

veau, de proche en proche ou par voie lymphatique. Ces accidents se traduisent par : une céphalée rebelle à exaspérations nocturnes, des névralgies, quelquefois des paralysies par compression ou des signes de localisation cérébrale. Le sphénoïde presque entier, le quart de l'ethmoïde ont pu être éliminés. L'évolution est rapide ; le traitement, s'il intervient au début, conjure facilement les accidents. Le diagnostic précoce est souvent difficile. L'exploration avec le stylet fera la part des lésions osseuses, et appréciera le moment où l'ablation des séquestres est indiquée.

La syphilis nasale tertiaire sera distinguée de la *rhinite atrophique* qui ne provoque ni ulcérations, ni nécroses, et, dans les pays chauds, des rhinites graves provoquées par des larves.

Un traitement précoce peut prévenir les nécroses et les déformations ; mais la muqueuse subit toujours un certain degré de sclérose atrophique ; les lésions de la voûte sont redoutables dans tous les cas.

Syphilis héréditaire. — La *forme précoce* se traduit par le coryza syphilitique déjà décrit. La *forme tardive*, assez commune, consiste en un coryza indolore, plus insidieux que celui des nouveau-nés, donnant lieu à un écoulement sanieux fétide, à des ulcérations, puis à des pertes de substance, comme dans la rhinite tertiaire. Ailleurs, tout se borne à des lésions discrètes : syphilitides papulo-tubériformes, excoriations ou fissures de la muqueuse des ailes du nez ou de la cloison qui passent souvent inaperçues ou sont prises pour de la gourme ou de l'eczéma.

Fort important, le *diagnostic* sera basé : sur les caractères de l'écoulement, sanieux, sanguinolent et fétide, sur les lésions cutanées et muqueuses d'autres régions, sur la *triade d'Hutchinson* et les antécédents paternels ou maternels (avortements, accouchements prématurés). La confusion est à éviter avec la diphtérie nasale, l'ozène, la tuberculose et le lupus du nez.

CHAPITRE III

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DU LARYNX

EXAMEN CLINIQUE DU LARYNX

Cet examen exige l'emploi du *laryngoscope*. L'*autoscopie*, le *toucher intralaryngé*, la *palpation* et l'*inspection de la région cervicale antérieure* fournissent des renseignements complémentaires.

Laryngoscopie. — **Technique.** — **Instruments.** — L'outillage se compose essentiellement d'une *lampe* donnant un bon éclairage, d'un *miroir frontal* et d'un *miroir laryngoscopique*. Ce dernier consiste en un miroir plan, circulaire, ovale ou losangique, de 2 centimètres, 2 centimètres 1/2 ou 3 centimètres de diamètre, à glace bien étamée. Il est monté sur une tige mé-

tallique fine et résistante, s'adaptant à un manche de 1 centimètre au moins de diamètre, creusé de côtes ou de stries longitudinales.

Position du malade. — La tête directe un peu renversée en arrière, le sujet est assis en face du médecin, sur un siège de hauteur telle que sa bouche soit au niveau de l'œil qui observe ou un peu plus bas. Ses genoux réunis sont placés entre ceux du médecin. Il ouvre alors largement la bouche en découvrant les incisives supérieures, et tire la langue autant que possible, de façon à élever l'os hyoïde et le larynx, à relever l'épiglotte et à écarter la base de la langue de la paroi postérieure du pharynx. Le médecin saisit la pointe de la langue, recouverte d'un linge, entre le pouce (au-dessus) et l'index de la main gauche, pour fixer l'organe dans cette position, sans exercer de tractions sur lui. Le *miroir frontal* doit être incliné de manière à éclairer la base de la luette. Le *miroir laryngoscopique*, savonné et aseptisé avant chaque examen, est échauffé au-dessus de la lampe, par sa face miroitante (pour éviter la buée), puis posé par sa face métallique sur le dos de la main, qui en apprécie la chaleur. La main droite tient le manche, comme une plume à écrire entre, le pouce, l'index et le médium, qui le maintiennent sans le serrer, prêts à lui donner l'inclinaison convenable. Le miroir, introduit dans la bouche parallèlement au dos de la langue, sans le toucher, est redressé au fond de la gorge, parallèlement à la partie verticale de la base de la langue, de façon que son centre réponde à peu près à la base de la luette, la tige obliquant un peu vers la commissure labiale droite. L'inclinaison et l'enfoncement du miroir varient du reste avec les sujets. On l'incline d'abord à 45° au contact du voile et l'on fait respirer le sujet naturellement ; souvent alors, on n'aperçoit que l'épiglotte et ses replis ; mais l'émission du *hé*, relève l'épiglotte et découvre l'orifice supérieur du larynx, ou, au moins, la moitié ou le tiers postérieur des cordes vocales. On doit alors, pour les voir entières, jusqu'à l'angle antérieur, enfoncer doucement le miroir, refoulant le voile en haut et en arrière jusqu'à ce que la commissure antérieure (dans l'émission du son *hé*) devienne visible. Un échec tient en général soit à la mauvaise inclinaison du miroir, soit à un relèvement insuffisant de l'épiglotte. On fait alors varier l'inclinaison en élevant et abaissant doucement la main droite, et, si l'épiglotte gêne, on provoque l'élévation maxima du voile par l'émission, sur le ton le plus aigu possible, des sons *hi* ou *hai*, de manière à enfoncer un peu plus le miroir.

