désirable de l'inoculer, à des animaux, par exemple, en l'injectant dans la cavité péritonéale des cobayes (1).

(1) L'examen bactériologique comporte diverses manipulations très importantes : le simple examen sur lamelles ne donne en général aucun résultat, même pour les pleurésies à microbes pyogènes ordinaires (pneumocoques, Netter); pour les microbes, les cultures suffisent en général à en déceler l'identité. Pour le bacille de Koch, au contraire, il convient de recourir aux inoculations ; tout récemment cependant, MM. Bezançon et Griffon ont pu cultiver rapidement le microbe sur le sang gélosé ensemencé avec le dépôt du liquide pleural, centrifugé aussitôt après la prise.

Les inoculations doivent être faites avec certaines précautions : l'inoculation du dépôt obtenu par centrifugation est quelquefois infidèle : il est préférable d'injecter aux animaux de fortes doses de liquide, sans atteindre les limites de l'intoxication par le liquide, qui contient en effet des toxines tuberculeuses (Debove et Renault). Cette dernière propriété peut même être utilisée pour le diagnostic. Enfin Arloing et Courmont ont proposé de rechercher dans le liquide pleural la réaction agglutinante pour le bacille de Koch. Ces différentes méthodes, ajoutées au cytodiagnostic, permettent de faire le diagnostic de la nature des pleurésies ; la recherche de la perméabilité fournit des indications que l'on ne peut pas encore considérer comme aussi précises et certaines.

---

7. — **Examen du larynx.**

Le diagnostic des affections du larynx s'établit à l'aide de deux méthodes d'explorations, à savoir, la palpation et l'inspection. Toutes les deux peuvent être appliquées à l'examen extérieur et intérieur du larynx. C'est l'inspection intérieure du larynx, la *laryngoscopie*, qui présente un intérêt capital, et à l'heure qu'il est on est en droit d'exiger de tout médecin la connaissance parfaite de ce procédé d'exploration.

A. — Palpation du larynx.

La palpation du larynx peut être externe ou interne. Dans la palpation externe, on se contente d'appliquer les doigts sur les diverses parties extérieures du larynx ; dans la palpation interne, on introduit les doigts dans la cavité buccale en tâchant d'atteindre, autant que faire se peut, certaines régions de l'organe.

Lorsque, pendant l'émission de la parole, on pose le pouce et l'index légèrement de chaque côté des cartilages laryngiens, en des points symétriques, on perçoit une trémulation spéciale que nous appellerons *frémissement laryngé*. Brücke, qui, le premier, a décrit ce phénomène, l'a expliqué par la transmission aux parois laryngées de vibrations perceptibles des cordes vocales.

Le maximum de netteté et d'intensité des vibrations correspond au bord inférieur du cartilage thyroïde, c'est-à dire aux points d'insertion des cordes vocales vraies. De là, elles se propagent, en s'affaiblissant progressivement, vers le haut et vers le bas, et peuvent être suivies jusque bien au delà du domaine laryngien proprement dit. On les sent très facilement tout le long de la trachée, tant que celle-ci demeure accessible à la palpation ; on les rencontre également au-dessus de l'os hyoïde. Plus la voix est intense et grave, plus prononcé est le frémissement laryngé, conformément aux lois exposées page 189.

A l'état normal, le frémissement laryngien a une intensité égale des deux côtés en des régions symétriques, parfois il est un peu plus intense à droite. Lorsque les cordes vocales ont perdu, à la suite d'une paralysie de certains muscles du larynx, plus ou moins de leur motilité et leur vibratilité, et cela d'un côté seulement, il se produit, comme l'a montré pour la première fois Gerhardt, des différences tellement notables dans l'énergie du frémissement laryngien, qu'elles suffisent et qu'il n'est pas

besoin de laryngoscope pour établir le diagnostic de paralysie des cordes vocales. Malheureusement le phénomène n'est pas constant.

Dans la palpation externe, il faut rechercher aussi les *points douloureux* de la région du larynx. Il faut remarquer également que, notamment chez les vieillards dont les cartilages laryngés sont ossifiés, on perçoit quelquefois, en déplaçant latéralement le larynx, une sensation particulière de *crépitation*, due au frottement des cartilages contre la face antérieure de la colonne vertébrale (1).

Pour ce qui concerne *l'emphysème sous-cutané* de la région laryngée, voyez page 141.

Pour le diagnostic de certaines maladies du larynx, l'importance de la palpation interne l'emporte presque sur celle de la palpation externe. On comprend que, vu le peu de longueur du doigt, on ne puisse avec l'index, introduit dans la cavité buccale, atteindre que les parties supérieures de l'épiglotte et les ligaments ary-épiglottiques qui l'avoisinent. Mais là déjà se produisent des processus parfois très importants, dont le diagnostic est souvent plus aisé à établir à l'aide de la palpation qu'avec le secours du laryngoscope; citons l'œdème de la glotte et les corps étrangers placés à l'entrée du larynx.

