions tardives, héréditaires ou non, et dont les ulcérations siègent à l'épiglotte. Les ulcérations tuberculeuses profondes et précoces, multiples et siègeant au bord libre, en partie détruit, et à la face linguale, peuvent se voir alors que la région postérieure du larynx ne présente que des signes d'inflammation, de la rougeur et de la tuméfaction diffuse modérées. En pareil cas, en l'absence de signes d'auscultation ou de symptômes généraux, l'examen bactériologique est parfois le seul moyen de faire un diagnostic ferme sans attendre que la marche des lésions puisse lui servir de base.

⁽¹⁾ Consultez la thèse de M. MOURE, *De la syphilis et de la phtisie laryngées au point de vue du diagnostic*, Paris, 1879.

⁽²⁾ Voyez SCHNITZLER, *Wien. med. Presse*, 1886. — CARDONE, *Arch. ital. de laringologia*, 1886. — GRÜNDWALD, *Münch. med. Woch.*, 1887. — LUC, *Arch. de laryngologie*, 1890.

Il est à peine nécessaire de parler des différences que la tuberculose infiltro-ulcéreuse diffuse présente avec le cancer du larynx, tant à la période d'infiltration qu'à sa période ulcéreuse. Il ne peut s'agir ici que de cancer diffus; or, son unilatéralité persistante, ses caractères objectifs avant et après l'ulcération, déjà indiqués à l'occasion du diagnostic des lésions syphilitiques du larynx, l'immobilité précoce de la corde vocale où il siège, la coloration de la muqueuse, l'intégrité de la corde opposée, l'âge du malade, plus tard l'odeur de l'haleine, la conservation d'un bon état général pendant une longue période de l'évolution de la lésion, en même temps que l'absence de tout signe de tuberculose, ne permettent pas de confondre les deux affections⁽¹⁾.

C'est surtout lorsqu'il s'agit d'une tuberculose à forme infiltro-ulcéreuse périglottique circonscrite, quand il n'existe encore qu'une ulcération d'une corde vocale, siègeant sur la face supérieure et le bord libre, que le diagnostic avec la syphilis est délicat, lorsqu'il s'agit d'un individu vigoureux encore, n'ayant que des signes d'auscultation douteux, ne toussant pas ou ne toussant que peu, et présentant d'autre part des traces de lésions syphilitiques tertiaires caractéristiques, ou affirmant avoir été atteint quelques années auparavant de syphilis constitutionnelle manifeste. A la période d'infiltration, le diagnostic différentiel se basera sur la forme irrégulièrement mamelonnée, l'aspect terne, mat et dépoli, la coloration rosée de la saillie tuberculeuse qui ne varie pas jusqu'à l'apparition de l'ulcération, alors que la gomme passe très rapidement du rouge au jaunâtre durant la même période, augmente plus rapidement de volume, a une surface plutôt lisse, une forme plus régulièrement arrondie, ou du moins plus régulièrement bosselée, si par exception elle présente cet aspect. A la période d'ulcération, la nature syphilitique de la lésion s'affirmera par ses bords taillés à pic, entourés d'un halo rouge, qui manque dans le cas d'ulcération gommeuse tuberculeuse, dont l'ulcération vient, en diminuant peu à peu de profondeur, atteindre des bords plats et ne s'accusant que par la démarcation qu'ils forment entre l'ulcération grisâtre et la muqueuse uniformément rose ou rouge dans une étendue assez considérable. Si l'ulcération tuberculeuse siège au niveau du bord libre et de la face inférieure de la corde vocale, la rareté des gommages syphilitiques gommeux, superficiels, jaunâtres, à contours sinueux, et les ulcérations qui leur succèdent risquent certainement moins que les gommages circonscrites de donner lieu à une erreur.

