

nomène que j'ai fait connaître en 1858 et dont l'observation ultérieure a démontré l'exactitude et l'importance clinique (1).

La cyanose pulmonaire avec ou sans anesthésie s'observe dans l'emphysème avec bronchite chronique, dans quelques cas de phthisie, dans la bronchite capillaire aiguë, ou catarrhe suffocant, dans la phthisie laryngée, dans la période ultime du croup, dans l'œdème de la glotte et dans les différentes asphyxies par suspension ou par submersion.

Elle est généralement moins grave que la cyanose cardiaque, en raison de la curabilité de ses altérations organiques, mais elle indique toujours un grand danger. On l'en distingue souvent par la présence de l'anesthésie.

### 3° Cyanose encéphalique.

La cyanose encéphalique, reconnaissable à la teinte bleuâtre des téguments, est également le résultat d'une absence d'oxygénation du sang en rapport avec une altération du système nerveux.

Cette variété de cyanose, ordinairement temporaire, s'observe dans quelques névroses, dans plusieurs maladies organiques de l'encéphale, dans les empoisonnements par des substances qui agissent sur l'appareil cérébro-spinal. Ainsi on la rencontre dans quelques accès d'épilepsie, dans le coup de sang, dans l'hémorrhagie de la protubérance annulaire, dans certains cas de compression des nerfs pneumogastriques, dans les empoisonnements par la strychnine, dans la première période de quelques fièvres pernicieuses, et enfin dans le choléra. La cyanose observée dans cette terrible maladie montre plus que toute autre l'influence du système nerveux sur l'acte respiratoire. L'air sort des poumons à peu de chose près tel qu'il y est entré, sans servir à l'hématose, et le sang resté noir dans ses vaisseaux donne aux téguments la teinte bleue de la cyanose cholérique. Dès que l'influx nerveux revient et se fait sentir, la cyanose disparaît.

## LIVRE CINQUIÈME

### SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'EXAMEN DE L'APPAREIL VOCAL ET RESPIRATOIRE.

Les signes fournis au diagnostic par l'étude de la voix et de la respiration sont très-importants; ce sont : l'enrouement, l'aphonie, la toux croupale et nerveuse, la dyspnée, la déformation du thorax, les troubles du bruit respiratoire constatés à

(1) Bouchut, *De l'anesthésie du croup servant d'indication à la trachéotomie* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1858), et *Traité des maladies des nouveau-nés*. Paris, 1867, 6<sup>e</sup> édit., art. CROUP.

*l'auscultation* et à la *percussion*, le rétrécissement du thorax et la mensuration de la poitrine, la *spirométrie*, la *succussion*, l'*expectoration*, etc.

## SECTION PREMIÈRE

### DE LA RESPIRATION EN GÉNÉRAL.

La respiration est une fonction qui a pour objet de mettre le sang veineux et les matériaux du sang (tels que la lymphe et le chyle) en contact avec l'air atmosphérique, afin de leur donner, par l'hématose, les qualités vivifiantes du sang artériel. Les organes auxquels cette fonction est dévolue chez l'homme sont les poumons. Chaque mouvement respiratoire est composé de deux temps : celui par lequel l'air est introduit dans les poumons, connu sous le nom d'*inspiration*, et celui par lequel ce fluide en est rejeté, c'est l'*expiration*. Dans l'état naturel, la respiration est facile, douce, égale, régulière, et, tandis que l'on compte trente-cinq respirations par minute pendant la première année de la vie, vingt-cinq la seconde année, vingt à la puberté, ce nombre ne s'élève plus qu'à dix-huit et souvent qu'à quinze, dans l'âge adulte et dans la vieillesse.

Lorsque l'homme est malade, sa respiration change souvent de caractère et elle offre un grand nombre de phénomènes nouveaux : les uns appartiennent aux mouvements alternatifs d'inspiration et d'expiration, qui sont troublés dans leur *rhythme*; les autres sont accidentels, comme la *toux*, l'*éternuement*, le *rire sardonique*, etc. En étudiant la fréquence des mouvements respiratoires, il faut avoir le soin de compter les inspirations, se rappelant toujours que l'émotion occasionnée par la visite du médecin, les cris, l'exercice, etc., contribuent à les accélérer. Les femmes et les enfants respirent aussi, dans l'état normal, plus fréquemment et plus vite que l'homme. On remarquera ensuite la lenteur ou la précipitation, la grandeur ou la petitesse des mouvements respiratoires, le plus ou moins de difficulté que le malade éprouve à les opérer, la *dyspnée*, l'*orthopnée*, etc. Les inégalités et les irrégularités qui accompagnent les deux temps de la respiration, les *soupirs* qui peuvent les entrecouper, leur suspension momentanée, le *stertor*, la *respiration convulsive*, entrecoupée, interrompue, etc., seront également notés avec soin. Passant de là à l'étude de chacun des mouvements respiratoires, on s'assurera s'il y a prolongement de l'un deux; car le prolongement de l'expiration a une valeur considérable pour le diagnostic du premier degré de la tuberculisation pulmonaire et de la congestion des poumons.

