

L'adénopathie fait défaut ou est minime dans l'amygdalite lacunaire ulcéreuse, dans le lupus et les lésions de la syphilis tertiaire non infectées. Elle se rencontre discrète, circonscrite, un peu douloureuse dans l'amygdalite ulcéro-membraneuse. Elle est plus marquée, avec un gros ganglion prédominant et une petite pléiade autour, dans la syphilis à la période de chancre. Elle est multiple, dure, peu douloureuse, tenace, à la suite des plaques muqueuses; elle présente les mêmes caractères objectifs avec la douleur en plus et la tenacité en moins dans les angines infectieuses diverses. Dans la diphtérie, l'adénopathie est constante, mais elle varie depuis l'engorgement discret de la diphtérie bénigne jusqu'à l'invasion diffuse énorme des diphtéries graves ou compliquées ou des infections sévères streptococciques à forme suppurative ou gangréneuse. Enfin les lésions ganglionnaires consécutives aux lésions initiales tuberculeuses ou néoplasiques ont, les premières, leurs caractères habituels de tendance à la diffusion et à l'ulcération, les secondes leur marche extensive classique par induration en masse, envahissante, à allures plus ou moins rapides, selon la nature de la tumeur.

L'examen du *thorax, du cœur, des poumons* fournit des indications utiles pour compléter le diagnostic des affections des fosses nasales ou du pharynx. Mais il est plus conforme aux habitudes cliniques de rejeter cet examen après celui du larynx, qui logiquement doit les précéder.

Les résultats de l'examen méthodique des fosses nasales et du pharynx peuvent être réunis sous une forme condensée sur une feuille d'observation analogue au modèle indiqué à la fin de l'ouvrage, et qui est celui en usage à la clinique du Val-de-Grâce.

## TROISIÈME SECTION

### DIAGNOSTIC DES MALADIES DU LARYNX

Au point de vue laryngoscopique, la base de la langue, le carrefour pharyngo-laryngien, le larynx proprement dit, enfin l'origine de la trachée forment un ensemble qu'il convient de ne pas disjoindre.

### CHAPITRE I<sup>er</sup>

#### NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE EXAMEN PRÉLIMINAIRE

La description anatomique du larynx, son étude au point de vue séméiologique sont fort simples. Seule, la physiologie des mouvements des cordes vocales est assez complexe.

#### § 1. — Notions d'anatomie et de physiologie.

Nous limiterons ces notions à celles qui comportent une application pratique, c'est-à-dire à celles qui expliquent les symptômes ou dirigent l'examen.

I. ANATOMIE. — Le larynx repose en quelque sorte sur la trachée, ou plutôt sur le cricoïde, « qui est en réalité le premier anneau de la trachée modifié pour servir de support au larynx proprement dit. » Le *cricoïde*, en forme de bague, à chaton postérieur, porte, sur les angles supérieurs de ce chaton, deux cartilages en pyramides triangulaires à sommet supérieur qui sont les *aryténoïdes*. Leur sommet bifide présente deux tubérosités, les cartilages de Wrisberg et de Santorini. Leur base offre une apophyse antérieure, appelée vocale, parce qu'elle donne insertion à la corde vocale, et une apophyse externe, appelée musculaire, parce qu'elle fournit insertion aux muscles moteurs de l'aryténoïde. Sur les côtés de la bague cricoïdienne, prend appui par ses cornes inférieures le *cartilage thyroïde*, en forme de bouclier à arête antérieure. Enfin un dernier cartilage ou plutôt fibro-cartilage, en forme de feuille, l'*épiglotte*, s'implante par son



pétiole dans l'angle formé par les deux lames du thyroïde. Des plans fibreux constituant des membranes intermédiaires, rendent solidaires ces pièces cartilagineuses, en avant surtout. De véritables articulations unissent le cricoïde aux aryténoïdes d'une part, au thyroïde d'autre part.