L'image laryngoscopique embrasse le vestibule du larynx et les cordes vocales, mais ne montre la paroi postérieure qu'en raccourci. On la voit mieux et même on aperçoit la paroi postérieure du pharynx, si, mettant un genou à terre, on examine de bas en haut le sujet debout, tête fléchie (*position de Kilian*). Chez les trachéotomisés, un petit miroir spécial, introduit dans la plaie trachéale, permet de voir la face inférieure des cordes vocales.

Difficultés de l'examen. — Plusieurs conditions peuvent gêner l'examen : une forte moustache (prier le sujet de la lisser ou de la relever avec la main) ; une lèvre supérieure trop longue (l'index gauche peut la relever ; la langue est alors tenue entre le pouce et le médium) ; la formation d'une bulle d'air sur l'isthme du gosier (faire exécuter, par la bouche, une large inspiration) ; un

dentier (le faire enlever); une saillie exagérée du dos de la langue (on déprime la langue avec une spatule tenue de la main gauche, tandis que le sujet tient lui-même l'extrémité de sa langue); une langue insuffisamment tirée, par brièveté ou érosion douloureuse du frein (on cherche à voir le larynx en déprimant la langue non tirée, avec une spatule, ou l'on garnit les incisives inférieures avec du coton); une luette trop longue (on place le miroir de côté, ou l'on en prend un assez large pour la cacher entièrement); de grosses amygdales (on les refoule avec le miroir; si le réflexe nauséux est exagéré, on choisit un miroir étroit, tenant entre les amygdales, sans les toucher); une saillie de la paroi postérieure du pharynx, due à une difformité ou à une lésion de la colonne cervicale (on fait pencher en avant laté te du sujet, ou l'on utilise la *position de Kilian*).

L'épiglotte, par sa situation ou sa conformation, est la principale source de difficultés. Elle peut être fortement renversée sur l'orifice du larynx et ne pas le découvrir entièrement pendant la phonation (enfants, prédicateurs, basses d'opéra): on prie alors le sujet soit de renverser la tête en arrière et d'émettre le son *hi*, en voix de tête, sur la note la plus aiguë possible, soit de respirer précipitamment, comme s'il avait couru ou s'il riait. Ce dernier artifice s'applique à ceux que la faiblesse des muscles respirateurs, la paralysie des muscles vocaux ou un néoplasme des lèvres de la glotte empêche d'émettre des sons aigus, mais non pourtant de relever l'épiglotte en s'efforçant de prononcer les lettres *e* ou *i*. Si toutes ces manœuvres échouent, on cocaine l'épiglotte et on la relève avec un stylet recourbé. Les mêmes procédés s'appliquent aux épiglottes malformées ou lésées (adhérences, œdème, tumeurs). Certaines lésions obligent parfois à placer successivement le miroir à droite, puis à gauche.