La gêne que le malade éprouve à accomplir l'acte respiratoire, les douleurs qu'il ressent, ses soupirs, les râles qui se font entendre à distance, les *qualités*, l'*odeur surtout de l'air expiré*, la nature et la fréquence de la toux, l'*expectoration* et principalement la quantité, la forme, la couleur, l'odeur des matières expectorées, et l'examen des parois thoraciques pendant que la respiration s'effectue, méritent une grande attention. C'est en effet par ce dernier moyen qu'il est possible de constater les vices de conformation, les *voissures*, *enfoncevements*, *déviation*s, *inégalité de grandeur ou de dilatation des deux côtés du thorax*, défaut complet de dilatation d'un des côtés, etc. Quant aux phénomènes fournis par la

*palpation*, la *mesuration*, la *succussion*, la *spirométrie*, la *percussion* et l'*auscultation*, c'est à eux qu'il appartient de rendre le diagnostic de plus en plus précis; par leur intermédiaire, le médecin s'élève à la connaissance, non-seulement de l'organe malade, qui peut être le larynx, la trachée, les grosses ou petites bronches, et le poumon lui-même, mais encore de l'étendue de l'altération, de sa nature et de son siège dans les différents tissus.

On peut juger par ces considérations générales de l'importance des différents signes fournis par les phénomènes de l'appareil vocal et respiratoire, et l'étude particulière de chacun d'eux montrera tout ce que la science a su tirer de leur observation.

## SECTION II

## SIGNES DIAGNOSTIQUES FOURNIS PAR LA VOIX.

La voix est un bruit particulier du larynx modifié par les lèvres, pour former la parole, le chant et les cris. L'homme, dans l'état de santé, a la voix étendue, retentissante; son timbre très-flexible, se prête volontiers aux sentiments variables qu'elle est tour à tour chargée d'exprimer; elle trahit son âme, sa force et son courage, sa franchise et sa faiblesse, et dans les maladies mêmes elle offre un certain nombre de caractères très-importants pour le diagnostic.

Si les conditions physiques de la production de la voix viennent à changer soit par maladie du larynx, soit par altération du tissu pulmonaire, soit par modification du calibre des bronches, soit enfin par suite de la formation de cavités accidentelles dans le parenchyme pulmonaire, son timbre et ses caractères changent complètement.

Plusieurs observateurs ont remarqué qu'un certain nombre de phthisiques, ou plutôt d'individus prédisposés à la phthisie, avaient, longtemps avant le début de la maladie, la voix un peu enrouée et plus faible, toute proportion gardée, que le développement général de la constitution ne serait en droit de le faire supposer. Sans rien préjuger de cette altération préalable de la voix, il n'en reste pas moins acquis que, dans la plupart des affections aiguës ou chroniques du larynx, telles que la laryngite aiguë simple et pseudo-membraneuse; dans l'œdème de la glotte; dans la laryngite syphilitique; dans les polypes et le cancer des cordes vocales; dans la rage et dans la tuberculisation laryngée et souvent dans la tuberculose pulmonaire, la voix est *rauque* et *enrouée* ou même *éteinte*; — que dans le coryza et certains états pathologiques de la membrane muqueuse du voile du palais et des fosses nasales, elle est *nasonnée*; — qu'elle est *gutturale* ou *voilée* dans l'angine tonsillaire; — *claire, aiguë, stridente*, dans le pseudo-croup; — *mourante* et *éteinte* dans le croup.