Une *membrane muqueuse* tapisse l'endolarynx tout entier, véritable trait d'union entre la muqueuse pharyngo-buccale et la trachéale; la paroi postérieure du larynx est tapissée également par une muqueuse, qui dépend de la muqueuse pharyngo-œsophagienne. La muqueuse de l'endolarynx forme sur chaque moitié latérale deux saillies: la supérieure due à l'adossement de deux replis en général simplement muqueux, mais quelquefois parcourus par quelques fibres musculaires striées, représente la *bande ventriculaire* ou *corde vocale supérieure*; la saillie inférieure, toujours doublée d'un épaissement élastique et musculaire, forme la *corde vocale inférieure* ou corde vocale proprement dite. Sous la bande ventriculaire existe une cavité qui est le *ventricule de Morgagni*; sous la corde inférieure se trouve un recessus peu profond, l'*espace sous-glottique*. Les parties constituant l'orifice supérieur du larynx, aryténoïdes et épiglotte, sont réunies encore par des replis muqueux, *replis ary-épiglottiques*. Ceux-ci forment les bords internes de deux gouttières latérales postérieures qui sont les *sinus pyriformes* convergeant vers l'œsophage. Quant à l'épiglotte, elle est réunie à la base de la langue par les *replis glosso-épiglottiques*.

La face antérieure de l'épiglotte et la face dorsale de la partie la plus profonde de la langue se réunissent en formant un angle dièdre ouvert en haut, le *sinus glosso-épiglottique*. La base de la langue présente, chez tous les sujets, les papilles toujours grosses du *V lingual* disposées en un angle ouvert en avant (V); chez les enfants et les adultes jeunes, il existe, entre le V lingual et le V à ouverture tournée en arrière formé par les bords des fossettes glosso-épiglottiques, un espace occupé en totalité ou en partie par des follicules clos plus ou moins agminés, qui représentent l'*amygdale linguale* à l'état typique ou vestigial (fig. 67 et 68).

II. **PHYSIOLOGIE.** — La fonction principale du larynx, tout au moins au point de vue vital, est la *respiration*. Celle-ci est assurée par la structure même du larynx; l'état de béance représente en effet pour cet organe l'attitude naturelle; il persiste même sur le cadavre, mais moins marqué que sur le vivant où, grâce à l'intervention d'un tonus abducteur (Semon), l'intervalle glottique est notablement plus

large qu'après la mort. Les grands efforts d'inspiration élargissent encore cet intervalle.

Pendant l'*effort*, la glotte se ferme par rapprochement total des cordes vocales d'une part, des aryténoïdes d'autre part, sous l'action combinée de muscles dont la physiologie spéciale appartient à l'étude de la phonation.

Le larynx est également susceptible de *mouvements réflexes*. La zone irritable du larynx est surtout la région du vestibule du larynx innervée par le nerf laryngé supérieur. Un premier réflexe, que l'on constate journellement en pratiquant des attouchements médicamenteux dans le larynx, consiste dans l'occlusion combinée de l'orifice supérieur, qui se ferme en un vrai sphincter, et de l'orifice inférieur ou glottique, dont les lèvres se rapprochent. L'autre réflexe, qui succède généralement au premier, est un effort expulsif, la toux.

La *phonation* résulte de modifications spéciales dans la tension des cordes vocales et dans le degré d'ouverture de la fente glottique. Le mécanisme intime en est fort complexe. Il suffit d'en retenir ce qui est nécessaire pour interpréter les aspects pathologiques de la glotte dans les troubles de la motilité des cordes vocales, c'est-à-dire de connaître la mécanique articulaire et musculaire (fig. 66).

L'*articulation crico-aryténoïdienne* est disposée de façon à permettre aux aryténoïdes un triple mouvement dont le résultat est l'occlusion ou l'ouverture de la glotte: 1° un mouvement de rapprochement vers la ligne médiane jusqu'au contact des faces internes de ces pyramides (fig. 66); 2° un mouvement de pivot autour de l'axe vertical qui porte l'apophyse vocale de l'aryténoïde en dedans ou en dehors, selon que le muscle agissant porte l'apophyse musculaire en avant ou en arrière (fig. 66); 3° un mouvement de bascule qui rapproche ou éloigne les sommets des deux aryténoïdes, sorte de mouvement de « salutation ». Ces trois mouvements sont visibles à la laryngoscopie. L'*articulation crico-thyroïdienne* permet deux mouvements, dont le résultat est surtout la tension des cordes vocales.

