

avec une solution de 3 à 8 % et cocaïnisation préalable) et du *menthol* (20 % de solution huileuse). Disons que toutes ces méthodes thérapeutiques requièrent un degré d'habileté qui n'appartient qu'à un spécialiste. Les inhalations n'ont d'ordinaire qu'une vertu palliative. Nous avons constaté les meilleurs résultats à cet égard des inhalations de *baume de Pérou*.

A notre avis, il ne faut attendre de progrès réel dans le traitement de la tuberculose laryngée que de la *chirurgie*, pas cependant des opérations *endolaryngiennes*, presque *toujours insuffisantes* malgré toute la dextérité avec laquelle elles peuvent être faites, mais de l'ablation opératoire radicale du tissu malade, avec laryngofissure préalable.

Dans les cas plus avancés, on se bornera le plus souvent à un traitement purement palliatif. L'usage continu de fragments de glace et surtout l'emploi généreux des *narcotiques* sont excessivement avantageux pour calmer les douleurs et la dysphagie. Les injections sous-cutanées de morphine, un quart d'heure avant chaque repas, procurent souvent un grand soulagement. On peut en outre badigeonner le larynx avec une forte solution de morphine, insuffler de la poudre de morphine, laisser inhaler des solutions de morphine ou de bromure de potassium. Mais tous ces remèdes le cèdent en efficacité à la *cocaïne* qui est un excellent anesthésique local (v. ANREP). Si l'on touche la muqueuse ulcérée de l'entrée du larynx avec une solution de 10 à 20 % de cocaïne (chlorhydrate de cocaïne 1,0 à 2,0, esprit de vin 2,0, eau distillée 8,0), après quelques minutes les parties atteintes sont anesthésiées, au point que la déglutition peut se faire sans la moindre douleur. Malheureusement l'action de la cocaïne est tellement passagère, que les attouchements doivent être constamment renouvelés.

CHAPITRE SIXIÈME.

PARALYSIES DES MUSCLES DU LARYNX.

1. Paralysies dans le domaine du nerf laryngé supérieur.

Le nerf laryngé supérieur, branche du nerf vague, fournit le *nerf sensible* à la muqueuse du segment supérieur du larynx jusqu'à la fente glottique, à la muqueuse de l'épiglotte et de la partie qui l'environne. En outre il comprend des filets *moteurs* pour le *muscle crico-thyroïdien*. Des expériences cliniques font croire que le laryngé supérieur anime aussi les abaisseurs de l'épiglotte, les *muscles thyro- et ary-épiglottiques*, voire même le *muscle aryténoïdien*. Cependant ces trois derniers muscles empruntent peut-être

également des filets moteurs au nerf récurrent (nerf laryngé inférieur).

La paralysie des muscles crico-thyroïdiens et des abaisseurs de l'épiglotte s'observe le plus fréquemment après le décours de la *diphthérie*. D'ordinaire elle entre comme partie constituante dans des paralysies généralisées et de plus se combine souvent avec l'anesthésie de la muqueuse qui est pourvue de filets sensibles par le nerf laryngé supérieur (v. ZIEMSEN).

On reconnaît la *paralysie des muscles ary- et thyro-épiglottiques* à la position immobile et dressée de l'épiglotte contre la base de la langue.

La *paralysie des muscles crico-thyroïdiens* produit de l'enrouement de la voix et elle empêche notamment l'émission des notes élevées, puisque pour ces dernières, le jeu des muscles susdits, en tant que *tenseurs des cordes vocales*, est indispensable. Au laryngoscope la détermination de cette paralysie est excessivement difficile. L'excavation des bords des cordes vocales, le défaut de vibration de celles-ci, peut-être aussi, quand la paralysie est unilatérale, la position plus élevée de la corde vocale non atteinte, doivent en être les caractères principaux.

Voyez plus loin ce qui se rapporte à la *paralysie du muscle aryténoïdien*.