Il est rare que dans les maladies, la voix soit plus *forte* qu'à l'état normal; cela ne se rencontre guère que dans les fièvres qui s'accompagnent de délire et dans la manie. Habituellement elle est plus *faible*, surtout dans les affections chroniques très-anciennes ou dans les états aigus à forme adynamique; elle est alors en rapport avec la débilité générale et elle contribue à rendre le pronostic des plus fâcheux. Ailleurs elle est *faible* et *entrecoupée* par de fréquents besoins de res-

pirer. C'est alors le signe d'un épanchement séreux de la plèvre, ou d'un asthme pulmonaire et cardiaque.

Chez quelques malades, la voix est absolument *abolie*; c'est ce qu'on voit dans certaines laryngites aiguës, après la trachéotomie dans les maladies du nerf récurrent, dans certains cas de violente impression morale et chez quelques hystériques. C'est l'*aphonie* dont je parlerai un peu plus loin.

Ailleurs la voix est profondément dénaturée dans ses caractères habituels. Dans les asiles d'aliénés, on rencontre parfois des malades atteints de mélancolie profonde, dont la voix imite, à s'y méprendre, le chant ou les cris de quelques animaux, phénomène bizarre qu'on retrouve également dans le monde sur un certain nombre de femmes hystériques, et qui est connu sous la dénomination de *cynanthropie* et de *lycanthropie*.

Les excès vénériens, l'abus des plaisirs de la table et les veilles prolongées exercent une influence assez marquée sur le timbre de la voix: ainsi les filles publiques, les ivrognes et les gardiens de nuit, sont très-fréquemment affectés d'un enrrouement qui, chez eux, ne décèle aucune maladie grave, mais qui est la conséquence d'un érythème muqueux de l'épiglotte, causé par la débauche et l'abus des boissons alcooliques. Une pareille modification existe également chez les avocats, les professeurs, les chanteurs et les crieurs publics, à la suite de la phlegmasie chronique des cordes vocales, déterminée par la fatigue de longs discours à haute voix.

## CHAPITRE PREMIER

## SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LES MODIFICATIONS DE LA PAROLE ET PAR L'APHASIE.

Les altérations de la parole, si intimement liées à celles de la voix, peuvent accompagner ces dernières ou se produire sans elles; elles résultent d'une maladie du cerveau ou de la langue et d'une névrose, tandis que les altérations de la voix sont, en général, la conséquence d'une maladie du larynx. Il faut étudier ce qui est relatif aux altérations de la parole, sans se préoccuper à part de la voix.

Il est des pyrexies fort graves, telles que la fièvre typhoïde adynamique, où les mots ne sont prononcés qu'avec hésitation et tremblement, tandis que dans la manie aiguë furieuse, par exemple, les mots et les phrases s'échappent des lèvres du malade sans liaison, sans suite, avec une extrême volubilité.

Dans quelques névroses, tantôt la langue et les lèvres exécutent tous les mouvements qu'exige l'acte de la parole, sans qu'il y ait production de son, et dans l'hystérie ce phénomène, que l'on a appelé la *mussitation*, n'est pas très-rare; tantôt, au contraire, la parole est brusque, accentuée, sonore. Mais, entre ces cas extrêmes, il existe une foule de nuances appréciables. Ainsi, sans parler de la stomatite, des angines du pharynx et de toutes les affections du larynx qui rendent la parole souvent difficile, douloureuse, il faut savoir que, dans l'état de profonde adynamie, dans la paralysie de la langue, dans certaines apo-

plexies, dans certains accidents consécutifs à l'hyperémie cérébrale, tels que la destruction des lobes antérieurs du cerveau d'après Gall et Bouillaud (1), des lobes postérieurs, d'après Foville, de la lésion nécessaire de l'hémisphère gauche à la partie antérieure et externe d'après G. Dax; de la lésion de la partie moyenne du lobe frontal de l'hémisphère gauche à la partie postérieure de la troisième circonvolution dans l'*insula de Reil* d'après Broca, elle est lente et vacillante ou tellement modifiée que les malades disent un mot pour un autre, répétant toujours ce même mot, ou ne trouvant pas les noms qu'ils cherchent. C'est ce que Lordat appelle *alalie* et d'autres *aphasie* ou *aphémie*. — On a longuement parlé de ce sujet dans ces dernières années en lui donnant plus d'importance qu'il ne le mérite, mais la discussion aura eu ce bon effet qu'elle aura éclairci un peu la question du siège anatomique de la parole en le plaçant à la troisième circonvolution de l'hémisphère cérébral gauche de l'*insula*; je dis un peu, car il y a des observations de Charcot, Velpeau, Fernet et Parrot qui prouvent le contraire. Dans ces cas, on a vu la destruction de tout l'hémisphère gauche sans que la parole soit anéantie. — Pour ma part, j'ai vu un cas d'hémichorée droite avec aphasie, suite immédiate d'une impression morale vive, dans lequel il n'y avait certainement pas de lésion cérébrale. A côté de l'aphasie, il faut placer l'*embarras de la parole* qui existe dans certains cas de surexcitation morale, chez quelques vieillards, mais c'est principalement au début de la paralysie progressive des aliénés, que l'embarras de la prononciation a de l'importance, car c'est l'un des signes pathognomoniques de la maladie.

