

des symptômes les plus pénibles. Dans certains cas, assez rares il est vrai, l'expectoration peut contenir des fragments de la tumeur.

Comme la salivation, l'haleine prend une odeur fétide, au point de gêner l'entourage.

Avec la période ulcéreuse, il faut redouter les hémorragies (Fauvel). Tantôt les crachats sont simplement rosés et sanguinolents; mais parfois aussi l'hémorragie est assez abondante pour inquiéter le malade et même le médecin; dans certains cas, elle peut occasionner une mort foudroyante. En tout cas, c'est un symptôme grave et d'une grande importance diagnostique et pronostique. On peut affirmer que toute néoplasie laryngienne avec hémorragie est de nature maligne.

A la gêne mécanique de la déglutition viennent s'ajouter des douleurs extrêmement vives. Ces douleurs peuvent être provoquées par la pression ou elles sont spontanées, lancinantes, siégeant soit dans la profondeur même de l'organe, soit dans le pharynx, et irradiant vers l'oreille.

Les troubles respiratoires, très marqués, sont un danger incessant pour la vie du malade. La péri-chondrite, les lésions articulaires, les proliférations de la tumeur, rétrécissant de plus en plus la glotte, déterminent une dyspnée qui, d'abord intermittente, ne tarde pas à s'établir d'une façon continue. La respiration acquiert une rudesse toute spéciale que l'on a très justement qualifiée de « ligneuse » (Fauvel). Les accès de suffocation se rapprochent, éclatent sous l'influence des causes les plus légères : la trachéotomie s'impose d'urgence.

Au palper, le larynx paraît hypertrophié dans sa masse. Le cartilage thyroïde, élargi et d'une dureté particulière, donne la sensation d'une carapace de crustacé (Isambert).

L'adénopathie, rare tant que le cancer restait limité à la cavité du larynx, devient la règle dès que le néoplasme a franchi les limites de l'organe vocal; l'engorgement ganglionnaire augmente rapidement; les parties voisines s'empâtent et forment autour du cou une véritable cuirasse. Si les ganglions péri-trachéaux se trouvent envahis, la compression des nerfs récurrents détermine une paralysie des cordes vocales.

Au laryngoscope, on voit ce larynx obstrué par une masse bourgeonnante, à surface ulcérée, sanieuse (forme polypoïde); ou bien l'ulcération, d'abord superficielle, gagne en profondeur. Le fond se recouvre d'une épaisse sécrétion muco-purulente, tandis que les bords bourgeonnants sont entourés d'une muqueuse infiltrée, très vascularisée, d'une coloration intense. Le cancer siége-t-il à l'épiglotte, le fibro-cartilage prend l'aspect d'un énorme champignon

bourgeonnant, recouvrant l'entrée du larynx et masquant la profondeur.

Terminaison. — La marche de la maladie s'accroît alors rapidement; la cachexie devient de plus en plus marquée; des fusées purulentes se produisent, amenant de vastes décollements, des fistules bourgeonnantes. Le néoplasme gagne la trachée, envahit la plaie de la canule, si la trachéotomie a été pratiquée, et le malade meurt, au milieu des plus vives souffrances, épuisé par les hémorragies et l'inanition ou emporté dans un accès de dyspnée.

Diagnostic. — *Période de début.* — Le diagnostic est très difficile à cette période. Il doit être fait : 1° avec les *tumeurs bénignes* (polypes): le siège et l'aspect différent (cordes vocales inférieures, autres localisations exceptionnelles, tumeurs gris rosé, ordinairement pédiculées); la muqueuse environnante est saine; — 2° avec les *laryngites chroniques* simples ou hypertrophiques (lésions diffuses, ordinairement des deux côtés, localisées aux cordes vocales et à la région aryténoïdienne, de coloration rouge; pas de douleur); — 3° avec la *phthisie polypiforme* (espace inter-aryténoïdien, cordes vocales inférieures). Il faut, en tout cas, tenir compte de l'âge, des antécédents, de l'état général du malade et faire l'*examen histologique* des fragments enlevés.