2. Paralysie dans le domaine du nerf laryngé inférieur ou récurrent.

Le nerf récurrent fournit des filets *sensibles* à la muqueuse de la partie inférieure de la cavité laryngienne (située au-dessous de la fente glottique) et il est le nerf moteur de tous les muscles intrinsèques du larynx à l'exception du muscle crico-thyroïdien (et peut-être des abaisseurs de l'épiglotte, comme il est dit ci-dessus). Les muscles qu'il innerve se rangent, d'après leur fonction, en trois groupes :

a) Les *dilatateurs de la glotte* qui sont les seuls muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

b) Les *constricteurs de la glotte*, ce sont les muscles crico-aryténoïdiens latéraux et le muscle aryténoïdien (transverse et oblique).

c) Les *tenseurs des cordes vocales* sont les thyro-aryténoïdiens qui jouent en même temps le rôle de constricteurs, mais qui président surtout aux délicates nuances de tension requises pour le chant et les modulations de la parole. Ils ont par conséquent la même mission, avec un degré de finesse de plus, que les muscles crico-thyroïdiens innervés par le nerf laryngé supérieur.

Les fibres motrices de tous ces muscles émanent à proprement parler du nerf accessoire, d'où elles se rendent au tronc du nerf vague et de là seulement aux nerfs du larynx.

La plupart des paralysies récurrentes sont d'origine périphérique. A part les *parésies* purement *musculaires* (v. ci-dessus) qui se déclarent parfois à la suite d'autres affections laryngées, les paralysies périphériques des cordes vocales résultent le plus souvent d'une *compression anormale du tronc du nerf récurrent*. Ce sont principalement les anévrysmes de la crosse de l'aorte qui donnent naissance à la paralysie récurrente latérale gauche. En outre, les engorgements des ganglions bronchiques, le carcinome œsophagien, les tumeurs du corps thyroïde et du médiastin, voire même les grands exsudats péricardiques, peuvent occasionner la paralysie récurrente unilatérale. La paralysie récurrente droite s'observe assez souvent dans la sclérose du sommet du poumon droit, puis dans les rares cas d'anévrysme de la sous-clavière. Il faut ranger également parmi les paralysies récurrentes périphériques, celles qui se montrent quelquefois après le décours de la *diphthérie* (v. plus haut) et dont il faut chercher la cause dans une dégénérescence des rameaux nerveux susdits. — D'autres fois la paralysie récurrente doit son origine

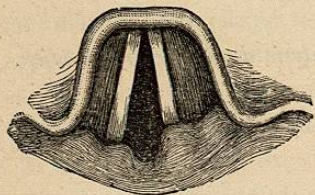


Fig. 14. (D'après ZIEMSEN.) Position d'inspiration dans la paralysie de la corde vocale gauche, ou par interruption de la conductibilité du récurrent.

à une affection des filets propres du nerf récurrent, accolés au *nerf vague* ou même compris dans *l'accessoire*. Indépendamment de certaines plaies chirurgicales, ce sont encore des néoplasmes qui donnent lieu d'ordinaire à cette interruption de conductibilité. En outre, la paralysie récurrente peut être produite par des affections du nucléole de l'accessoire ou de la branche

interne du spinal, dans les *maladies du bulbe*, dans les différentes formes de paralysie bulbaire aiguë, dans la paralysie bulbaire chronique, dans la sclérose multiple et ainsi de suite. Les *paralysies hystériques*, assez fréquentes dans le domaine du récurrent, doivent être considérées comme d'origine cérébrale. Disons enfin qu'il y a des paralysies laryngées dont la cause est inconnue.

