

cinquième doigts contre le maxillaire inférieur. Le miroir doit prendre une position telle que sa surface réfléchissante soit tournée en avant et en bas; le point de soudure de la tige doit se trouver en haut et en dehors, et son autre extrémité au niveau de la commissure gauche des lèvres. Cette position doit être conservée pendant que l'on refoule en arrière le voile du palais. Quand on débute dans la laryngoscopie, il faut faire en sorte, pendant ces manipulations, que le miroir ne touche que le point avec lequel il se trouve en contact au début. Si au lieu de cela le miroir glisse sur la muqueuse d'avant en arrière ou de haut en bas, le malade, à moins d'être complètement insensible, fait aussitôt des mouvements de vomiturition qui forcent d'interrompre l'examen. L'application d'un doigt contre le maxillaire inférieur aidera considérablement à obtenir la tranquillité et la sûreté nécessaires dans le maniement du miroir; chez les malades qui ne sont pas trop sensibles, on peut en outre, après avoir refoulé le voile du palais, appliquer le bord inférieur du miroir contre la paroi postérieure du pharynx, qui fournit ainsi un second point d'appui.

§ 100. — Chez la plupart des malades on peut facilement examiner le larynx en suivant les règles que nous avons décrites, mais dans certains cas on se heurte à des difficultés plus ou moins grandes dans l'application du miroir, difficultés qui pour être vaincues exigent diverses manipulations. Chez certains malades le **voile du palais descend si bas en arrière de la langue** que l'on ne peut voir la luerie et que l'on ne sait où il faut placer le miroir. Toutefois cette disposition anatomique ne constitue pas une difficulté bien grande pour l'examen laryngoscopique. Il suffit d'engager le malade à émettre un son et de profiter de l'élévation du voile du palais qui en résulte pour placer le miroir à l'endroit convenable. Habituellement même, pendant l'émission d'un son, les parties se portent en arrière à tel point qu'il n'est pas nécessaire, après l'application du miroir, de refouler encore plus loin le voile du palais. — Chez d'autres sujets la **langue fortement recourbée en haut** rétrécit tellement l'espace qui la sépare du voile du palais que le miroir ne peut être introduit, ou que, lorsqu'on est parvenu à lui donner la position convenable, on ne parvient pas à l'éclairer suffisamment. On peut obvier facilement à cet inconvénient en faisant abaisser la langue par le malade lui-même au moyen d'une spatule recourbée à angle droit, ou ce qui vaut le mieux, à l'aide d'une simple anse en fil de fer; mais en même temps la langue sera projetée hors de la cavité buccale et même maintenue dans cette position par l'autre main du malade; si l'on ne prend pas cette précaution la langue fuit vers la gorge et rétrécit la cavité pharyngienne. Lorsque l'abaissement de la langue provoque des vomituritions, il ne reste plus qu'à prescrire au malade de s'habituer par des exercices à se rendre maître de ses muscles. En effet on apprend ordinairement bien vite à aplatir la langue en essayant très souvent de voir son propre pharynx devant une glace.