Si la perte de la voix entraîne toujours avec elle la perte de la parole, la perte de la parole n'implique pas fatalement celle de la voix, et le *mutisme*, qui est l'impossibilité d'articuler des sons, en est une preuve évidente, car les sourds-muets poussent des cris aigus et inarticulés.

Quant au *bégaiement*, ce vice du langage qui force à répéter et à suspendre la prononciation d'une ou de plusieurs syllabes, il ne dépend pas toujours d'une mauvaise conformation de la langue, d'un état de faiblesse ou d'une anesthésie des muscles qui servent à l'articulation des mots; il est dû, dans quelques cas, à une affection cérébrale, à une fièvre grave ou à un état nerveux et spasmodique.

## CHAPITRE II

### SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LE CRI.

Le cri, cette manifestation naturelle de la souffrance, se produit toujours au moment de l'expiration; il dure autant qu'elle, cesse pendant l'inspiration qui la suit, et reparait avec une nouvelle expiration. Chez quelques enfants, l'inspiration est elle-même bruyante, c'est ce que Billard a qualifié du nom de *reprise*.

(1) Bouillaud, *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau* (Archives gén. de méd., 1825, 1<sup>re</sup> série, t. VIII, p. 25. — Voyez aussi Bull. de l'Acad. de méd., 1839-1840, t. IV, p. 282; 1847-48, t. XIII, p. 699 et 778; 1864-65, t. XXX, p. 575, 604, 724).

Le cri est ordinairement plus fort que la reprise. Au moment des cris, un phénomène général, caractérisé par la turgescence de la face, la coloration de cette partie et de toute la surface du corps, par une congestion générale, semble indiquer la présence d'un obstacle au retour du sang dans le cœur. Les veines du cou et des mains sont toutes gonflées, et, chez les enfants malades, qui ont un érythème ou une fluxion inflammatoire d'une partie de la peau, l'aurole de la vaccine, par exemple, ces parties prennent à l'instant une coloration bien plus vive. La congestion cérébrale est si forte chez quelques enfants, au moment des cris, qu'ils tombent affaiblis et se pâment pendant quelques secondes. Cet état doit être rapproché de l'asphyxie.

Les cris peuvent être altérés dans leur forme, dans leur timbre et dans leur durée. Les modifications relatives à la forme des cris sont indiquées par leur état de faiblesse et par leur caractère pénible ou étouffé.

La faiblesse des cris se rencontre surtout chez les jeunes enfants qui viennent au monde à peine viables, dans un demi-état d'asphyxie, et chez les enfants qui, un peu plus âgés, sont affaiblis par une maladie chronique et sont près de succomber.

Le cri étouffé se rencontre principalement dans les affections du larynx, telles que le croup ou les maladies des nerfs récurrents et dans les maladies des organes respiratoires, et en particulier dans la pneumonie bien caractérisée. Alors chaque expiration est accompagnée d'une sorte de cri étouffé; c'est un fort gémissement plutôt qu'un cri. Comme il est excessivement rare de le rencontrer dans le cours d'autres maladies, sa présence doit être prise en considération.

Les altérations qui portent sur le timbre du cri sont assez importantes: ainsi le cri unique, aigu et très-fort, venant à des intervalles assez éloignés, a été rapporté par Maunoir, Coindet et par un grand nombre de médecins, aux affections cérébrales aiguës. On lui a donné le nom de *cri hydrencéphalique*. Cela est vrai; malheureusement, il manque trop souvent pour qu'on puisse lui accorder une valeur séméiologique absolue, et il se rencontre également dans le cours d'autres maladies. Ainsi, d'après Auvity, Billard, Valleix (1), ce cri aigu se rencontre dans l'œdème des nouveau-nés. Or, en supposant que les modifications présentées par ces cris soient très-évidentes, et par cela même caractéristiques d'un état morbide particulier, il est à peu près impossible de les indiquer d'une manière plus précise.