1. La **paralysie récurrente complète** (paralysie de tous les muscles du larynx innervés par le récurrent) se déclare assez souvent en cas de compression du tronc du nerf récurrent ou de ses filets dans le nerf vague. Au *laryngoscope* (v. fig. 14), on voit, lors de la respiration et aussi pendant la phonation, la corde vocale du côté paralysé rapprochée de l'espace médian du larynx (dans une position appelée à tort cadavérique) et complètement immobile. Une intonation forcée fait que la corde vocale saine dépasse la ligne médiane et que les cartilages aryténoïdes s'entrecroisent, d'où résulte une obliquité de la glotte. Les *autres symptômes* sont parfois si peu marqués

que sans l'examen laryngoscopique on ne songerait pas à cette paralysie. Cependant la voix n'est d'ordinaire pas pure, à tout instant elle est discordante et les malades se fatiguent vite en parlant. Dans la *paralysie récurrente bilatérale*, qui est très rare, les deux cordes vocales sont frappées d'immobilité dans la position médiane. Il y a aphonie complète et impossibilité de tousser, attendu que pour tousser il faut que la glotte commence par se fixer en occlusion. Par contre, les malades à l'état de repos n'éprouvent aucune gêne de la respiration.

2. **Paralysie des dilatateurs de la glotte ou des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.** La paralysie bilatérale de ces muscles est un phénomène très rare en vérité, mais d'une importance clinique majeure, puisqu'elle a pour conséquence un état de *dyspnée inspiratoire extrême*. Cet état se développe d'ordinaire insidieusement et en dehors de toute cause connue. Ce sont probablement des affections des nerfs mêmes qui finalement

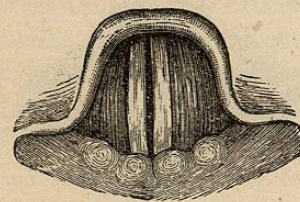


Fig. 15. (D'après ZIEMSEN.) Paralysie bilatérale complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs au moment de l'inspiration.

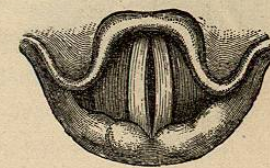


Fig. 16. (D'après ZIEMSEN.) Paralysie des deux muscles thyro-aryténoïdiens internes à la suite de la laryngite aiguë.

aboutissent à la paralysie (1). La maladie dure le plus souvent pendant des années. La dyspnée, en s'aggravant sous l'action de causes accidentelles, donne lieu à des accès de suffocation tellement violents qu'ils ont plusieurs fois déjà nécessité la trachéotomie. La respiration, dans la paralysie des dilatateurs glottiques, est modifiée de telle sorte que l'*inspiration* seule est entravée, tirée en longueur et semblable à un cornage, tandis que l'*expiration* se fait librement et sans obstacle. Cela tient à un mouvement de soupape produit sur les cordes vocales par l'expansion inspiratoire de la cage thoracique, tandis que la colonne d'air expirée refoule aisément les cordes vocales sur le côté. La phonation a lieu communément sans la moindre gêne. Au *laryngoscope* (v. fig. 15) on voit l'ouverture glottique transformée en une étroite fente, qui, au lieu de s'élargir lors de l'inspiration, devient plus linéaire encore.

1. Il est à noter cependant que l'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes peut aussi donner lieu à une inaction purement *mécanique* des dilatateurs de la glotte.

Le pronostic est le plus souvent défavorable. C'est seulement chez les *hystériques* qu'on voit cet état, en apparence grave, se produire et se dissiper peu après.

3. **Paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens.** La paralysie ou la parésie de ces muscles qui sont situés dans l'épaisseur des cordes vocales mêmes et qui en sont les principaux tenseurs, est une des paralysies musculaires les plus fréquentes du larynx. Elle se manifeste surtout dans les catarrhes aigus et chroniques de la muqueuse laryngée et est la grande cause de l'enrouement qui les accompagne. D'autre part elle se montre parfois à la suite du surmenage de la voix (chez les chanteurs et les orateurs). Enfin elle est une des causes les plus fréquentes de l'aphonie hystérique.

La paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens est bi- ou unilatérale. Elle est souvent combinée avec une parésie des autres constricteurs de la glotte, des muscles aryténoïdiens et des muscles crico-thyroïdiens. Au *laryngoscope*

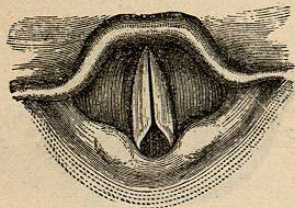


Fig. 17. (D'après ZIEMSEN.) Paralysie aryténoïdienne dans la laryngite aiguë.

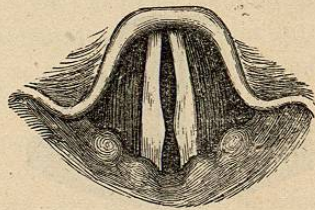


Fig. 18. (D'après ZIEMSEN.) Paralysie bilatérale des thyro-aryténoïdiens combinée avec la parésie aryténoïdienne.

(v. fig. 16), on voit, dans la paralysie ordinairement bilatérale des thyro-aryténoïdiens, que lors de l'intonation, les languettes vocales ne s'affrontent pas, mais qu'il reste entre elles une fente ovale. Dans la paralysie unilatérale, la corde vocale atteinte présente une incurvation de son bord médian. La voix est toujours plus ou moins enrouée, chuchotante et la parole exige des efforts.

Dans beaucoup de cas, en ménageant l'organe vocal et après la disparition du catarrhe, cause fréquente de la paralysie, celle-ci peut guérir complètement. Les paralysies des cordes vocales d'origine hystérique se distinguent par leur va-et-vient subit, surtout à la suite d'émotions morales. Elles se montrent parfois aussi chez les enfants (principalement les filles) à l'âge de 10 à 14 ans. (Voyez le chapitre de l'hystérie.)

4. **La paralysie du muscle aryténoïdien** se présente rarement à l'état isolé. On l'observe dans les catarrhes laryngés ou dans l'aphonie hystérique. La voix est très enrouée, et au *laryngoscope* (v. fig. 17) on voit que, pendant l'intonation, toute la partie antérieure des cordes vocales se ferme bien, tandis que la glotte intercartilagineuse, à raison du rapprochement

insuffisant des cartilages aryténoïdes, reste ouverte sous forme d'une fente triangulaire. Quand les muscles thyro-aryténoïdiens sont atteints en même temps que le muscle aryténoïdien, la glotte, au moment de l'intonation, présente une ouverture ressemblant à un clepsydre (v. Fig. 18), vu que la glotte interligamenteuse aussi bien que la glotte intercartilagineuse ne se ferment pas, tandis que les apophyses vocales gardent, lors de l'intonation, leur position médiane habituelle, par suite de la réclinaison normale en dedans des cartilages aryténoïdes (sous l'action des muscles crico-aryténoïdiens latéraux).

5. La **paralysie isolée des muscles crico-aryténoïdiens latéraux** n'a pas été constatée avec certitude. Par contre, on a décrit quelques cas de *paralysie* complète, simultanée, *de tous les muscles constricteurs*, où les cordes vocales se trouvaient immobilisées sur le côté, la glotte étant démesurément béante.