Période d'état. — Le diagnostic positif, symptomatique, se fait par la douleur, la salivation, les hémorragies, l'adénite, la cachexie. Le diagnostic différentiel laryngoscopique doit être fait avec : 1° les gommes syphilitiques (ulcérations à fond grisâtre, entourées d'un cercle rouge, à évolution très rapide depuis l'infiltration, souvent bilatérales; lésions simultanées du voile et du pharynx; essai du traitement ioduré); 2° les ulcérations tuberculeuses (pâleur du voile et du larynx, infiltration de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, des aryténoïdes, caractère des ulcérations, auscultation pulmonaire); 3° le lupus (ulcération granuleuse, rouge; pas de sécrétion, pas de douleur).

Pronostic. — Il est toujours fatal, qu'on ait recours ou non aux opérations, qui ne peuvent que prolonger la vie du malade. La récurrence est en effet la règle. Le carcinome aurait une marche plus rapide que l'épithélioma et que le sarcome.

Traitement. — Le traitement est médical ou chirurgical. Le traitement chirurgical (ablation endo-laryngienne, laryngotomie, extirpation partielle, extirpation totale) ne doit pas nous occuper ici.

Le traitement médical est purement palliatif. Contre les douleurs, on emploiera les préparations opiacées, les attouchements à la glycérine morphinée (1/15), à la glycérine cocaïnée (1/50-1/10), les pul-

vérifications au chloral (1/100), les insufflations de poudre de morphine (15 milligrammes à 3 centigrammes à égale partie avec de l'amidon, une ou deux fois par jour). Contre la dysphagie, on emploiera la sonde œsophagienne, les lavements nutritifs; contre les accès de suffocation et l'asphyxie, la trachéotomie. La trachéotomie donne en moyenne une survie de huit mois, parfois de plusieurs années. Dans un grand nombre de cas, ses résultats sont supérieurs à ceux de la laryngectomie; pour certains auteurs, elle reste le traitement de choix.

H. CUVILLIER.

ŒDÈME DE LA GLOTTE

Définition. — L'œdème de la glotte est une affection grave, caractérisée par l'infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. On la désigne aussi sous le nom de laryngite ou angine laryngée œdémateuse, de laryngite phlegmoneuse, d'œdème aigu du larynx.

Historique. — Signalé par Morgagni, l'œdème de la glotte a été surtout étudié par Bayle (1808), qui le désigna sous ce nom, puis par une série d'auteurs français : Cruveilhier, Valleix, Bouillaud et surtout Sestier, qui écrivit en 1852 un mémoire qui a fait époque dans l'histoire de cette affection.

Étiologie. Pathogénie. — L'œdème de la glotte n'est pas, ainsi que le voulait Sestier, une entité morbide bien définie. C'est un syndrome commun à un grand nombre d'affections, et d'affections les plus diverses. Il s'observe, en effet, principalement comme complication des grandes maladies du larynx, mais aussi dans bon nombre de maladies générales.

Parmi les causes prédisposantes, l'âge et le sexe masculin semblent jouer un certain rôle. L'enfant n'en est que rarement atteint : 17 fois sur 215 cas, d'après Sestier; une statistique de Virchow donne des résultats analogues : sur 210 cas, 144 chez les hommes, 40 chez les femmes, 21 chez les enfants.

Causes déterminantes. — L'œdème de la glotte peut être spontané. Il s'observe alors à la suite d'exposition au froid. Cet œdème dit spontané et dont la pathogénie est encore fort obscure, est mis en doute par certains auteurs (Gottstein). On l'observe sur les individus débilités antérieurement par une maladie, par un excès de fatigue, etc.

Trousseau, et avec lui beaucoup d'autres auteurs, en ont cité des cas tels que le suivant : un ivrogne s'endort au froid et est atteint au bout de quelques heures d'œdème de la glotte. On suppose, sans qu'aucune preuve puisse en être donnée, que l'action de la température peut produire, suivant les cas, tantôt une laryngite catarrhale simple, tantôt l'œdème de la glotte.

Une grande obscurité enveloppe également l'étiologie d'une forme particulière d'œdème laryngé, appelée œdème vaso-paralytique. Signalé par Strübing¹, cet œdème évolue en quelques heures, spontanément ou sous une influence thermique. Il s'accompagne souvent d'œdème du cou et de la face. Il y a du tirage et un tableau assez semblable aux crises laryngées du tabes. D'après Strübing, cet œdème serait dû à une excitation des vaso-dilatateurs, accompagnée d'une perméabilité exagérée des parois vasculaires.