L'hyperesthésie pharyngée peut devenir un réel obstacle. Pour la vaincre, on rassure le patient en examinant devant lui un sujet entraîné; on remet, au besoin, à une autre séance. L'hyperexcitabilité réflexe est réelle chez les buveurs et les fumeurs; en ce cas, on maintient le miroir à quelques millimètres en avant du voile du palais que l'on cocaine au besoin (solution à 1/20^e). Par exception pourtant, la cocaine peut provoquer des vomiturations qui s'opposent à tout examen; on prescrit alors les bromures à l'intérieur et l'on engage le sujet à s'entraîner lui-même aux badigeonnages et aux attouchements du pharynx. L'échec tient souvent surtout à l'inexpérience du malade; on l'exerce alors, d'avance: à respirer largement, *du ventre*, la bouche largement ouverte; à prononcer les lettres *a*, *e*, *i* en soutenant le son quelques secondes; à tirer la langue fort. Les enfants indociles sont difficiles à examiner, d'autant plus qu'ils sont plus jeunes. On usera de patience, tâchant de gagner leur confiance. L'examen est impossible au-dessous de deux ans.

On peut être obligé de pratiquer l'examen au lit du malade; en pareil cas, on se place debout à gauche du sujet qui s'efforce de tourner tout le corps de votre côté; une lampe est maintenue fixe, à sa droite.

Aspects normaux. — A. **Examen anatomique.** — Le miroir donne, du larynx, une image virtuelle qui semble située derrière lui, inclinée comme

lui en bas et en arrière. Les parties postérieures du larynx y deviennent donc postéro-inférieures et les antérieures, antéro-supérieures, mais la moitié droite reste à droite et la gauche à gauche.

La laryngoscopie permet de constater les détails qui suivent (d'avant en arrière):

1° *Parties périphériques.* — La portion verticale de la *base de la langue* (en raccourci) est plus ou moins vallonnée par la saillie des follicules clos de l'amygdale linguale, souvent parcourue par des veines très visibles. L'épiglotte fait, derrière la base linguale, une saillie de 10 à 15 millimètres, plus visible par sa face linguale que par l'autre qui le devient seulement durant l'émission des sons aigus. La partie la plus inférieure de la face laryngée porte une petite saillie lenticulaire, le *tubercule antérieur de l'épiglotte*. Le bord libre de l'épiglotte offre souvent, en son milieu, une légère échancrure ou une petite saillie. Lisse, rosée, la muqueuse laisse deviner çà et là, sur les bords surtout, le cartilage sous-jacent.

Le milieu de l'épiglotte est relié à la base de la langue par le *pli glosso-épiglottique médian* qui sépare deux fossettes, les *vallécules*. Normalement, l'épiglotte n'entre jamais en contact avec la base de la langue; le fait ne se produit que si l'amygdale linguale est hypertrophiée. Des bords de l'épiglotte, deux plis gagnent les côtés du pharynx (*plis pharyngo-épiglottiques*).

L'ouverture du larynx est bornée: *en avant*, par l'épiglotte; *sur les côtés*, par les *plis ary-épiglottiques*, dont le bord supérieur, épais de 2 à 3 millimètres, présente, à l'union de son tiers postérieur avec son tiers moyen, la saillie du *cartilage de Wrisberg*, et, au-dessus de l'aryténoïde, celle du *cartilage de Santorini*; *en arrière*, par un repli muqueux unissant les deux aryténoïdes.

2° *Parties centrales.* — Au centre de l'image se montre l'intérieur du larynx en raccourci, les points étant d'autant plus profonds qu'ils semblent plus centraux. Deux bandes rectilignes, blanches et brillantes, allant de haut en bas du miroir, représentent les *cordes vocales*. Mobiles, rapprochées dans la phonation, écartées dans la respiration (au bas de l'image surtout), elles forment les deux grands côtés d'un triangle isocèle à sommet (commisure vocale antérieure), tourné vers le bord supérieur du miroir. Le bord libre de chaque corde porte, à son insertion sur l'aryténoïde, une saillie un peu jaune (*macula lutea*) qui sépare la *glotte intermembraneuse* de la *glotte intercartilagineuse*.