Dans d'autres cas encore c'est l'**épiglotte qui gêne ou masque complètement la vue du larynx**; c'est qu'alors l'épiglotte ne se relève pas suffisamment, même lorsque le malade émet une note. Quelquefois on réussit à lui donner une direction verticale en engageant le malade à rire ou à tousser, ou lorsqu'il est anxieux, en détournant son attention, et en laissant le miroir immobile jusqu'à ce que la respiration soit tout à fait libre. Si l'on ne peut rien obtenir de cette manière on fait renverser fortement en arrière la tête du malade au point que la face devenue presque horizontale regarde en haut; puis on place le miroir concave assez haut pour que la lumière tombe sur le palais mou et l'on introduit comme d'habitude le miroir laryngien. Dans cette position de la tête le point d'application du miroir se trouve reporté plus en arrière, et malgré l'inclinaison de l'épiglotte, on parvient cependant à voir le larynx. L'observateur doit se tenir debout devant son malade, car dans la position assise il ne parviendrait pas à plonger son regard dans la cavité buccale. Pour parer à cet inconvénient il suffit du reste de placer le malade les coudes appuyés sur les genoux; dans cette position la face regarde naturellement le sol, mais si la tête est fortement renversée en arrière, la face est tournée directement en avant, et la bouche se trouve à une hauteur qui permet au miroir concave placé dans sa position habituelle de projeter la lumière sur le palais mou. On a aussi essayé de relever mécaniquement l'épiglotte, et le moyen le plus simple consiste à employer un stylet boutonné recourbé en forme de crochet, avec lequel on saisit et attire en avant le bord supérieur de l'épiglotte pendant que le miroir laryngien est en place. Mais chez la plupart des malades le contact du crochet provoque des accès de toux ou des mouvements de vomiturition. C'est pourquoi, lorsqu'on ne parvient pas au but par le renversement de la tête et que l'on est obligé de se servir du crochet, des séances répétées sont habituellement nécessaires jusqu'à ce que peu à peu la sensibilité de l'épiglotte se soit suffisamment émoussée. Enfin l'obstacle le plus ennuyeux est celui qui résulte de la **trop grande sensibilité du malade**. Dans les cas favorables cet excès de sensibilité est limité aux diverses parties de la gorge, dont l'irritabilité est telle que même le plus léger contact provoque des mouvements de vomiturition. Habituellement des états inflammatoires de la muqueuse sont la cause de cette hyperesthésie. Dans ces cas il faut procéder à l'examen de façon à ne point toucher du tout les parties sensibles; on peut y parvenir de deux manières:

Après avoir introduit le miroir au-dessus de la langue on engage le malade à émettre une note et à la maintenir aussi longtemps que possible; on en profite pour placer le miroir au-dessous et près du voile du palais sans le toucher, et on l'introduit jusqu'à une très petite distance de la paroi postérieure du pharynx. Dès que le malade est au bout de sa note et que le voile du palais s'abaisse, on retire rapidement le miroir dans sa

première position. On répète cette manœuvre plusieurs fois, et le miroir étant replacé dans la position convenable pendant l'émission de la note, on cherche à voir l'intérieur du larynx. Le second moyen consiste à renverser en arrière la tête du malade. Lorsque ce renversement est tel que nous l'avons décrit plus haut, le palais dur se trouve situé au-dessus de l'orifice supérieur du larynx; on peut ainsi placer le miroir sur le palais dur si peu sensible et même directement en arrière des incisives, et l'on obtient alors l'image de l'intérieur du larynx, à condition toutefois que l'épiglotte soit suffisamment relevée et ne constitue pas elle-même un obstacle. Comme alors le faisceau lumineux doit tomber, non pas dans le fond de la gorge, mais sur le palais dur, on fait asseoir le malade dans une position verticale, et l'on n'est pas obligé de placer plus haut le miroir concave. Malheureusement l'hyperesthésie de la muqueuse se complique souvent d'une inclinaison de l'épiglotte en arrière. Il est alors impossible d'arriver à un résultat à la première séance; on ne parvient à voir le larynx que si l'on réussit à vaincre l'exagération de la sensibilité, et dans ce but, on prescrit des gargarismes astringents ou d'une solution de borax (2: 100); en outre, plusieurs fois par jour, on badigeonnera très soigneusement, avec un pinceau trempé dans la même solution, la luette, le voile du palais et les piliers. Le même traitement est de rigueur lorsqu'on se trouve en présence de cette forme plus sérieuse d'hyperesthésie, dans laquelle des vomiturations surviennent dès que le miroir est introduit dans la cavité buccale, avant même qu'il ait touché un point quelconque de la muqueuse.

