

La *toxi-infection diphtérique* se traduit par : des paralysies, précoces ou tardives ; des troubles cardiaques ; la diphtérie bronchique.

Les *infections associées* peuvent provoquer : la bronchite, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie, dont le bruit tubaire ou canulaire masque souvent les signes d'auscultation ; une septicémie succédant parfois à un érysipèle ou à un phlegmon nés de la plaie trachéale.

Diagnostic. — Il est facile, en cas d'angine diphtérique avérée ; difficile dans le *croup d'emblée*, le *croup secondaire* (à la rougeole) ou si, l'intoxication profonde masque les troubles laryngés. Le croup d'emblée simule toutes les causes de dyspnée laryngée : spasme glottique, corps étrangers du larynx, œdème sous-glottique, etc. ; on se basera sur les antécédents, l'état de la gorge, du nez, de la peau et des muqueuses. Le croup reconnu, reste à décider si la laryngite est diphtérique ou non, pure ou associée. Dans la diphtérie pure, les signes d'intoxication sont nets, les fausses membranes bien formées, l'épiglotte (examinée avec l'abaisse-langue) ne porte pas trace de suppuration laryngée ; en cas de diphtérie associée, l'épiglotte, rouge, offre un suintement purulent ou muco-purulent, venant du larynx, le tubage provoque le rejet, non de fausses membranes, mais de mucopus.

VI. — LARYNGITES CHRONIQUES

Signes étiologiques. — La laryngite chronique succédant à des poussées aiguës répétées et non traitées, est favorisée par : le surmenage vocal (orateurs), les milieux surchauffés, la poussière (meuniers, charbonniers, tailleurs de pierre), le tabac, l'alcool, les mets épicés, la pharyngite granuleuse et l'insuffisance nasale. La tuberculose, la syphilis engendrent des laryngites chroniques spécifiques, étudiées à part.

Signes cliniques. — Les symptômes fonctionnels, très peu accusés, consistent surtout en un *enrouement* tantôt permanent, tantôt matinal ou vespéral, accru par les efforts vocaux, l'abus du tabac ou des boissons alcooliques. Le sujet éprouve une simple sensation de sécheresse, origine de brèves secousses de toux (*hem*) plus ou moins répétées, et, un peu de dysphagie, quand les glandes de la base de l'épiglotte sont tuméfiées ; sa voix se fatigue vite, quand il parle longtemps. L'*expectoration* est rare (à moins de trachéo-bronchite), muqueuse, en boules grisâtres plus ou moins visqueuses ; quand elle est très adhérente, la toux devient quinteuse.

Le laryngoscope permet de distinguer trois formes : *catarrhale*, *hypertrophique* et *érosive*.

Dans la *forme catarrhale*, la muqueuse laryngée apparaît tuméfiée, chagrinée, humide ; les cordes vocales inférieures, voilées d'un mucus filant qui s'étire entre les lèvres de la glotte, ont perdu leur éclat ; il y aurait parésie des adducteurs de la glotte ; les régions aryénoïdiennes et la base de l'épiglotte (zones glanduleuses) sont plus tuméfiées.

La *forme hypertrophique* se traduit par une tuméfaction diffuse du larynx.

mais prédominante sur les aryénoïdes dont la déformation en capuchon entrave le rapprochement (enrouement permanent), ainsi que sur l'épiglotte et ses replis. Toute la muqueuse du larynx est épaissie, dans les cas anciens.

Dans les *formes érosives*, les cordes vocales et les aryénoïdes présentent des érosions grisâtres entourées d'un cercle rouge et guérissant spontanément.

Diagnostic. — Les laryngites chroniques simples, surtout hypertrophiques et érosives, doivent être soigneusement distinguées des laryngites tuberculeuses et syphilitiques ; ce qui est possible, grâce aux commémoratifs, à l'état général, à l'enquête bactériologique, à l'examen de la gorge et du nez, mais surtout grâce à la laryngoscopie qui lève tous les doutes.

VII. — TUBERCULOSE DU LARYNX

Répondant aux causes banales de toute laryngite, la laryngite tuberculeuse exige en outre l'infection bacillaire, primitive ou secondaire (passage des crachats), quelquefois hémotogène.