Les cordes vocales sont cernées en dehors, par une ligne sombre, parallèle à leur longueur, l'ouverture des *ventricules du larynx*. Plus en dehors, un gros bourrelet rouge qui leur est parallèle aussi, représente la *bande ventriculaire* ou *corde vocale supérieure*.

B. **Examen fonctionnel.** — L'épiglotte, mobile comme les cordes vocales, se redresse d'autant plus que la respiration est plus précipitée et le son émis

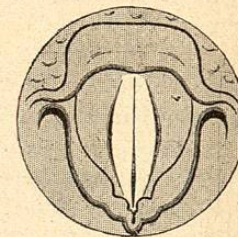


Fig. 121. — Larynx normal pendant la phonation (d'après Dieulafoy). — Cordes vocales tendues; contiguës dans leurs 2/3 antérieurs. Rapprochement des cartilages de Wrisberg et de Santorini, effaçant, en partie, la région inter-aryténoïdienne; épiglotte redressée; larynx allongé d'avant en arrière.

plus aigu. La glotte reste largement ouverte dans la respiration tranquille; elle se dilate encore plus, jusqu'à effacement des cordes vocales, dans l'inspiration forcée. Les bords libres des cordes s'affrontent, pour l'émission des sons, par rapprochement des aryténoïdes, et le larynx s'élève en totalité. Les bandes ventriculaires se rapprochent fortement dans les efforts de vomissement.

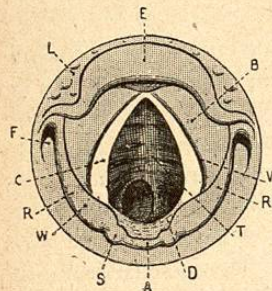


FIG. 122. — Larynx normal pendant une grande inspiration (d'après Dieulafoy).

E, épiglotte. — L, base de la langue. — B, bandes ventriculaires. — V, ventricule du larynx. — R, replis aryéno-épiglottiques. — A, région inter-aryénoïdienne distendue. — S, cartilage de Santorini. — W, cartilage de Wrisberg. — C, cordes vocales écartées au maximum. — F, fossette hyoïdienne. — T, trachée dont on aperçoit les anneaux. — D, bifurcation des bronches.

A. Aspects pathologiques. — Ils consistent en modifications de couleur et de volume des parties, ou en pertes de substance.

I. Modifications de couleur. — La *décoloration diffuse* plus ou moins jaune de la muqueuse, liée à l'anémie générale, est commune chez les chlorotiques et les tuberculeux.

La *décoloration circonscrite* tient habituellement à la cicatrice d'une ulcération, lupique, syphilitique ou autre.

La *rougeur* diffuse ou circonscrite de la muqueuse est propre aux inflammations aiguës ou chroniques.

La *laryngite aiguë* et la *syphilis du larynx* sont les causes principales de la rougeur diffuse.

La première teint d'abord les cordes vocales en rose ou en rouge foncé, semé parfois de petites

taches, blanches dans l'influenza (infiltration fibrineuse) ou brunes dans la laryngite hémorragique (ecchymoses punctiformes).

La *laryngite syphilitique secondaire* (roséole du larynx) détermine une rougeur presque purpurique, plus marquée sur les cordes vocales, un peu dépolies et rugueuses. Les lésions secondaires et tertiaires s'accompagnent habituellement d'une hyperémie analogue.

La rougeur, limitée aux cordes, est physiologique et permanente chez certains individus (teinte rose sans tuméfaction); elle est quelquefois, aussi, émotive et passagère, provoquée par l'examen ou les efforts nauséux.

II. Modifications de forme. — La tuméfaction d'une ou plusieurs parties, un néoplasme, une perte de substance, une cicatrice vicieuse, une fracture ou une luxation des cartilages, entraînent des déformations plus ou moins marquées.

Les tuméfactions partielles ont pour causes principales : l'épaississement congestif ou inflammatoire de la muqueuse, l'infiltration ou l'œdème. Elles intéressent (isolément ou non) : l'épiglotte, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires, les cordes et la région sous-glottique.