En dehors de ces cas, on peut distinguer deux grands ordres de causes de l'œdème de la glotte : 1° l'œdème est consécutif à une laryngite ou à une lésion voisine du larynx ; 2° il survient sans qu'il y ait de laryngite primitive, ni d'affection de voisinage.

I. — L'œdème glottique s'observe le plus souvent comme épiphénomène ou comme complication d'une maladie du larynx. C'est un œdème de voisinage. Les traumatismes, les plaies du larynx, accidentelles ou chirurgicales, les corps étrangers peuvent le déterminer. Il en est de même des brûlures. Dans certains pays du Nord, en Angleterre, en Amérique, on observe assez fréquemment l'œdème glottique chez les enfants qui, buvant au goulot de la théière, se brûlent la bouche et l'arrière-gorge. L'inhalation d'air surchauffé, le froid excessif, les empoisonnements par les acides forts et les alcalis caustiques peuvent également le déterminer. L'iodure de potassium, à dose toxique pour certains individus, a déterminé parfois des accidents graves d'œdème glottique (Fournier).

Mais de toutes les causes, les plus fréquentes sont les laryngites infectieuses. Les laryngites dues à la syphilis, à la tuberculose, à la morve, à la diphtérie, à la fièvre typhoïde, les lésions que l'on observe dans les périchondrites, la gangrène, le cancer du larynx, la pachydermie, peuvent se compliquer d'œdème de la glotte. Nous mentionnerons, à propos de la tuberculose, les poussées d'œdème provoquées par l'injection de tuberculine chez les individus atteints de laryngite tuberculeuse (Virchow). L'érysipèle, la variole, plus rarement l'infection puerpérale, la pyohémie, puis, à titre d'exception, le charbon (Straus) à la suite de pustule maligne de la face, la rage, la vaccination peuvent également l'amener.

¹ Zeitschrift für klin. Med., Bd. IX.

C'est une complication qu'on peut encore voir survenir, non plus au cours d'une laryngite infectieuse, ulcéreuse ou non, mais à la suite d'une lésion des régions voisines. Les abcès rétro-pharyngiens, les abcès des amygdales, des glandes parotides ou sous-maxillaires, les bubons suppurés, diphtériques ou scarlatineux, les opérations sur le cou, peuvent s'en compliquer.

Cet œdème de voisinage, survenant à la suite de laryngites infectieuses, aiguës ou chroniques, ulcéreuses ou non, a une pathogénie complexe. Il s'explique dans certains cas par la théorie de l'œdème collatéral de Virchow, qui consiste en ceci : au niveau des ulcérations, le travail inflammatoire provoque des obstructions vasculaires amenant une gêne circulatoire, d'où résulte l'infiltration séreuse des parties voisines des ulcérations. Dans les cas où il y a une infiltration séro-purulente du larynx, l'œdème est franchement inflammatoire et se produit par le même mécanisme que l'infiltration semblable du tissu cellulaire sous-cutané dans un phlegmon. Dans tous les faits de cet ordre l'œdème laryngé se produit suivant deux mécanismes souvent associés : celui de l'œdème proprement dit et celui de l'inflammation suppurative; c'est moins une simple hydropisie qu'une hydro-phlegmasie.

II. — L'œdème de la glotte peut encore être déterminé par stase; les conditions pathogéniques de cet œdème sont celles de l'œdème ordinaire. On l'observe dans les affections cardio-pulmonaires, dans les états dyscrasiques pouvant amener de l'œdème en général, dans les maladies des reins de quelque cause qu'elles soient (mal de Bright, scarlatine, néphrite interstitielle), dans la cirrhose alcoolique, les cachexies syphilitique et paludéenne, la dégénérescence amyloïde, les cancers autres que les cancers du larynx. Toutes les affections hydropigènes peuvent se compliquer d'œdème glottique, sans qu'il y ait de laryngite primitive. Les compressions veineuses produites par une tumeur du médiastin peuvent également le provoquer.

Anatomie pathologique. — La lésion caractéristique de l'œdème de la glotte consiste en une infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx. On vient de voir le grand nombre de causes diverses qui peuvent déterminer cette affection; il s'ensuit que la nature du liquide transsudé est également très variable, suivant les cas. Ce liquide peut être séreux, séro-purulent, ou même parfois hémorragique.