Signes cliniques. — Ces laryngites traversent trois phases : 1° congestive ou catarrhale ; 2° ulcéreuse ou d'infiltration ; 3° nécrotique ou de péri-chondrites.

I. **Phase congestive, catarrhale.** — Le prurit laryngé entretient d'abord une toux sèche coqueluchoïde ; l'expectoration est muqueuse. Au laryngoscope, tout le larynx est pâle, ou, les régions aryénoïdiennes sont seules rouges ; la muqueuse inter-aryénoïdienne est plissée et veloutée.

II. **Phase ulcéreuse ou d'infiltration.** — La *toux* devient éructante ou émissante. La *voix* est tantôt pluritonale ou eunuchoïde, par contracture réflexe

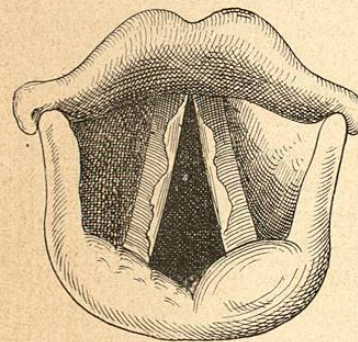


FIG. 129. — Laryngite tuberculeuse ; phase d'ulcération.

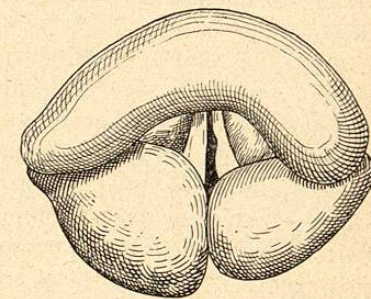


FIG. 150. — Pseudo-œdème des régions aryénoïdes et de l'épiglotte, d'origine tuberculeuse.

des muscles phonateurs ; tantôt éteinte, par parésie des cordes, infiltration de la muqueuse inter-aryénoïdienne ou arthrite crico-aryénoïdienne. La *douleur* devient plus vive, brûlante, exaspérée par la déglutition, des liquides ou de la salive surtout, souvent compliquée d'élançements dans une oreille ou les

deux, quand le bol alimentaire passe sur l'épiglotte. L'*expectoration* est purulente ou sanguinolente. La *dyspnée* varie avec le degré d'infiltration du larynx (infiltration sus-glottique ou sous-glottique). Au *laryngoscope*, les cordes vocales et la muqueuse inter-aryténoïdienne sont épaissies et rosées ; variables, les *ulcérations* consistent soit en érosions simples des bords libres des cordes, soit en ulcérations jaunâtres, compressives (par pression réciproque des tissus tuberculeux) dédoublant les cordes en deux arêtes ou les échancrant en dentelle. En d'autres points, sur le haut de la trachée, on voit d'autres ulcérations, peu profondes, irrégulières, à base plus ou moins pâle. L'*infiltration tuberculeuse* peut encore se traduire par de *pseudo-œdèmes* durs des régions aryténoïdes et de l'épiglotte dont le gonflement rappelle le museau de tanche ou le paraphimos. Il arrive aussi que des végétations polypoïdes (*papilomes tuberculeux*) obstruent la lumière du larynx.

III. Phase nécrotique ou de périchondrite. — Tous les troubles fonctionnels s'aggravent ; la tuméfaction, les ulcérations s'accroissent ; les cartilages, nécrosés, sont l'origine d'abcès dont la saillie devant le cricoïde peut simuler un goitre. La dyspnée, les hémorragies, et, plus encore, l'inanition achèvent les malades.

Diagnostic. — Le diagnostic est particulièrement délicat au début de la forme primitive. Celle-ci se reconnaît aux caractères suivants : laryngites récidivantes chez des sujets à antécédents suspects ; dysphonies prémonitoires souvent très précoces ; enrrouements rapides dans le chant ; douleur réduite à un simple prurit ou à la sensation de boule au haut du cou, phénomènes exagérés chez la femme par la menstruation ; objectivement, rougeur et tuméfaction rebelles des régions aryténoïdiennes, avec pâleur du pharynx.