Le **traitement** de la paralysie des cordes vocales ne peut compter sur un succès, que pour autant que la maladie fondamentale est susceptible de guérison. S'il existe en même temps des maladies catarrhales ou autres du larynx, il faut commencer par les traiter d'après les règles énoncées plus haut. Les paralysies dues à la compression exercée par des tumeurs, etc. ne sont que rarement capables de guérison, par l'extirpation ou la fonte de celles-ci (tumeurs scrofuleuses). — *L'électricité* agit parfois très avantageusement dans les parésies catarrhales, diphthéritiques et soi-disant « rhumatismales », c'est-à-dire, produites sans cause appréciable, de même que dans toutes les aphonies hystériques. Dans ces dernières la guérison est quelquefois très prompte, mais elle n'est pas toujours durable. On se sert ordinairement de courants faradiques puissants à la région du cou ou de la galvanisation à travers le larynx, avec renversement fréquent du courant. VON ZIEMSEN a construit des électrodes pour l'excitation intra-laryngée de chacun des muscles du larynx. A l'intérieur on prescrit, surtout aux anémiques, des *préparations ferrugineuses* et de petites doses de *quinine*. Les *injections* sous-cutanées de *strychnine* (0,003 à 0,01 par jour) sont aussi à recommander. Dans l'aphonie hystérique les *exercices méthodiques de la voix et de la respiration* sont d'une grande utilité.

CHAPITRE SEPTIÈME. SPASME DE LA GLOTTE.

(Asthme de Millar. Asthme thymique.)

Étiologie. Le spasme de la glotte est une maladie qui se déclare presque exclusivement chez les *enfants* jusqu'à l'âge de trois ans et qui consiste en une occlusion spasmodique de la glotte donnant lieu à des accès de dyspnée intense. Les *garçons* y sont plus sujets que les filles. La cause propre de la maladie nous est encore complètement inconnue. La vieille dénomination d'*asthme thymique* indique qu'autrefois on admettait comme cause des accès une hypertrophie du thymus. Cette hypothèse pourtant n'est aucunement justifiée. Un fait avéré, mais qui n'est pas expliqué, c'est la corrélation qui existe entre le spasme de la glotte et le *rachitisme*. Les $\frac{2}{3}$ environ des enfants qui souffrent de spasme de la glotte sont rachitiques ; cependant l'opinion émise jadis et consistant à dire que le spasme glottique est en connexion étroite avec le ramollissement rachitique du crâne n'est pas pleinement établie. Ceux qui rapportent la maladie à une origine centrale invoquent comme preuve qu'elle est souvent associée à l'*éclampsie*, à telle enseigne que les accès convulsifs de la glotte en se généralisant, deviennent des attaques éclamptiques, ou bien que les deux genres d'attaques alternent les unes avec les autres. Quand les accès se déclarent à l'époque de la *dentition*, comme cela arrive souvent, on a voulu assigner à la maladie une origine *réflexe*, de même que lorsqu'ils viennent compliquer une laryngite occasionnée par un refroidissement.

Symptômes. L'accès pris isolément se manifeste d'ordinaire très subitement, le jour ou la nuit, tantôt sans cause appréciable, tantôt à la suite d'une cause occasionnelle (cris, action de boire, excitation morale). Il commence le plus souvent par une inspiration profonde. Puis vient un arrêt complet de la respiration. Les enfants deviennent pâles, cyanosés, regardent avec terreur autour d'eux, ils ont les yeux hagards et font de grands et pénibles efforts pour reprendre haleine. Dans les cas graves, il y a un moment d'absence et, comme nous venons de le dire, les muscles des extrémités et du tronc éprouvent des contractions toniques et cloniques. L'attaque dure à peine quelques secondes, tout au plus deux minutes. Un paroxysme très violent peut entraîner la mort instantanée. Le plus souvent la convulsion se modère, plusieurs mouvements respiratoires profonds et bruyants se succèdent, et peu après les enfants rentrent dans un calme parfait. L'intensité des accès diffère d'ailleurs considérablement dans chaque cas et est très

variable chez le même enfant. Parfois tout se borne à une seule attaque ou à un petit nombre d'accès, tandis qu'en d'autres circonstances la scène se renouvelle jusqu'à 10, 20 fois par jour et plus encore et que la maladie dure des mois entiers avec des oscillations diverses. C'est seulement quand les enfants ont atteint l'âge de trois ans que le mal peut être considéré comme vaincu. Il est vrai qu'une quantité assez notable d'enfants qui en sont affligés meurent avant cet âge, soit dans l'accès même, soit consécutivement à des affections d'une autre nature.