Il n'y a guère qu'une maladie dans laquelle le cri présente des modifications importantes, c'est le croup. Le cri s'éteint comme la voix, l'expiration est rauque, et il y a quelquefois une inspiration bruyante que les auteurs ont comparée au chant d'un jeune coq. A la dernière période de cette maladie, la reprise disparaît; il ne reste plus que l'expiration rauque et considérablement affaiblie; on peut dire que la voix est éteinte.

La durée du cri des enfants n'indique pas autre chose qu'une douleur très-vive, sans aucun rapport avec l'affection de tel ou tel organe. Billard croit qu'on observe le cri prolongé dans les maladies du ventre, les coliques, l'iléus, la péritonite, etc.; mais ces faits n'ont pas été établis d'une manière bien précise; on ne peut se prononcer définitivement sur leur importance.

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1839, p. 627.  
B. — PATHOL. GÉN.

## CHAPITRE III

## SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'APHONIE.

L'aphonie est l'abolition plus ou moins complète de la voix. C'est le symptôme d'une foule de maladies de nature différente, et son étude a une importance très-grande pour le diagnostic.

Les auteurs anciens ne nous ont transmis, relativement à l'aphonie, que des notions fort incomplètes. Sous ce titre, ils comprenaient toutes les altérations et les extinctions de la voix, qu'elles fussent dues ou non à des lésions spéciales du larynx, ou bien à des accidents cérébraux, au *delirium tremens*, à un état de grossesse ou à la folie.

Des classifications de ce phénomène ont été tentées par quelques nosographes, et Sauvages, par exemple, a distingué l'aphonie mélancolique, l'aphonie par antipathie, l'aphonie des ivrognes, l'aphonie catarrhale anévrysmatique, l'aphonie traumatique, hystérique, paralytique et pulmonique, tandis que J. Frank a établi qu'il y avait des aphonies symptomatique, primitive, traumatique, inflammatoire, catarrhale et arthritique, gastrique, spasmodique, métastatique, consensuelle. C'est de nos jours seulement qu'on a pu dissiper la confusion établie dans l'appréciation de ce phénomène, par une étude plus éclairée de ses causes et de son traitement.

L'aphonie est le symptôme d'un grand nombre d'affections différentes nerveuses ou organiques; de là une *aphonie nerveuse* et une *aphonie symptomatique*.

1<sup>o</sup> Aphonie nerveuse.

L'aphonie est quelquefois une maladie essentielle dont la lésion est inconnue. C'est une névrose offrant tous les caractères brusques, bizarres et énigmatiques des névroses. Elle débute d'une manière graduelle ou subite, et les malades ne sont alors avertis de leur état qu'au moment où ils veulent parler; sa durée offre des irrégularités semblables, et tel qui s'endort aphone se réveille quelquefois avec la faculté de parler.

OBSERVATION. — Un colonel de cavalerie, qui s'est acquis dans les guerres de l'empire une grande réputation de bravoure, était doué d'un timbre de voix admirable pour le commandement. Pendant toute sa carrière militaire, il présenta ce phénomène très-curieux, qu'il devenait subitement aphone aussitôt qu'un coup de canon ou que le bruit d'une très-vive fusillade venait frapper son oreille, et il ne recouvrait généralement son organe que deux ou trois heures après la cessation complète du feu. Jamais il ne quitta sa place de bataille, ni ne remit devant l'ennemi la direction de son régiment; seulement, il conservait très-près de lui un jeune officier auquel il transmettait ses ordres à voix basse (1).

On a très-souvent confondu l'aphonie et le mutisme; c'est une méprise qu'il faut savoir éviter, car, dans le mutisme, il y a impossibilité absolue de former des

(1) Observation communiquée par M. le docteur Legrand du Saulle.

sons articulés, tandis que, dans l'aphonie, les sons manquent ou sont énormément affaiblis. L'aphonie nerveuse, que nous avons appelée *essentielle*, est aussi rare chez l'homme qu'elle est fréquente chez la femme, à la suite d'attaques hystériques; elle est du reste sans gravité. Le diagnostic ne saurait être embarrassant, alors même que des signes d'une légère irritation du larynx en imposeraient pour une laryngite, car ces phénomènes sont de très-courte durée et disparaissent au fur et à mesure que l'aphonie fait des progrès, ce qui est précisément le contraire de ce qui arrive dans la laryngite. Et puis, comment peut-on commettre l'erreur, lorsqu'on sait que l'aphonie nerveuse, dont le début est généralement si brusque, ne s'accompagne ni de dyspnée, ni de toux, ni d'expectoration?