Épaissie et difforme l'épiglotte devient moins mobile; gonflées, les bandes ventriculaires masquent en partie les cordes; infiltrés, les aryténoïdes forment une saillie globuleuse; les replis ary-épiglottiques s'épaississent; la

paroi postérieure du larynx est plissée ou mamelonnée; les *cordes vocales*, rigides, s'émoussent sur leurs bords souvent irréguliers; tuméfiée, la *région sous-glottique* déborde chaque corde sous forme d'un bourrelet rouge qui semble une corde supplémentaire.

Les *épaississements* ou *infiltrations* peuvent indiquer une laryngite chronique, un abcès, une lésion syphilitique ou tuberculeuse.

En cas d'*œdème*, les parties gonflées sont tendues, transparentes, jaunâtres ou à peine rosées. Portant très rarement sur les cordes vocales, l'œdème atteint surtout l'épiglotte qui devient sphérique, demi-transparente, comparable à un turban, et les replis ary-épiglottiques transformés en deux longs bourrelets tremblotants.

Les *néoplasmes* forment des saillies circonscrites sur une muqueuse non enflammée, occupant plutôt, quand ils sont bénins, la moitié antérieure du larynx, et s'ils sont malins, la moitié postérieure.

Solitaires ou multiples, sessiles ou pédiculés, les *papillomes*, gros comme un grain de mil ou une noix, gris rosé ou rouges, verruqueux, vilieux ou mûri-formes, siègent plutôt sur les bandes ventriculaires et sont, avec les *fibromes*, les néoplasmes bénins les plus communs. Globuleux ou piriformes, pâles et lisses, les *fibromes* occupent le bord libre des cordes vocales, à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen, tantôt solitaires, tantôt doubles (de part et d'autre de la glotte). Plus rares, les *kystes*, gros comme un grain de chènevis ou un noyau de cerise, arrondis ou ovalaires, plus ou moins transparents, siègent sur la face laryngée de l'épiglotte.

Les *tumeurs malignes* (épithéliomes, carcinomes, sarcomes), assez analogues d'abord aux tumeurs bénignes, deviennent en premier lieu suspectes : par leur unilatéralité, leur large insertion sur des tissus épaissis et hyperémiés, leur tendance à envahir une corde vocale et à en limiter les mouvements. Plus tard, leur extension, leur évolution ulcéreuse et végétante les dénoncent encore mieux.

En dehors des tuméfactions pariétales, la *sténose laryngée* peut tenir à une luxation, à une bande cicatricielle, donnant alors les images laryngoscopiques les plus variées.

III. Ulcérations. — Les *érosions superficielles* traduisent : soit des *plaques muqueuses*, grisâtres, opalines, cernées d'une auréole congestive, siégeant plutôt sur l'épiglotte ou les bandes ventriculaires; soit, au cours d'une inflammation catarrhale, des *ulcères simples*, tantôt arrondis ou ovalaires (sur les cordes vocales), tantôt fissuraires (dans la région inter-aryénoïdienne), fugaces, passant aisément inaperçus. Exceptionnellement, l'érosion résulte d'un traumatisme, de l'introduction d'un corps étranger ou d'un instrument dans le larynx.

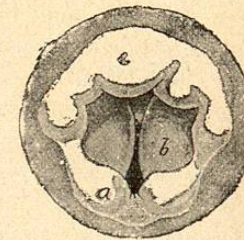


FIG. 125. — Œdème aryngé (chez un brightique) (d'après Dieulafoy).

e, épiglotte très tuméfiée. — a, région aryénoïdienne déformée et déjetée vers l'œsophage. — b, bandes ventriculaires très œdématisées masquant les cordes vocales, sauf leur extrémité antérieure.