Le véritable spasme de la glotte n'existe pour ainsi dire pas chez les *adultes*. Dans l'hystérie on observe parfois des accès qui y ressemblent.

Le **traitement** doit s'occuper avant tout de l'état général. Si on réussit à améliorer la nutrition de ces enfants (fer, huile de morue) qui sont le plus souvent atteints d'atrophie et d'étiollement, les accès par là même peuvent devenir plus rares, moins véhéments et finir par se suspendre entièrement. En outre ces petits malades doivent être tenus dans une atmosphère uniformément chaude et garantis contre tout refroidissement. Les *moyens internes* destinés à empêcher le retour des accès sont d'une action passablement incertaine. On a préconisé le *bromure de potassium* (0,5-2,0 par jour), le *musc* (teinture de musc, 10 gouttes d'heure en heure ou toutes les 2 heures), l'*oxyde de zinc*, etc.

Dans l'accès même, l'enfant doit être relevé de la position horizontale. On asperge sa figure avec de l'eau ; quand la convulsion dure longtemps, on lui fait une affusion froide. On lui frotte la peau, on le frictionne avec de l'essence de moutarde, ou bien on lui met des sinapismes sur la poitrine et les mollets. Si les accès se multiplient et deviennent très intenses, on recourt aux *narcotiques*, aux inhalations de chloroforme ou aux injections sous-cutanées de morphine, employées avec prudence (0,001 — 0,005 chez les enfants).

CHAPITRE HUITIÈME.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DU LARYNX.

Les troubles de la sensibilité de la muqueuse du larynx s'observent le plus souvent *dans le domaine du nerf laryngé supérieur* (épiglote et partie supérieure de la cavité laryngée jusqu'à la fente glottique), et assez rarement dans le segment inférieur du larynx qui reçoit ses filets sensibles du nerf récurrent. Ces troubles se combinent d'ordinaire avec des désordres de la motilité, tantôt des *paralysies hystériques*, tantôt des *paralysies diphthéritiques*.

L'anesthésie du larynx se reconnaît à l'insensibilité que les malades accusent lors de l'attouchement des différentes parties du larynx avec le bout de la sonde. De plus, les mouvements réflexes de la régurgitation et de la toux sont presque toujours supprimés, de manière qu'on n'a pas de peine à palper le vestibule du larynx à l'aide du doigt.

Cette *suspension des réflexes* peut, dans les paralysies diphthéritiques et bulbaires graves, n'être pas sans danger, en ce sens que, dans ces conditions, des fragments alimentaires passent aisément, lors de la déglutition, dans le larynx d'où ils ne sont pas ramenés par la toux, et que l'inspiration les entraîne plus avant dans le poumon où ils donnent naissance à de la bronchite et à des pneumonies lobulaires. Ce danger est d'autant plus grand qu'il y a en même temps impossibilité de tousser avec force, comme c'est notamment le cas quand la glotte ne se ferme pas complètement. Ce n'est que dans les *anesthésies hystériques* qu'on n'a pas à redouter le développement des affections pulmonaires résultant de l'aspiration des débris d'aliments.

On ne peut efficacement aller au-devant des conséquences dangereuses que nous venons de signaler, qu'en nourrissant les malades par la *sonde stomacale*, aussitôt qu'ils commencent à avaler de travers et qu'ils ne savent plus tousser.

CHAPITRE NEUVIÈME.

NÉOPLASMES DU LARYNX.