Le siège de l'œdème est également variable. Suivant la région infiltrée, l'œdème est dit *sus-glottique*, *glottique* ou *sous-glottique*. L'œdème glottique vrai (Cruveilhier) qui siège sur les cordes vocales inférieures est des plus rares. L'expression « œdème de la glotte »

est donc inexacte au sens littéral dans la plupart des cas. L'œdème sous-glottique est encore moins fréquent (Ziemssen, Rauchfuss); il est extrêmement grave. C'est l'œdème sus-glottique que l'on observe le plus souvent. Le siège de l'infiltration est, par ordre de fréquence, les replis glosso- et aryténo-épiglottiques, les cordes vocales supérieures et les ventricules. L'épiglote s'œdématie, surtout lorsque l'inflammation a débuté par le pharynx.

M. Gouguenheim, reprenant les expériences de Sestier, a déterminé expérimentalement les conditions de production et la marche de l'œdème. Cet œdème, contrairement à ce que pensait Sestier, peut envahir tout le larynx.

Les lésions macroscopiques, dont on peut étudier la marche et l'évolution à l'aide du laryngoscope, sont les suivantes : au début, la muqueuse est rouge et injectée, puis il survient du gonflement. La muqueuse devient alors *pâle*, lisse et tendue. Les replis aryténo-épiglottiques forment des bourrelets d'un jaune rougeâtre, qui obtèrent plus ou moins les ventricules et rétrécissent le conduit laryngien. L'épiglote, si elle est prise, se rencontre sous la forme d'une tumeur arrondie qui peut obstruer l'entrée du larynx. L'infiltration peut envahir les parties voisines et gagner le tissu cellulaire du cou. Dans ces cas fort graves et consécutifs surtout aux maladies infectieuses, on trouve à l'autopsie l'aspect suivant : la muqueuse, de rouge et tuméfiée qu'elle était pendant la vie, est devenue pâle, plissée et ridée, semblable « à la peau de la main d'une lessiveuse » (Lennox Browne).

Au point de vue histologique, le liquide qui infiltre les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux contient, dans les cas ayant une origine inflammatoire, de grandes cellules granuleuses, des globules sanguins, des leucocytes. Dans certains cas, les derniers éléments, très abondants, donnent un aspect puriforme au liquide transsudé. Il faut faire une mention à part pour le gonflement des replis aryténo-épiglottiques observé chez les tuberculeux. L'œdème est ici provoqué par une véritable infiltration de matière tuberculeuse (Dolérès, Gouguenheim¹).

Dans les œdèmes consécutifs aux maladies hydropigènes, le liquide est transparent comme la sérosité de l'œdème et contient parfois un réticulum fibrineux. Il est souvent retenu et comme emprisonné dans les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux, dont une pression peut seule le faire sortir.

Symptômes. — A. *Signes fonctionnels.* — L'œdème de la glotte

1. DOLÉRIS (Arch. de physiologie, 1877). — GOUGUENHEIM (Soc. médicale des hôpitaux, 1878).

peut ne pas avoir de signes qui lui soient propres et se révéler subitement par un accès de suffocation mortel. Dans les cas ordinaires ce sont surtout les *phénomènes respiratoires* qui dominent la scène. Le malade éprouve tout d'abord une sensation de constriction et de gêne au niveau du pharynx, puis une sensation pénible de corps étranger dont il cherche à se débarrasser en avalant sa salive ou en toussant. Dès le début, l'inspiration devient difficile, bruyante et pénible. L'expiration est d'abord assez facile¹, puis à mesure que l'œdème augmente, elle devient de plus en plus pénible, et l'on assiste alors au tableau de l'asphyxie. La dyspnée, lente et continue, est traversée par de violents accès paroxystiques de suffocation. Le tirage inspiratoire s'accompagne dans certains cas d'un bruit de cornage². « Le malade a quelque chose d'effrayant, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisse-lante de sueur » (Trousseau).

Par contre, dans certains cas, dans le mal de Bright par exemple, on voit l'œdème de la glotte, dûment constaté à l'aide du miroir laryngien, ne donner lieu à aucun phénomène respiratoire.

La *voix*, souvent peu modifiée (les cordes vocales étant ordinairement intactes), peut être rauque, éteinte; il y a parfois une aphonie complète.