Si l'âge du malade, l'absence de signes physiques de probabilité de tuberculose pulmonaire et la conservation absolue de la santé générale faisaient douter de la nature bacillaire de la lésion sans que l'anamnèse permette de la rattacher à la syphilis, on devrait éliminer la possibilité d'un épithélioma de la corde vocale au début. En cas d'épithélioma, les limites de la saillie sont indécises, la corde où elle siège est le plus souvent congestionnée ou enflammée, alors que la corde saine a conservé son intégrité, sa blancheur, son aspect nacré, si le sujet ne présente pas de laryngite chronique antécédente. La tumeur est

⁽¹⁾ Le cancer *pharyngo-laryngé*, ou cancer à cheval, à l'inverse du cancer intra-laryngé, détermine de la dysphagie douloureuse, et peut entraver l'alimentation du malade, qui s'affaiblit rapidement et parfois se tuberculise. J'ai observé un cas de ce genre, dont mon regretté maître le professeur TRÉLAT a rapporté l'histoire (*Clinique chirurgicale*, tome II, p. 154). Quand on n'observe un de ces malades que lorsqu'il est déjà atteint de tuberculose du poumon, le diagnostic peut présenter quelques difficultés. Toutefois l'aspect des lésions et l'odeur de l'haleine font reconnaître la nature de l'affection laryngée. En pareil cas, la présence presque constante d'adéno-pathie cervicale vient encore en aide au diagnostic.

tantôt d'un rouge sombre foncé et lisse bien que mamelonnée, tantôt elle est d'une coloration plutôt bleuâtre ou grisâtre, peu uniforme et en même temps rugueuse et d'aspect nettement verruqueux ; or, l'un et l'autre de ces deux aspects ne se rencontrent pas en cas de tuberculose. Mais la tumeur épithéliomateuse peut ne pas être aussi bien caractérisée : on pourrait cependant alors diagnostiquer encore très sûrement sa nature, si l'on constatait que la corde vocale où elle siège, sans présenter de signes de paralysie ou de parésie, se meut plus difficilement et moins largement que la corde saine. C'est là un signe dont j'ai déjà indiqué précédemment la très grande valeur diagnostique.

Les tumeurs tuberculeuses du larynx, molles, friables, et non fermes comme les productions épithéliomateuses le sont d'ordinaire même lorsqu'elles sont plutôt pédiculées que sessiles et superficielles que pénétrantes, seront souvent prises pour des papillomes. Ces derniers d'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit, peuvent s'observer chez les phtisiques en même temps que des lésions tuberculeuses laryngées ne donnant lieu qu'à des signes de catarrhe diffus. L'examen histologique de ces polypes, dont l'ablation est facile en raison de leur friabilité, fera seul reconnaître exactement leur nature.

Je ne reviendrai pas ici sur les difficultés que peut présenter dans certains cas le diagnostic de la pachydermie laryngée simple ou alcoolique, ou encore post-syphilitique, avec la phtisie laryngée à forme scléreuse, fibreuse et végétante. J'ai déjà indiqué certains caractères que présente souvent cette dernière et qui manquent presque toujours dans les autres : on pourra assez souvent les utiliser comme moyen de diagnostic. Lorsque les signes cliniques ne suffiront pas à déterminer la nature de l'affection, on devra recourir à l'examen histologique de fragments de la muqueuse végétante ou épaissie enlevés avec la pince tranchante. Si l'on y trouve des follicules tuberculeux ou qu'on y colore des bacilles, la question sera tranchée ; mais au cas où l'on ne trouverait ni bacilles, ni tubercules, et seulement des lésions d'inflammation chronique à forme hypertrophique, la probabilité de la tuberculose ne serait pas pour cela diminuée à un degré quelconque, et la constatation faite n'aurait aucune valeur.

La tuberculose miliaire laryngée aiguë diffuse est tellement différente, tant que les granulations n'ont pas été toutes remplacées par des ulcérations, déjà confluentes pour la plupart, de toutes les autres affections non tuberculeuses du larynx, qu'il n'est pas possible de les méconnaître même lorsqu'on les voit pour la première fois. Leur coloration grise et transparente, et plus tard jaune et opaque, leurs dimensions toujours égales entre elles dans chaque cas et dans tous les cas, leur forme arrondie et régulière, leur surface lisse, leur disposition en semis également réparti sur les deux moitiés de l'organe, en plus grand nombre au niveau de la région aryénoïdienne et des bandes ventriculaires que sur l'épiglotte et ses replis, ainsi que les cordes vocales, les différencient nettement des vésicules herpétiques, seule lésion qui s'en rapproche assez pour lui être comparable. Dans beaucoup de cas cependant, lorsqu'on verra apparaître chez un tuberculeux déjà avancé un semis de nodules jaunâtres sur les bandes ventriculaires et la région aryénoïdienne, on devra penser à la tuberculose des glandes acineuses ; et il ne sera plus douteux que c'est bien à cette variété qu'on a affaire, si l'on constate les mêmes lésions sous la glotte et dans la trachée, en arrière. Mais, dans les autres cas, la coexistence de lésions tuberculeuses pharyngées ou nasales, ou de lésions pulmonaires au début seulement, la gravité