Quoique les néoplasmes du larynx aient surtout de l'intérêt pour les spécialistes et pour les chirurgiens, nous en donnerons néanmoins un court aperçu. Et d'abord nous devons faire observer qu'ils ne sauraient être diagnostiqués qu'à l'aide du miroir laryngien. Malheureusement il arrive que des malades sont vainement traités depuis longtemps pour « un catarrhe chronique du larynx », quand à la fin l'examen laryngoscopique vient révéler que c'est un néoplasme qui est la cause de l'enrouement. Conséquemment il importe de reconnaître aussitôt que possible la présence d'une néoformation, attendu que (surtout en cas de carcinome) l'opération a d'autant plus de chance de réussite, qu'elle est pratiquée de meilleure heure.

A. Tumeurs bénignes du larynx.

1. Le *papillome* est un des néoplasmes les plus fréquents du larynx. Il est formé par une excroissance glandulaire en forme de chou-fleur, qui siège ordinairement à la partie antérieure des cordes vocales, rarement sur les

ligaments vocaux supérieurs. La tumeur est sessile ou pédiculée. On ne connaît pas de causes particulières de sa formation. Parfois les papillomes se développent pendant l'existence du catarrhe chronique.

2. Le *fibrome* du larynx est aussi assez fréquent. Les tumeurs du larynx désignées sous le nom de *polypes laryngés*, sont en majeure partie des fibromes. Ceux-ci s'attachent le plus souvent aux cordes vocales et forment des excroissances de la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une cerise, le plus souvent pédiculées et d'une teinte blanchâtre ou rouge-brunâtre (v. fig. 19 et 20). Les gens qui fatiguent beaucoup la voix ont une disposition marquée à la formation des fibromes.

3. Les *kystes* et les « *polypes muqueux* » dus probablement à l'accumulation de produits sécrétoires dans un follicule muqueux, après obstruction de son conduit, se présentent rarement. On les rencontre dans les ventricules de MORGAGNI, à l'épiglotte, etc.

Les malaises qu'occasionnent dans le larynx les tumeurs bénignes, dépendent en partie de leur situation et en partie de leur dimension. Les

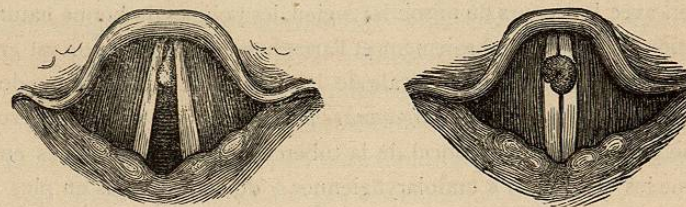


Fig. 19 et 20. (D'après ZIEMSEN.) Fibrome pédiculé.

petits polypes peuvent être exempts de tout symptôme et ne se découvrent qu'accidentellement au moyen du laryngoscope. Ce sont d'ordinaire l'enrouement, une sensation de pression et de grattement dans le larynx, ou, quand la tumeur est plus grande, la gêne respiratoire, qui invitent à faire l'examen laryngoscopique.

B. Tumeurs malignes. Carcinome du larynx.

Le carcinome du larynx se développe le plus souvent chez les vieillards, soit primitivement, soit par transmission d'un organe du voisinage. Dans le premier cas, ce sont les cordes vocales ou les ventricules de MORGAGNI qui constituent ordinairement son point de départ. Quand il est secondaire, il dérive d'un cancer de la langue, du pharynx, plus rarement de l'œsophage.

Les *symptômes du cancer du larynx* se développent insidieusement. L'enrouement, la gêne de la déglutition, les douleurs laryngées qui s'irradient souvent du côté de l'oreille, la dyspnée qui s'établit, et finalement les signes

d'affaiblissement et d'une émaciation générale, comme c'est le cas pour tous les cancers, composent l'ensemble de l'appareil morbide. Le diagnostic n'est possible qu'au moyen du laryngoscope. En outre, l'exploration digitale qui perçoit à l'entrée du larynx ou dans son voisinage une dureté caractéristique, vient en aide au diagnostic. La diversité des cas ne permet pas de donner une description uniforme de l'image fournie par le miroir laryngien. A sa lumière on voit une néoplasie, irrégulière d'aspect, ordinairement injectée, couverte de mucosité, parfois déjà à l'état d'ulcération et, à côté d'elle, les signes consécutifs du catarrhe, de la périchondrite concomitante, etc. Avec un peu d'exercice, le diagnostic n'est pas difficile. Cependant la distinction d'avec la tuberculose (bacilles tuberculeux) et la syphilis (effet d'un traitement spécifique) offre parfois des difficultés. Il importe donc d'examiner soigneusement tous les autres organes.