La *toux*, souvent douloureuse, ne s'observe que dans les œdèmes d'origine inflammatoire. Elle est provoquée par les efforts que fait le malade pour se débarrasser de la sensation de constriction qui l'opresse.

La *déglutition* est douloureuse, surtout quand l'épiglotte est touchée.

La *douleur* est très variable. En dehors de la déglutition les sensations douloureuses provoquées sont assez rares. Parfois les moindres mouvements du cou déterminent de la douleur.

B. Signes physiques. — Le laryngoscope permet de reconnaître facilement l'œdème de la glotte. S'il est lié à une affection inflammatoire aiguë, on constatera une coloration rouge foncé et l'injection de la muqueuse, ainsi que la déformation de la région atteinte, qui est globuleuse, lisse et tendue. Dans les cas chroniques, quand

1. On a attribué cette dyspnée surtout inspiratoire à ce que les replis aryéno-épiglottiques tuméfiés se renversent en dedans sous l'action de la colonne d'air inspirée et retombent sur l'orifice laryngien, tandis qu'ils se laissent soulever et en même temps écarter par l'air expiré. Mais ce mode de dyspnée fait, dans certains cas, absolument défaut, notamment dans les infiltrations tuberculeuses, où les replis sont indurés et immobiles (Gouguenheim). La dyspnée serait due surtout à l'action des muscles : paralysie des dilatateurs ou spasme des constricteurs de la glotte.

2. Le bruit de drapeau, signalé par Sestier, et s'entendant à l'expiration, n'a pas de valeur.

l'œdème est lié à une maladie du cœur ou des reins, ou consécutif à une cirrhose du foie, la coloration est moins intense. Dans les cas consécutifs à une maladie générale aiguë, l'aspect de la muqueuse, au laryngoscope, est variable. Colorée en rouge et par plaques dans la scarlatine, couleur de chair dans l'érysipèle, rouge sombre dans la fièvre typhoïde, la muqueuse montre des pustules dans la variole. Les brûlures par eau bouillante œdématisent surtout l'épiglotte. Enfin, dans les cas de traumatisme, l'examen par le miroir permettra de constater *de visu* les excoriations ou les plaies qui ont déterminé la formation de l'œdème.

L'exploration digitale, consistant à enfoncer l'index par la bouche jusqu'au larynx, est dangereuse, parce qu'elle peut provoquer des crises dyspnéiques, et doit être rejetée. Elle ne donne d'ailleurs que des résultats insuffisants.

C. Symptômes généraux et marche. — Les signes généraux sont des plus variables. Tantôt on notera une fièvre plus ou moins intense, tantôt on n'observera aucun symptôme concomitant en dehors des troubles fonctionnels cités plus haut.

Il est difficile de donner un tableau général de la marche que suit l'œdème de la glotte. On peut dire seulement que les œdèmes aigus inflammatoires évoluent rapidement, se terminant en quelques jours par la mort ou par la guérison, avec ou sans trachéotomie. Les œdèmes chroniques évoluent plus lentement et peuvent durer de quatre à cinq semaines. On observe assez fréquemment des rémissions dans cette affection. Le malade éprouve par intervalles du soulagement, un bien-être relatif; il respire plus facilement. Les rechutes s'observent surtout la nuit plutôt que le jour.

Diagnostic. — Le laryngoscope permet le plus souvent de reconnaître facilement l'œdème de la glotte. Mais, si l'on se trouve en présence d'un malade qui étouffe et qu'on ne puisse avoir recours au laryngoscope, le diagnostic est souvent bien difficile. On devra tout d'abord reconnaître le siège de l'obstacle et s'assurer que la dyspnée est bien d'origine laryngée. C'est ce qu'on reconnaîtra surtout au tirage inspiratoire, à l'expiration plus aisée que l'inspiration, aux sifflements que provoque l'abaissement du diaphragme et aux sensations de constriction que le patient éprouve au niveau du cou.

Les corps étrangers du larynx occasionnent une dyspnée continue et donnent lieu à des bruits anormaux à l'auscultation du larynx; d'ailleurs les commémoratifs seront ici d'un précieux secours. Les compressions du larynx et de la trachée par une tumeur déterminent une dyspnée permanente, aussi forte à l'inspiration qu'à l'expiration. On éliminera la paralysie des récurrents par l'intégrité des sons glottiques. La paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs est

souvent confondue avec l'œdème de la glotte. Ce diagnostic différentiel, sans l'aide du miroir, est fort difficile.