Les *ulcérations tuberculeuses*, peu de temps superficielles, vite infiltrées à leur base, présentent un fond plat, gris ou jaunâtre, des contours irréguliers décollés. Entourées de tissus mous, pâles, livides, elles sont souvent couvertes de pus, hérissées de granulations et de végétations polypiformes. Elles forment, sur la région inter-aryténoïdienne de préférence, de longs sillons verticaux. Parfois, l'ulcération se cache dans un pli de la muqueuse, ou est masquée par les végétations qu'elle émet. Sur les cordes vocales, elle occupe le bord libre ou la face supérieure, limitée à l'apophyse vocale ou intéressant toute la longueur de la corde, sous forme d'un sillon jaunâtre entre les lèvres duquel l'autre corde s'engage pendant la phonation. Ailleurs, la corde est dentelée par des ulcérations multiples. A la face inférieure de la corde, les ulcérations sont invisibles ou se trahissent par un léger bourrelet rouge dépassant son bord libre. Les ulcérations des bandes ventriculaires sont souvent très étendues, entamant d'habitude la région inter-aryténoïdienne. Celles de l'épiglotte, sur la face laryngée surtout, s'accompagnent d'épaississement et d'infiltration.

Les *ulcérations syphilitiques* à bords nets, élevés, taillés à pic, à base très épaisse, entourées de tissus rouges et fermes, souvent solitaires, occupent plutôt les zones avoisinant le pharynx (épiglotte, aryténoïdes) que les cordes vocales.

Les *tumeurs malignes* aboutissent à des ulcères fongueux, sanieux, saignants et à base néoplasique.

L'apparition des cartilages (reconnaissables à leur blancheur), au fond d'une ulcération, est un signe de péri-chondrite.

IV. *Exsudats. — Corps étrangers.* — Des exsudats ou des sécrétions diverses peuvent masquer les parois laryngées. Dans le *catarrhe aigu* ou *chronique*, des mucosités grisâtres, blanchâtres ou jaunâtres, en petits pelotons sur une corde vocale, ou en filaments, d'une corde à l'autre, se forment soit sur place, soit dans l'arbre respiratoire inférieur; ailleurs, des croûtes, jaune verdâtre ou teintées de sang, recouvrent en partie les cordes (laryngite sèche) ou la paroi postérieure du larynx.

Du pus ou des détritons puriformes masquent souvent aussi les *ulcérations*. Un exsudat fibrineux, blanc grisâtre, disséminé ou continu, est généralement d'origine *diphthérique*.

Certains corps étrangers, enclavés, grâce à leur volume, ou fixés par leurs pointes (aiguille, arête), sont visibles au laryngoscope, à moins qu'ils ne se dissimulent, en partie, dans le ventricule.

B. *Examen fonctionnel.* — Les troubles fonctionnels sont *sensitifs* ou *moteurs*, les derniers constatables seulement au laryngoscope.

1° *Spasmes.* — Quand elles sont visibles, les deux cordes apparaissent violemment serrées l'une contre l'autre, ne s'écartant que momentanément pour laisser entrer un peu d'air. Les bandes ventriculaires, les parois latérales du larynx tendent aussi à se juxtaposer.

2° *Paralysies.* — Elles sont uni- ou bilatérales. *Unilatérales*, elles rendent la glotte asymétrique, pendant la respiration ou la phonation.

La *paralysie de l'abducteur* d'une corde vocale empêche ou limite son écartement pendant l'inspiration.

La *paralysie des adducteurs d'une corde vocale* se traduit, dans la phonation ou l'émission du son *è*, par son rapprochement insuffisant ou nul, de l'axe médian.

La *paralysie de tous les muscles moteurs d'une corde vocale*, la frappe d'inertie, elle et la moitié correspondante du larynx, dans la respiration et la phonation. Dans une situation intermédiaire à celles de ces deux fonctions, elle semble plus courte et son bord libre est un peu concave. Dans la phonation, la corde saine dépasse la ligne médiane, et l'aryténoïde correspondant chevauche celui qui est inerte.

La *paralysie bilatérale* respecte la symétrie de la glotte, mais l'empêche de s'ouvrir et de se fermer complètement, dans la respiration et la phonation.

La *paralysie des dilatateurs* se traduit, pendant les efforts d'inspiration, par l'écartement insuffisant ou nul des cordes, et même dans les inspirations forcées, par leur rapprochement; pendant la phonation, leur contact est normal.

La *paralysie des constricteurs* s'oppose au rapprochement des cordes (normalement écartées pendant l'inspiration) dans les efforts de phonation.

Des images différentes résultent des paralysies isolées de telle ou telle paire de muscles phonateurs.

La *paralysie des muscles ary-aryténoïdiens* ne laisse ouverte, pendant la phonation, que la glotte intercartilagineuse.