2<sup>o</sup> Aphonie symptomatique.

Les principales affections dans lesquelles on observe l'aphonie sont la laryngite aiguë simple, où la voix devient d'abord rauque, et finit, au bout d'un certain temps, par s'éteindre presque complètement, et la laryngite chronique simple et syphilitique, où la voix couverte et dure à l'oreille finit par devenir basse et râlaute, quand l'intensité du mal augmente. On entend dans la gorge une espèce de sifflement qui se mêle à tous les sons, et le sujet affecté est obligé, pour se faire entendre, de faire des efforts extrêmement sensibles. Les sons aigus sont ceux qui sont le plus profondément altérés, et souvent même ils sont presque entièrement perdus. Dans la période extrême du croup, la voix subit de très-importantes modifications: de sourde et d'enrouée qu'elle était avant que le larynx se fût recouvert de pseudo-membranes, elle devient basse, étouffée, pénible et mourante. L'aphonie a été également notée dans les accès de faux croup ou angine striduleuse; mais ici il y a erreur: la voix de l'enfant est enrouée, déchirée, mais elle conserve presque toujours un certain degré de force. On constate encore l'aphonie chez des sujets affectés de *delirium tremens*, chez les aliénés atteints de paralysie générale progressive au dernier degré, chez les maniaques, après un violent accès de fureur dans lequel le larynx a subi d'excessives fatigues, à la suite d'un empoisonnement par la jusquiame, ou consécutivement à une forte commotion du cerveau. Ce dernier fait n'avait point échappé au merveilleux coup d'œil d'observation du médecin de Cos, ainsi que le prouve l'aphorisme suivant: « Dans la commotion du cerveau par une cause quelconque, nécessairement on perd la parole (1). » Portal (2) et Tanquerel des Planches (3) ont vu survenir l'aphonie sous l'influence de l'intoxication saturnine; on doit évidemment, dans ce cas, rapporter la maladie à la paralysie des muscles intrinsèques du larynx. Sans insister sur tout ce qui a été dit par les auteurs, et entre autres par Fréd. Hoffmann, sur l'aphonie causée par la suppression, l'approche des menstrues et les couches, par la présence de vers dans le canal intestinal, par les maladies des organes génitaux, il faut surtout mentionner, comme produisant l'extinction de la voix, d'abord les

(1) Hippocrate, *Aphorismes*, sect. VII, aph. 58. (*Œuvres*, édit. Littré. Paris, 1844, t. IV, p. 595.)

(2) Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1804, vol. IV, p. 361.

(3) Tanquerel des Planches, *Traité des maladies de plomb*, t. II.

plaies trachéales ou laryngées, et il est facile de comprendre comment l'air, ne passant plus par la glotte en suffisante quantité, s'oppose à la vibration des cordes vocales, puis la présence d'une tumeur ganglionnaire, anévrysmale ou autre dans le voisinage du nerf récurrent. Au reste, dans tous les cas d'aphonie, les nerfs récurrents sont influencés d'une certaine manière; l'anatomie et la physiologie enseignent qu'ils doivent être malades, mais leur lésion, s'il y en a une, est tout à fait insaisissable. On ne peut conjecturer qu'une chose, c'est qu'il se passe dans l'aphonie, pour les nerfs récurrents, un phénomène analogue à celui qui a lieu dans le nerf facial chez les sujets affectés de paralysie de la face.

Lorsque l'aphonie persiste et passe à l'état chronique, elle tient le plus souvent à un polype et à une ou plusieurs ulcérations syphilitiques, morveuses ou tuberculeuses des cordes vocales. Toutes les fois qu'en dehors de la diathèse farcineuse ou syphilitique on rencontre une aphonie datant de quelques mois ou de plusieurs semaines, il faut craindre l'invasion d'une tuberculisation pulmonaire prochaine.

## SECTION III

## SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'AUSCULTATION DU LARYNX.

Les signes fournis au diagnostic par l'auscultation du larynx sont les *râles laryngés* et le *sifflement laryngo-trachéal*.