§ 101. — Si l'on veut employer avec succès le laryngoscope pour le diagnostic et le traitement des maladies du larynx, il faut d'abord, cela va sans dire, avoir une connaissance exacte des détails que le miroir laryngien permet de reconnaître à l'état normal. Cette connaissance ne saurait être acquise par des descriptions ou à l'aide de pièces anatomiques, mais seulement par l'étude consciencieuse du larynx normal à l'aide du laryngoscope. Nous conseillons donc à tous ceux qui veulent apprendre à se servir de cet instrument, de s'exercer d'abord sur des larynx normaux principalement, afin d'acquérir l'habileté nécessaire dans le maniement du miroir et de se faire en même temps une idée exacte de l'aspect du larynx vivant, et si nous donnons dans les lignes qui suivent une **description de l'image laryngoscopique normale**, ce n'est qu'autant qu'elle est nécessaire pour s'orienter au début.

Comme point de repère pour l'étude de l'intérieur du larynx on choisit de préférence les **cordes vocales**. On les reconnaît facilement à leur coloration blanche éclatante et à leurs mouvements. Tant que le sujet respire largement, elles s'effacent sur les côtés du larynx, et leur écartement permet toujours de voir dans la profondeur la partie antérieure du cartilage cricoïde; en donnant à la colonne cervicale une direction le plus possible rectiligne, on parvient à reconnaître un certain nombre

d'anneaux de la trachée et même le point de bifurcation de ce conduit. Mais à chaque émission d'un son, les cordes vocales arrivent rapidement en contact sur la ligne médiane du larynx. Elle présentent alors une face supérieure large et un bord interne mince, sur lequel, principalement dans les tons bas, on peut observer nettement des vibrations. Pendant l'inspiration qui succède à l'émission d'un son, les cordes vocales s'écartent et reviennent à leur ancienne position. Dans la figure ci-contre les cordes vocales (1) sont en partie revenues à cette position. Ces mouvements qui peuvent être produits, du reste, intentionnellement, sont moins étendus lorsque la respiration est agitée. L'espace situé entre les cordes vocales, la **glotte** (2), présente habituellement la forme d'un triangle isocèle dont la base est formée par la paroi postérieure du larynx. Mais si les cordes vocales exécutent des mouvements répétés de peu d'étendue, on les voit s'infléchir au niveau de la limite qui sépare

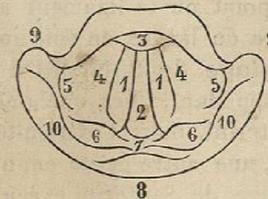


Fig. 109.

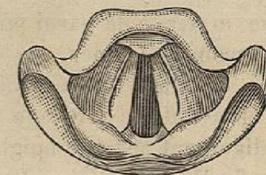


Fig. 110.

leur portion postérieure cartilagineuse de leur portion antérieure ligamenteuse, et former un angle ouvert en dedans ou en dehors. Le sommet de cet angle qui correspond à la pointe de l'apophyse vocale des cartilages aryténoïdes, se reconnaît à l'existence d'une petite tache jaune à ce niveau. — A leur extrémité antérieure les cordes vocales se réunissent dans l'angle des cartilages thyroïdes et sont recouvertes à ce niveau par le sommet (ou pétiole) de l'épiglotte, qui se prolonge en formant une petite tubérosité désignée sous le nom de **bourrelet de l'épiglotte** (3) (tubercule de CZERMAK). Latéralement et immédiatement au-dessus des cordes vocales on voit l'entrée du **ventricule de MORGAGNI** sous la forme d'une fente dirigée d'avant en arrière, et que l'on reconnaît facilement à sa coloration foncée; elle se termine en arrière en s'arrondissant un peu en avant de l'extrémité postérieure de la corde vocale correspondante, dans l'angle que forme la portion ascendante du cartilage aryténoïde avec l'apophyse vocale; en avant, par contre, elle se continue avec celle du côté opposé sous la forme d'une petite gouttière située entre le bourrelet de l'épiglotte et l'angle antérieur de la glotte. Le bord supérieur du ventricule de Morgagni est formé comme l'on sait par le ligament thyro-aryténoïdien supérieur appelé **ligament ventriculaire ou corde vocale supérieure** (4).