La *paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens* respecte, pendant la pho-

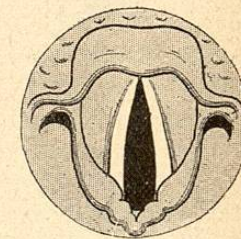


FIG. 124. — Paralysie des constricteurs pendant un effort de phonation (d'après Dieulafoy). — Quoique relativement tendues, les cordes vocales ne peuvent se rapprocher vers la ligne médiane. L'orifice glottique est triangulaire (paralysie des crico-aryténoïdiens latéraux et de l'ary-aryténoïdien).

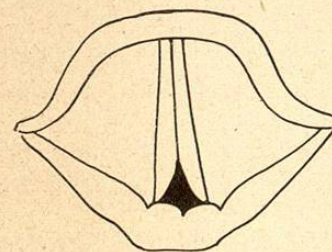


FIG. 125. — Paralysie des muscles ary-aryténoïdiens.

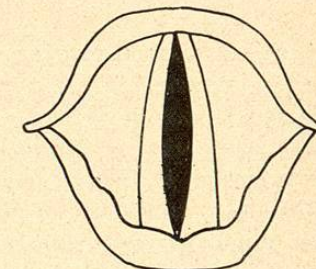


FIG. 126. — Paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens.

nation, l'occlusion de la glotte intercartilagineuse, laissant, entre les cordes vocales relâchées, une fente elliptique, très étroite en cas de simple parésie (dans l'inflammation catarrhale).

La *paralysie simultanée des thyro-aryténoïdiens et des ary-aryténoï-*

diens laisse la glotte entr'ouverte en avant et en arrière des apophyses vocales restées en contact.

La *paralysie des crico-thyroïdiens* (tenseurs des cordes vocales) donne au bord libre des cordes vocales un aspect flexueux et onduleux.

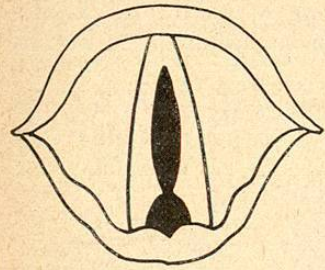


Fig. 127. — Paralysie simultanée des muscles thyro-arythénoïdiens et ary-arythénoïdiens.

La *paralysie de tous les muscles du larynx* (paralysie récurrentielle complète bilatérale) place les cordes vocales dans une position immuable, intermédiaire à celles de la respiration et de la phonation; quand la

paralysie est ancienne, les cordes paraissent amincies et rétrécies (par atrophie musculaire).

5° **Incoordination motrice.** — Les cordes vocales sont sujettes à des mouvements incoordonnés dont les principaux sont les suivants : rapprochement brusque spasmodique, ou série de rapprochements saccadés rapides des cordes vocales, à chaque tentative de phonation ou à chaque inspiration (paralysie des adducteurs); alternatives irrégulières de rapprochement et d'écartement brusque (chorée, sclérose en plaques); tressaillement ou tremblement rythmique (paralysie agitante); mouvements ataxiques d'adduction ou d'abduction.

Causes d'erreur possibles. — L'incoordination peut tenir à l'émotion ou à une respiration déficiente, à la gêne qu'apporte au mouvement des cordes un miroir trop large ou trop enfoncé. La situation oblique du miroir peut faire paraître la glotte asymétrique. Son asymétrie peut en outre résulter d'une malformation congénitale (asymétrie du cartilage thyroïde).

Autres modes d'exploration. — **Autoscopie ou laryngoscopie directe.** — Décrite par *Kirstein*, elle consiste à introduire le plus loin possible, sur la base de la langue, une longue spatule à extrémité un peu recourbée par en bas; en déprimant le plus possible et attirant en avant la base de la langue, on relève l'épiglotte, et le larynx devient directement visible. Le médecin est debout; le sujet, assis, la tête légèrement relevée, porte le cou en avant. Mais peu de malades supportent la spatule, qui, du reste, ne laisse généralement voir que la partie postérieure du larynx, exceptionnellement la commissure antérieure. À peine peut-on tirer profit de cette méthode, pour examiner, sous le chloroforme, les enfants indociles.