Pronostic. — L'œdème de la glotte est une affection grave. Son pronostic est cependant moins fatal que ne le croyaient les anciens auteurs (158 morts sur 213 cas, avec 30 trachéotomies, d'après Sestier; 16 morts sur 17 cas, d'après Bayle; 31 morts sur 40 cas, d'après Valleix). Ce pronostic dépend d'ailleurs naturellement de la cause. Les œdèmes glottiques consécutifs aux maladies hydropigènes disparaissent rapidement si l'on traite la cause générale de l'œdème. De même, l'ouverture d'un abcès fait souvent disparaître les signes alarmants.

Les œdèmes consécutifs aux ulcérations graves du larynx et l'œdème sous-glottique ont une terminaison presque toujours fatale. La mort survient, soit par complication pulmonaire, soit par ulcération gangréneuse, par asphyxie carbonique ou par spasme de la glotte.

Traitement. — Jusqu'à ces derniers temps, le traitement de l'œdème de la glotte était borné à l'emploi des antiphlogistiques (sangues, saignée, etc.). On employait également les astringents (alun, nitrate d'argent).

Actuellement, le traitement varie suivant deux cas différents.

1° *Cas bénins.* — On fera des injections sous-cutanées de pilocarpine (5 à 10 milligrammes). Les diurétiques et les purgatifs seront indiqués lorsque l'œdème laryngé est lié à l'existence d'une maladie hydropigène. Le malade sera placé dans une pièce à température douce et égale et on lui fera faire des inhalations de vapeur d'eau. La glace appliquée sur le cou rendra de bons services.

Les scarifications indiquées par Lisfranc, faites aseptiquement avec un bistouri, et jamais avec l'ongle comme le voulait Legroux, amènent parfois un soulagement immédiat; mais elles restent sans action si le liquide n'a point de tendance à s'échapper du tissu sous-muqueux.

2° *Cas graves.* — Si, malgré les scarifications, la pilocarpine et les applications froides, on n'a pas soulagé le malade, il faudra pratiquer la trachéotomie, qui, d'après Sestier, sauve un tiers des malades alors que les autres procédés n'en guérissent qu'un cinquième. L'incision devra être faite un peu bas, à cause de la possibilité de l'extension de l'œdème dans la région sous-glottique. Le tubage du larynx pourra être également tenté.

R. WURTZ.

ACCIDENTS LARYNGÉS D'ORIGINE NERVEUSE

Sous cette dénomination on doit comprendre les troubles de la sensibilité et de la motilité du larynx qui, indépendants de toute altération primitive de l'organe lui-même, relèvent uniquement de lésions organiques ou de troubles fonctionnels de son appareil d'innervation.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

La sensibilité de la muqueuse du larynx est très variable, à l'état normal. On rencontre à cet égard des différences individuelles très grandes. Exquise chez certains sujets qui sont pris de spasme, de suffocation et de quintes de toux violentes au moindre attouchement, elle est à peu près effacée chez d'autres qui supportent sans difficulté le contact des instruments, les insufflations irritantes ou caustiques, etc. Ce fait est bien pour atténuer la valeur qu'on a prêtée à ce symptôme pour le diagnostic de l'hystérie.

Anesthésie. — On observe l'anesthésie laryngée après la diphtérie, chez les hystériques et dans quelques cas de paralysie bulbaire. L'anesthésie du larynx consécutive à la diphtérie est rarement limitée au domaine des nerfs laryngés supérieurs; le plus souvent elle coïncide avec l'insensibilité du pharynx et parfois aussi de la muqueuse trachéale. Schnitzler a rapporté un cas d'anesthésie douloureuse.

Hyperesthésies et paresthésies. — Nous ne pouvons que signaler ici les hyperesthésies et paresthésies très diverses qu'on peut rencontrer chez les hystériques, chez les hypocondriaques, dans le cours du tabes et au début de la paralysie générale progressive.

Fränkel a décrit sous le nom de *névralgie* du larynx un complexe peu précis et d'ailleurs fort rare, se manifestant par des irradiations douloureuses qui répondaient vaguement aux trajets des nerfs laryngés supérieurs et par des points douloureux non pas à la pression, mais à l'application du courant de pile.