La confusion est à éviter avec les affections suivantes :

La *laryngite chronique simple*, affection ancienne, se traduisant par une rougeur diffuse sans gonflement circonscrit, par des érosions rares, sans bourrelet saillant, par des nodules vocaux blancs, coniques, symétriques sur les deux cordes vocales.

Le *lupus du larynx*, habituellement secondaire à un lupus cutané ou pharyngé.

La *syphilis du larynx* surtout est l'objet de confusions. En cas de *syphilis secondaire*, l'endo-larynx est carminé ou jambonné ; on constate des plaques muqueuses gutturales et des adénopathies cervicales postérieures. La *syphilis tertiaire* se traduit par une ulcération unique, entourée d'un halo rouge, creusant vite en profondeur et se limitant volontiers à l'épiglotte. Dans le doute, on envisagera : l'évolution, l'état général, les caractères bactériologiques des produits de curetage, les résultats d'un traitement d'épreuve. Il est du reste des cas hybrides (surtout syphilis compliquée tardivement de tuberculose).

Les *tumeurs malignes du larynx* se manifestent, chez un sujet âgé, par des végétations rougeâtres, verruqueuses, d'abord unilatérales, accompagnées de douleurs vives. Les tumeurs et la tuberculose de l'épiglotte sont surtout difficiles à différencier.

Les *polypes du larynx*, quoique isolés et circonscrits, prêtent pourtant à

confusion avec les pseudo-papilomes et les pseudo-fibromes tuberculeux.

Les *œdèmes aigus* ou *chroniques du larynx* sont aisés à reconnaître.

Le *léprome du larynx* consiste en un épaississement diffus et rouge de tout l'organe, coïncidant avec des lésions buccales typiques.

Le *laryngo-sclérome*, associé à des lésions de même ordre sur le nez et le pharynx, épaissit toute la muqueuse laryngée, sans l'ulcérer.

VIII. — LUPUS DU LARYNX

Le lupus du larynx, primitif ou secondaire à un lupus préexistant, observé de quinze à trente ans, un peu plus souvent chez la femme, constitue une variété rare de tuberculose atténuée. Il frappe, par ordre de fréquence : l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, la région aryténoïdienne, exceptionnellement les cordes vocales. Le début est insidieux, sans douleur ni enrrouement (sauf atteinte des cordes), ni toux. Au laryngoscope, on note : d'abord une teinte livide ou une infiltration diffuse ; plus tard, de petits mamelons rosés analogues à ceux de la peau ; finalement, des ulcérations fongueuses. Les lésions prédominent sur l'épiglotte qui est plus ou moins rongée. La maladie dure dix à vingt ans.

Le lupus peut, en s'ulcérant, engendrer la périchondrite ou, en se cicatrisant, provoquer des sténoses rebelles ou des adhérences vicieuses. La généralisation tuberculeuse est également possible.

Diagnostic. — On se gardera de confondre le lupus du larynx avec la *lèpre* (mamelons isolés, blanchâtres) ou l'*épithélioma* (douleurs, âge avancé). La coexistence de lésions faciales ou pharyngées facilite beaucoup le diagnostic.

IX. — SYPHILIS DU LARYNX

La syphilis laryngée est assez rare.

Accident primitif. — On connaît de rares exemples de chancre du larynx. La lésion est généralement méconnue ou reconnue seulement à ses suites.

Accidents secondaires. — Les troubles fonctionnels sont ceux de toute laryngite : fatigue rapide de l'organe, raucité de la voix souvent grave et sèche ; parfois aphonie complète, secousses de toux (*Hem*). Le surmenage vocal, l'alcoolisme ont souvent leur part étiologique.