## CHAPITRE PREMIER

## RALES LARYNGÉS.

L'auscultation, qui a tant favorisé les progrès du diagnostic des maladies de poitrine, n'a pas encore beaucoup servi à la diagnose des maladies du larynx, et il n'y a que l'application du miroir laryngien qui soit utile. Laennec n'a rien tiré des applications du stéthoscope sur le conduit laryngo-trachéal, et ce qu'il n'a pu découvrir n'a que bien peu de chances d'être trouvé par un autre.

La science doit savoir gré, toutefois, à un médecin irlandais, Stokes, d'avoir le premier cité quelques faits sur les bruits entendus dans le larynx; mais c'est principalement aux recherches de Barth (1) que l'on doit les connaissances actuelles un peu plus étendues sur la valeur séméiologique des râles laryngés. Malheureusement la signification pathologique de ces râles est incertaine; ils ne constituent point de signes pathognomoniques, et la stéthoscopie du larynx, dans une affection de cet organe, ne doit occuper parmi les éléments du diagnostic qu'une place très-secondaire.

Dans quelques maladies du tube laryngo-trachéal, et notamment dans la laryngite aiguë ou chronique, alors que la membrane muqueuse a subi un certain degré d'épaississement, le bruit respiratoire laryngé est râpeux. Lorsque le corps thyroïde

(1) Barth, *Archives générales de médecine*, juillet 1838 et juin 1839.

s'hypertrophie, lorsqu'il se développe, soit un kyste, soit une tumeur dans son voisinage, le bruit respiratoire laryngé devient très-rude; et cela se conçoit, puisque l'organe est exposé à la compression de ses parois et au rétrécissement de son calibre. Dans certains cas d'ulcérations laryngées, dans l'angine pseudo-membraneuse, et même dans la laryngite striduleuse, on perçoit avec le stéthoscope le *ronflement laryngé*, que Barth attribue « aux vibrations de l'air dans un tube dont la surface interne est tapissée par des mucosités visqueuses ou dont le diamètre est rétréci ». Ce ronflement révèle un obstacle au libre passage du fluide élastique, et il a quelquefois, surtout dans le croup, un véritable timbre métallique. Il semble alors que l'air résonne dans le larynx comme dans un tuyau d'airain.

Lorsqu'il s'accumule des liquides, des mucosités ou des matières purulentes à la partie supérieure des voies de l'air, qu'elles sont arrêtées au niveau de la glotte et que les malades n'ont plus la force de les rejeter au dehors par des efforts de toux, on entend à distance un râle humide à grosses bulles: c'est le *râle caverneux laryngé*, connu encore sous les noms de *râle trachéal* et de *râle des mourants*. Cette dernière et vulgaire appellation s'explique par la fréquence avec laquelle s'observe le râle caverneux laryngé dans les heures qui précèdent la mort et par la haute et imminente gravité dont il est généralement l'indice.

Dans quelques cas rares d'hémoptysie, Piorry (1) a remarqué que l'auscultation décelait l'existence d'un râle humide dans le larynx, sans rhonchus, dans la poitrine ni dans la partie inférieure de la trachée, phénomène qui permet de reconnaître que l'hémorrhagie a son origine dans le larynx lui-même.

Le même auteur pense qu'il est possible qu'un râle humide puisse également se développer dans le larynx, consécutivement à la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans les voies aériennes (2).

Enfin, la présence de corps étrangers dans le larynx ou la trachée-artère et la production de fausses membranes peuvent déterminer localement une irritation qui provoque une sécrétion anormale de mucosités, et faire naître consécutivement le râle caverneux laryngé, accompagné cette fois d'un *tremblement* tout particulier, annonçant qu'il y a de petits corps flottants dans le tube aérien, ou qu'un voile mobile membraneux est agité par l'air.

## CHAPITRE II

## SIFFLEMENT LARYNGÉ.

Lorsque l'air enfermé dans les poumons éprouve une grande difficulté à franchir la partie supérieure des voies respiratoires, il se fait quelquefois dans les deux temps de la respiration, mais surtout dans l'inspiration, un sifflement laryngo-trachéal très-bruyant, dont le timbre musical, parfaitement reconnaissable, ne saurait induire en erreur. On le remarque surtout dans l'asthme où il est *continu*;

(1) Piorry, *Traité de diagnostic et de séméiologie*. Paris, 1840, t. 1, p. 444.

(2) Piorry, *loc. cit.*, p. 428.