Lorsque, dans l'œdème glottique, l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sont fortement infiltrés d'exsudat inflammatoire, le doigt reconnaît facilement les gros bourrelets gélatineux, surtout si l'on a commencé par se rendre compte sur des personnes bien portantes de l'état ordinaire de ces parties. De même, on arrive souvent, avec le doigt seul, à diagnostiquer les corps étrangers situés à l'entrée du larynx et à les enlever.

Le manuel opératoire est aussi simple que facile. Le malade s'assied sur une chaise, le dos fortement appuyé contre le dossier, la tête un peu repliée en arrière (pour y arriver plus facilement, on recommandera au malade de regarder en haut), la bouche largement béante et la langue tirée aussi complètement que possible. Il est presque toujours très avantageux pour le médecin d'envelopper d'un linge l'extrémité de la langue et de la maintenir entre le pouce et l'index de la main gauche pour en empêcher la rentrée. Puis, on introduit l'index redressé de la main droite dans la bouche du malade, en partant de la commissure gauche des lèvres.

Afin d'éviter des mouvements de suffocation et des vomituritions prématurées, on fera bien de faire suivre à ce doigt la voûte palatine, car tout attachement de la partie postérieure de la langue donnerait naissance à l'inconvénient qu'il s'agit précisément d'éviter. Quand l'extrémité digitale arrive au voisinage de la luette, alors seulement on la recourbe

(1) La palpation externe du larynx permet de déceler un signe d'anévrisme de la crosse aortique, *le signe de Mac Donnell*. Dans ce cas, si l'on fait tendre le cou du malade et qu'on abaisse avec deux doigts le cartilage cricoïde, on perçoit la propagation des battements de la poche aortique, transmis le long de la trachée.

rapidement en crochet, on l'abaisse rapidement et on cherche à atteindre avec elle l'épiglotte et l'appareil ligamenteux avoisinant. Pour éviter d'être mordu, on aura soin, avant de procéder à l'examen, d'introduire entre les mâchoires un bouchon suffisamment épais ou le manche d'une cuiller posé de champ.

B. — Inspection du larynx.

Comme pour la palpation, il faut, dans l'inspection, distinguer l'inspection externe du larynx d'avec l'inspection interne de cet organe.

L'*inspection externe* du larynx fait ordinairement reconnaître des processus dus à une affection laryngée non pas primitive, mais secondaire et propagée du voisinage : notamment les tumeurs qui ont pour point de départ tantôt la glande thyroïde, tantôt des ganglions contigus au larynx, et qui rétrécissent le larynx en le comprimant ou en l'écartant de sa situation normale.

Pour les maladies proprement dites du larynx, toute l'importance diagnostique revient à l'*inspection interne* de l'organe ou à la *laryngoscopie*. C'est à Czermak (1858) que revient le mérite de l'avoir introduite dans la pratique médicale, quoique déjà antérieurement quelques tentatives semblables eussent été faites (Senn, 1827 ; Warden, 1844 ; Manuel Garcia, 1855 ; Türck, 1857).

Le *principe physique de la laryngoscopie* est facile à saisir. Lorsqu'on laisse tomber des rayons de lumière sur un petit miroir, que l'on a placé au fond de la cavité bucco-pharyngienne, au-dessus de l'entrée du larynx, ces rayons, lorsque la position du miroir est bonne, se réfléchissent dans la cavité laryngienne et l'éclairent. Si l'observateur réussit à porter l'œil dans le faisceau des rayons dirigés sur le miroir, il est évident qu'il apercevra immédiatement dans le laryngoscope l'image éclairée du larynx. Toute la technique de la laryngoscopie se réduit par conséquent au maniement convenable du miroir laryngien et à l'emploi d'une source de lumière appropriée aux circonstances.

La forme et la matière première du *laryngoscope* ont subi bien des modifications ; et il est bien naturel que chaque inventeur ait préconisé son propre instrument. Un miroir rond en verre monté sur métal suffit pour tous les cas ; ce miroir est fixé par sa face postérieure à une tige d'argent malléable de force moyenne et d'une longueur de 8 à 10 centimètres. L'angle formé par le miroir et la tige sera de 135°, mais l'on fera attention à ce que l'on puisse varier la position du miroir, suivant les besoins. La tige elle-même est munie à son extrémité d'un manche en bois à huit faces d'égale largeur, qui permet de se servir de l'instrument avec toute certitude et commodément, comme d'une plume à écrire (fig. 112). Un laryngoscope à manche arrondi et poli est d'un maniement plus difficile.

Je ne puis recommander davantage la fixation de la tige dans le manche