Les *signes laryngoscopiques* sont variables suivant l'âge des lésions. On observe divers aspects : 1° un *érythème* vermillon, à évolution torpide ; 2° des *plaques muqueuses* sur les bords libres de l'épiglotte et des cordes vocales exposés au frottement (grisâtres, diphtéroïdes, rugueuses, cernées de rouge carmin, celles-ci sont habituellement symétriques, allongées, creusées sur les deux cordes vocales teintées de rouge sombre) ; 3° des *papules érosives* (plus rares) disséminées comme celles de la peau, mais prédominant sur les cordes ; 4° des *infiltrations œdémateuses*, surtout sous-glottiques, propres

aux fumeurs et aux orateurs; 5° la *paralysie d'une corde en adduction* pouvant résulter de la compression d'un récurrent par un ganglion tuméfié; 6° l'*hyperplasie générale de la muqueuse* (syphilome laryngien), lésion de transition dans les syphilis graves.

Diagnostic. — Les lésions secondaires prêtent à confusion : avec les *ulcérations aphteuses, herpétiques, grippales*, généralement associées à des lésions similaires du pharynx et de la bouche; surtout avec la *tuberculose* qui siège aussi sur les cordes vocales; mais dans la syphilis celles-ci sont carminées, et les ulcérations qu'elles présentent coïncident avec des plaques de l'épiglotte, des piliers, avec de la roséole.

Syphilis tertiaire. — Elle frappe le larynx de la dixième à la vingtième année, ou bien plus tard. On constate des signes de laryngite banale et une dyspnée plus ou moins marquée. Les *signes laryngoscopiques* sont variables. Les *gommés*, souvent uniques, forment sur l'épiglotte plutôt, ou sur les bandes ventriculaires, des saillies rougeâtres arrondies. Leur *ulcération* engendre des pertes de substance profondes, à bords taillés à pic, échancrant ou trouant l'épiglotte qui souvent est enroulée en avant, tandis que la base linguale est fréquemment atrophiée. Les *cordes vocales* sont irrégulièrement épaissies par des nodosités ou des crêtes. Des *périchondrites*, tardives, déterminent l'issue, à travers la peau, de cartilages nécrosés. La cicatrisation des lésions précédentes entraîne : des *sténoses* ou des *adhérences* entre les bandes et les cordes; la palmature de l'angle antérieur de la glotte. On a signalé des laryngoplégies par compression.

Diagnostic. — La syphilis tertiaire du larynx diffère de la *tuberculose* dont les lésions, plus diffuses et plus en surface, évoluent plus lentement sur une muqueuse anémiée. Dans le doute, on utilisera l'examen bactériologique et l'épreuve du traitement spécifique. L'*épithéliome*, qui succède à un long enrouement, diffère de la syphilis tertiaire, par ses allures végétantes et sa fétidité.

Hérédo-syphilis laryngée. — Cette localisation serait *commune*, qu'elle soit *précoce* (nouveau-nés), ou *tardive* (adolescents); dans le premier cas, sous forme de lésions ulcéreuses diffuses; dans le second, sous celle de lésions à type tertiaire : sténoses laryngo-trachéales ou condylomes, chez des sujets porteurs des stigmates de l'hérédo-syphilis. Très insidieuses et rapides, les localisations laryngées de la syphilis héréditaire sont habituellement graves, mais cèdent merveilleusement à la médication spécifique.

X. — TROUBLES LARYNGÉS D'ORIGINE NERVEUSE

Notions physiologiques. — Organe à la fois phonateur et respiratoire, le larynx relève du cerveau pour la première fonction, et du bulbe pour la seconde. Son centre cérébral, probablement cortical, occuperait la partie inférieure de la frontale ascendante. Son centre bulbaire siège vraisemblablement dans les noyaux du spinal et du pneumogastrique. Des *fibres cortico-*

bulbaires relient les deux centres, en passant par la capsule interne et le pédoncule (tiers moyen). Le système laryngé périphérique est composé : 1° du *nerf laryngé supérieur* qui donne la sensibilité au larynx et le mouvement au muscle crico-thyroïdien; 2° du *nerf laryngé inférieur* ou *récurrent* qui innerve tous les autres muscles du larynx.

Troubles sensitifs. — **Anesthésie.** — L'anesthésie laryngée est imputable soit à l'*hystérie*, soit à la *diphthérie*, ou à la *paralysie générale*. L'épiglotte reste relevée et immobile; la muqueuse cesse de réagir aux contacts, d'où pénétration possible du bol alimentaire dans les voies aériennes; accident terminal fréquent chez les paralytiques généraux.