Le **traitement** des néoplasmes du larynx est essentiellement chirurgical. Nous devons renvoyer aux ouvrages spéciaux pour tout ce qui concerne les détails. Les laryngologues ont construit de nombreux instruments pour enlever, avec le secours du miroir laryngien, les polypes de bonne nature, par la section, la torsion, le broiement et l'arrachement. L'opération est grandement facilitée par l'anesthésie locale de la muqueuse laryngée (v. ci-dessus), qu'on obtient à l'aide du *badigeonnage à la cocaïne*. Quoi qu'il en soit, ici comme pour le traitement local de la tuberculose, nous soutenons en principe que les opérations « endolaryngiennes » doivent de plus en plus céder le pas à la laryngofissure. — Dans le carcinome du larynx il n'y a que l'ablation de la tumeur à l'aide de la *laryngofissure* ou par l'*extirpation totale* du larynx qui puisse aboutir à un succès. La laryngofissure est un procédé relativement inoffensif, tandis que l'extirpation totale n'a été exécutée que dans des cas exceptionnels avec le même résultat. Si l'intervention chirurgicale n'est plus possible, le traitement ne peut avoir pour objectif que de soulager les souffrances du malade (narcotiques, morphine, cocaïne, etc.)

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES.

CHAPITRE PREMIER.

CATARRHE AIGU DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES.

(Trachéite et bronchite catarrhale aiguë.)

Étiologie. Le catarrhe aigu des grandes voies aériennes (trachée et grosses bronches) est une maladie fréquente et qui peut souvent être attribuée à des causes de *refroidissement*. On comprend en effet que l'inspiration d'un air froid et humide exerce une influence directement nuisible sur la muqueuse des voies aériennes supérieures. Le catarrhe bronchique est très souvent associé à un catarrhe simultané du larynx, plus rarement de l'arrière-gorge. Dans le catarrhe bronchique commun et léger, l'affection ne s'étend guère au delà de la trachée et des premières ramifications bronchiques, les bronches de fin calibre restant intactes.

Les inflammations bronchiques sont plus intenses quand elles se déclarent à la suite d'*irritations mécaniques ou chimiques* à action plus puissante. Après l'inhalation de gaz nuisibles (principalement de vapeurs d'acide hyponitrique, d'acide sulfureux, de chlore et de brome) se développe parfois une forte bronchite, comme on l'observe principalement chez les ouvriers de fabrique. La respiration d'un air chargé de fumée, de poussière, notamment de poussière végétale, à laquelle sont particulièrement exposés beaucoup de métiers et de professions (meuniers, ouvriers de charbonnages, etc.), agit également d'une façon nocive. Dans ces formes de bronchite, le catarrhe s'étend souvent jusqu'aux bronches capillaires.

Plus fréquemment encore que les formes de bronchite primitive que nous venons de nommer, on voit la bronchite se déclarer au *cours d'autres maladies aiguës ou chroniques*. Les *causes infectieuses* ont vraisemblablement une grande part à leur production, notamment dans certaines maladies infectieuses aiguës (surtout la *rougeole* et la *coqueluche*) où la bronchite constitue une détermination locale presque constante, qui est probablement sous la dépendance immédiate de l'*infection primitive*. Dans la plupart des autres maladies infectieuses aiguës, au contraire, la bronchite se développe *secondairement* et tient en majeure partie à l'*aspiration de substances nuisibles*