des symptômes généraux, la douleur aiguë à la déglutition qui est le symptôme dont les malades se plaignent tout d'abord et demandent instamment à être soulagés, assureront le diagnostic dès le début ; et la marche des accidents permettra encore, lorsque le larynx sera déjà infiltré et ulcéré de toutes parts, de se rendre compte de la façon dont l'affection a débuté, de la gravité de son pronostic, et malheureusement aussi de l'impuissance de la thérapeutique non seulement à guérir la maladie, mais encore à pallier ses symptômes et à calmer la douleur.

Traitement. — Le traitement général de la tuberculose laryngée se confond avec celui de la tuberculose pulmonaire concomitante, ou tout au moins imminente (en cas de laryngite primitive). Dans le premier cas, il améliorera l'état de la poitrine dans les cas favorables ; dans le second, il agira comme préventif de la phtisie des poumons. Dans les deux cas, il améliorera l'état général, et mettra l'organisme en meilleure posture dans sa lutte contre l'infection et l'intoxication tuberculeuses.

Le traitement hygiénique de la phtisie (cure d'air, cure de repos, cure d'alimentation) sera étudié en détail dans l'article consacré à la tuberculose pulmonaire ; je n'ai donc rien à en dire ici. Toutefois, j'insisterai sur un point controversé et de la plus haute importance : quoi qu'on en ait dit, l'existence de lésions laryngées chez un phtisique n'est nullement une contre-indication à l'aération continue. Le phtisique laryngé doit dormir la fenêtre ouverte, comme celui dont le larynx est indemne. On devra seulement, en pareil cas, redoubler de précautions lorsqu'on instituera ce traitement, et procéder très progressivement pour obtenir l'accoutumance nécessaire.

Le traitement pharmaceutique se réduit à bien peu de chose : des innombrables médicaments conseillés ou vantés contre la phtisie, quatre ou cinq seulement ont fait leurs preuves : l'huile de foie de morue, le tannin, la créosote, l'arsenic, le phosphate ou mieux l'hypophosphite de chaux. Je crois que parmi eux le tannin mérite une place prépondérante : chez les phtisiques non cavitaires qui mangent, et lorsqu'il est bien supporté, il donne souvent des résultats inespérés.

Il faut prescrire le tannin à l'alcool chimiquement pur, à la dose de 6 à 10 grammes par jour, pris en cachets, en trois fois, à la fin de chacun des trois repas de la journée. On peut même dépasser ces doses : j'ai suivi de très près un malade qui a pris 12 grammes par jour de tannin de Merck pendant six mois consécutifs et presque sans interruption, sans en ressentir d'inconvénients et pour le plus grand bien de ses poumons. A ces doses, le tannin ne constipe pas. Le remède est éliminé par les urines, qui noircissent un peu à l'air après l'émission, et dans lesquelles le perchlorure de fer décèle la présence de l'acide gallique. La médication tannique intensive agit d'abord sur l'état général, qui s'amende assez rapidement dans les cas favorables. Elle agit ensuite sur les lésions de la poitrine, dont l'auscultation fait constater l'amélioration progressive. Ces faits, signalés déjà par Woillez, Raymond et Arthaud, Daremberg, Cuffer, H. Barth, et d'autres, chez des malades prenant des doses de tannin très inférieures à celles que je prescris, méritent d'être mieux connus. Mais, je le répète, si l'on veut les constater, il faut prescrire le tannin à l'alcool chimiquement pur : le tannin à l'éther n'est pas supporté à hautes doses par l'estomac, si pur qu'il puisse être.