Hyperesthésie. — L'hyperesthésie laryngée a pour expressions : la *toux nerveuse*, quinteuse ou aboyante (hystérie); peut-être aussi l'*ictus laryngé* (cri et chute sans connaissance) surtout propre au tabes.

Paresthésies. — Elles consistent en sensations de corps étranger dans le larynx, se dissipant, en général, pendant les repas.

Néuralgies. — Elles sont rares, habituellement symptomatiques.

Troubles moteurs. — Ils consistent en *spasmes* ou en *paralysies*.

Spasmes. — Les spasmes sont des contractions des constricteurs glottiques occasionnées par la respiration ou la phonation.

a. **Spasmes respiratoires.** — Les spasmes respiratoires ont déjà fait l'objet d'un chapitre spécial. (Voir : *Spasmes de la glotte*, p. 512).

b. **Spasmes phonatoires.** — Ils sont inspiratoires ou expiratoires. *Inspiratoires*, les spasmes prennent la forme de *hoquets*, de *sanglots*, d'*aboiements* ou de *chant du coq*, tics propres aux hystériques, souvent très rebelles, mais suspendus par le sommeil. Le *spasme expiratoire* est représenté par la *toux dite nerveuse*, formée de deux ou trois secousses répétées à chaque expiration, quelquefois pendant des journées entières. Le *clonisme laryngé convulsif* de la chorée, de la paralysie agitante; le *parler monotone* de la sclérose en plaques, ressortissent aussi aux spasmes phonatoires.

Paralysies. — Les paralysies ou *laryngoplégies* sont complètes ou incomplètes, bilatérales ou unilatérales.

Paralysie du nerf laryngé supérieur. — Elle complique souvent les laryngites *a frigore*: la voix y est voilée, rauque. Au *laryngoscope*, on voit, en pareil cas, les cordes : lâches, séparées par un espace fusiforme; ou ondulées sur leur bord libre.

Paralysie du laryngé inférieur (récurrent). — a. **Paralysies partielles.** — 1° **Paralysie des adducteurs.** On peut l'observer dans : l'hystérie, les intoxications (saturnine, arsenicale), la fièvre typhoïde, et les compressions du récurrent. L'aphonie est complète, grâce à l'extrême écartement des cordes vocales.

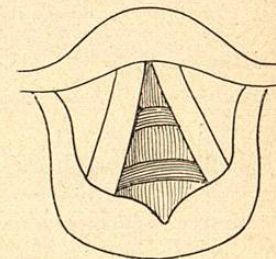


FIG. 151.
Paralysie des adducteurs.

Quand la paralysie est unilatérale, la corde saine peut, pour rejoindre l'autre, dépasser le plan médian.

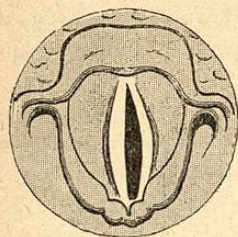


FIG. 152. — Paralysie du récurrent gauche. (Dieulafoy.) — Aspect pendant un effort de phonation. — Corde vocale gauche, inerte, en position cadavérique. — Corde vocale droite, tendue isolément, dépassant en peu la ligne médiane.

La paralysie limitée à l'*ary-aryténoïdien* laisse béante la glotte intercartilagineuse, dans les efforts de phonation.

2° *Paralysie des abducteurs*. Bien plus commune, elle est d'origine centrale, ou imputable à la compression des récurrents. Les cordes étant en adduction constante, la voix est normale, mais on note une dyspnée plus ou moins vive, surtout inspiratoire, pouvant aller jusqu'à rendre la trachéotomie urgente. Fréquemment, la stagnation et la fermentation des mucosités, à la face supérieure des cordes vocales, communique à l'haleine, une odeur alliécée.

Dans le *type récurrentiel unilatéral*, la corde du côté atteint reste en adduction permanente, attirant en avant l'aryténoïde correspondant.

3° *Paralysie des tenseurs*. C'est celle des cordes vocales elles-mêmes. Ses caractères sont identiques à ceux de la paralysie du laryngé supérieur.