Toucher. — Le toucher se pratique directement avec l'extrémité du doigt, ou indirectement avec un stylet recourbé.

Toucher digital. — Ce procédé s'applique aux jeunes enfants, inaccessibles à la laryngoscopie, pour vérifier : l'œdème, une tumeur, un corps

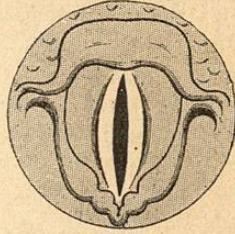


Fig. 128. — Paralysie des tenseurs (crico-thyroïdien ou éleveurs du larynx) (d'après Dieulafoy). — Cordes vocales incurvées ou godronnées sur leur bord libre; glotte légèrement béante.

étranger. L'index se porte jusqu'à la paroi postérieure du pharynx; sa pulpe, ramenée en avant, soulève l'épiglotte et sent, un peu plus en arrière, les saillies résistantes et juxtaposées des arythénoïdes. Normalement, ces parties sont lisses et régulières. À l'état pathologique, l'épiglotte, tuméfiée, semble arrondie, lisse ou lobulée, à bords mousses (œdème); quand les arythénoïdes sont tuméfiés, l'orifice du larynx est indistinct. Le papillome laryngé donne au doigt l'impression d'une masse irrégulière, rugueuse.

Toucher avec la sonde. — La sonde à larynx est une tige métallique à extrémité recourbée, montée sur un manche de grosseur et de poids convenables. Précédée de cocaïnisation, soit par insufflation (avec un insufflateur) d'un mélange (ââ) de sucre de lait et de chlorhydrate de cocaïne, soit par application directe (avec une seringue spéciale) d'une solution de cocaïne au 1/20°, l'exploration avec la sonde (dont on peut faire varier la courbe suivant les besoins) s'opère sous le contrôle du miroir. À l'état pathologique, cet examen, qui exige une certaine expérience, permet d'apprécier : la consistance, la mobilité d'une tumeur ou d'un corps étranger; le point d'insertion d'un néoplasme; la dénudation d'un cartilage; l'anesthésie laryngée.

Exploration extérieure. — Inspection. — Normalement, on voit, sur le cou, la saillie du cartilage thyroïde (*pomme d'Adam*) animée de mouvements verticaux pendant la déglutition, la phonation, le chant et les grands efforts respiratoires. La sténose laryngée amplifie ces mouvements. Les déviations latérales de la pomme d'Adam sont dues à son refoulement par une *tumeur du cou*. Une tuméfaction de la pomme d'Adam ou de son voisinage, mobile avec elle, indique soit un *néoplasme du larynx* ou du *corps thyroïde*, soit une *périchondrite*.

Palpation. — Complément nécessaire de l'inspection, la palpation permet d'apprécier : la forme, la situation, la mobilité du larynx; la saillie de la pomme d'Adam; l'état des faces latérales du thyroïde et de l'arc antérieur du cricoïde; le frémissement vocal, pendant la phonation; les mouvements verticaux du larynx liés à la phonation et à la déglutition. Le palper constate également les *déviations pathologiques du larynx*, dont les mouvements spontanés ou provoqués entraînent souvent, dans ces cas, une *crépitation* perceptible aux doigts (frottements des cornes supérieures du cartilage thyroïde sur les vertèbres cervicales) et qu'on ne confondra pas avec la *crépitation intra-laryngée*, par fracture ou nécrose du larynx, ou avec le *bruit de castagnettes* que peut donner la pression sur le larynx, en cas de raréfaction des cartilages (tumeurs malignes).

Toute sténose laryngée marquée comporte un sifflement respiratoire accompagné de frémissement vibratoire dont le siège maximum, au point sténosé, peut être précisé par le palper. La palpation éveille aussi des douleurs dont la localisation peut renseigner sur le siège de certaines lésions : périchondrite, fractures du cricoïde ou du thyroïde, névrite du récurrent. Le palper peut encore, en constatant le défaut de rapprochement du cricoïde et du thyroïde dans les efforts vocaux, reconnaître la paralysie du crico-thyroïdien.