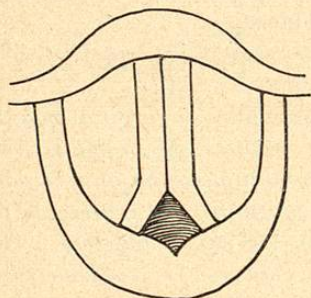


FIG. 155. — Paralysie de l'ary-aryténoïdien.

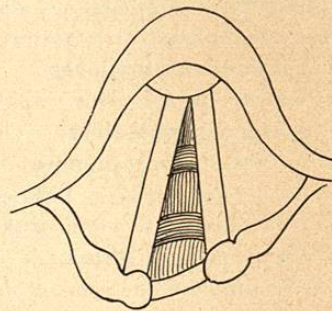


FIG. 154. — Type récurrentiel unilatéral; paralysie des abducteurs.

b. *Paralysie totale*. La glotte est en état cadavérique, les cordes occupent une position intermédiaire à l'adduction et à l'abduction.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces divers troubles exige l'habitude du laryngoscope. Il faut savoir que certains sujets ont la glotte normalement oblique; que l'*infiltration aryténoïdienne* ou l'*ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes* peuvent simuler la paralysie des adducteurs. La *rupture d'une corde vocale* (chez les ténors) se traduit par l'irrégularité de son bord libre, avec ecchymose sous-muqueuse. La *neurasthénie laryngée* n'en imposera pas non plus pour certaines parésies laryngées.

CHAPITRE V

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE
DES MALADIES DE L'APPAREIL BRONCHO-PULMONAIRE

MÉTHODES D'EXAMEN

Inspection du thorax. — La forme et les mouvements du thorax sont souvent modifiés par les affections pleuro-pulmonaires, que, par contre, certaines malformations thoraciques aggravent. Le thorax sera examiné en pleine lumière, d'abord au repos, les bras tombants; puis pendant la respiration tranquille et profonde. On lui reconnaît des régions: antérieure, latérale et postérieure.

La *région antérieure* se prête aux subdivisions suivantes: *régions sus-claviculaires et sous-claviculaires* répondant aux sommets des poumons; *région sternale* recouvrant les organes du médiastin antérieur; *région mammaire droite* occupée par la convexité du foie et la base du poumon droit; *région mammaire gauche* répondant au poumon gauche, au cœur, et plus profondément à l'estomac.

La *région latérale* ou axillaire, que limitent les lignes axillaires antérieure et postérieure, répond: en haut, aux poumons, des deux côtés; en bas: à droite, au foie; à gauche, à l'estomac et à la rate.

La *région postérieure* peut se subdiviser en *régions sus-épineuses, sous-épineuses et sous-scapulaires* répondant aux poumons, et en *région interscapulaire* répondant aux organes du médiastin postérieur.

L'inspection ne découvre que les déformations très apparentes. Les autres ne sont révélées que par des instruments spéciaux: *ruban métrique, cyrtomètre, lame de plomb, compas d'épaisseur*.

Ruban métrique. — Les circonférences du thorax se mesurent avec un ruban de cuir dit *ruban métrique* appliqué horizontalement soit à hauteur de l'aisselle, soit à la partie inférieure du corps du sternum, soit au milieu du thorax, prenant alors pour repères: l'appendice xiphôïde en avant, une apophyse épineuse à la même hauteur, en arrière; et, entre les deux, le mamelon, la saillie d'une côte ou l'angle inférieur de l'omoplate. L'important est de toujours recueillir la mesure de façon identique.

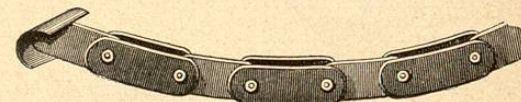


FIG. 153. — Cyrtomètre.

Cyrtomètre. — Composé d'une tige articulée de 2 en 2 centimètres, à double frottement, s'appliquant par sa tranche, le *cyrtomètre de Woillez* peut, grâce à une ou deux articulations mobiles, se retirer sans perdre la courbe des parties sur lesquelles on l'applique, courbe qui peut être reportée sur papier.