Chaque articulation a ses muscles moteurs; chaque corde vocale a en outre un muscle qui lui est spécialement réservé et qui fait même partie intégrante de sa masse. Le muscle inclus dans la corde vocale inférieure, le *thyro-aryténoïdien interne*, imprime, « du fait de sa

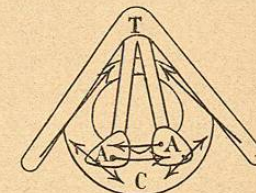


Fig. 66. — Schéma du larynx. — (Vue à pic.)  
T, cartilage thyroïde. — C, cartilage cricoïde. — A, cartilages aryténoïdes. Les flèches indiquent l'action des muscles.



contraction plus ou moins forte, des modifications de forme, d'épaisseur, de tension en rapport avec les mille nuances de la vocalisation, mais dont il est malaisé de pénétrer le détail intime » (Luc). Le *crico-thyroïdien* serait le « muscle phonateur par excellence, le muscle du chanteur » (Lermoyez).

Quant aux muscles moteurs des aryténoïdes, les uns, déterminant la translation par glissement qui rapproche les faces internes des deux pyramides, *ferment la glotte* : ce sont les faisceaux de l'*ary-aryténoïdien*. L'écartement est obtenu par les faisceaux verticaux des muscles *crico-aryténoïdiens postérieurs*, qui *ouvrent la glotte*. Le second mouvement des aryténoïdes, le pivotement autour de leur axe vertical, est obtenu par deux groupes antagonistes. L'un est formé par les *crico-aryténoïdiens latéraux*, qui portent en dedans l'apophyse vocale et *ferment la glotte*. L'autre groupe musculaire est formé par les *crico-aryténoïdiens postérieurs* (faisceaux horizontaux), qui portent en dehors l'apophyse vocale et *ouvrent la glotte*. Le troisième mouvement des aryténoïdes, la bascule de leur sommet, est obtenu par des actions combinées (Bonnier).

En vérité *tous les muscles intrinsèques* du larynx agissent synergiquement, et les actions que nous venons d'étudier isolément représentent simplement l'action non pas unique mais prédominante du muscle considéré. Bien plus, les *muscles extrinsèques* du larynx, les muscles moteurs de l'hyoïde et du thyroïde interviennent encore, surtout pour la production de la voix chantée. La *production de la voix* parlée ou chantée résulte de la mise en jeu de ces divers muscles d'une part, de la vibration due au courant d'air expiré d'autre part. Les voix ordinaires possèdent à peu près deux octaves, quelquefois trois. Dans les notes élevées, le larynx s'élève; dans les notes graves, il s'abaisse. Aussi pour l'examen laryngoscopique utilise-t-on l'émission des sons élevés qui rapproche la glotte du miroir et la fait voir moins en raccourci que pendant la respiration tranquille.

L'*innervation du larynx* est assurée, au point de vue sensitif, par le laryngé supérieur, et, au point de vue moteur, par le nerf laryngé externe, rameau du précédent, destiné au thyro-aryténoïdien, et surtout par le laryngé inférieur ou récurrent qui se distribue aux autres muscles. Chacun de ces filets terminaux peut être lésé à l'exclusion des autres (paralysies périphériques partielles). Le pneumogastrique ou nerf vague et le spinal concourent tous deux à la formation des récurrents. Il existe dans le *bulbe* un premier *centre moteur* du larynx et ce centre est à la fois respiratoire et phonatoire (Semon et Horsley). Il y

a peut-être (Onodi et Betcherew) un centre vocal près des *tubercules quadrijumeaux*, servant de « relai » entre le centre bulbaire et le centre cortical. Il y aurait dans le cerveau un *centre cortical*, double également, respiratoire et phonatoire (Munk, Semon, Horsley). Enfin il pourrait se produire des suppléances de l'une des moitiés du bulbe ou du cerveau par l'autre, en tant que centres moteurs du larynx.

## § 2. — Méthode générale d'examen clinique. Examen préliminaire.

La méthode à suivre pour procéder méthodiquement à cet examen est celle indiquée par le tableau ci-dessous.

### EXAMEN MÉTHODIQUE DU LARYNX

Renseignements généraux. { Nom, âge, profession, situation militaire.  
Antécédents héréditaires et personnels.

#### I. — ÉPREUVES RÉGULIÈRES.

1° Examen préliminaire.	{	Troubles respiratoires.
		Toux, expectoration.
2° Examen objectif.	{	Troubles de la phonation.
		Troubles de la déglutition.
		Douleurs.
Laryngoscopie.	{	Base de la langue.
		Epiglotte.
		Région aryténoïdienne.
		Cordes vocales.
Rhinoscopie.	{	Supérieures.
		Inférieures (mobilité).
Examen du pharynx buccal.	{	Antérieure.
		Postérieure.

#### II. — ÉPREUVES ÉVENTUELLES.

- 1° Examen des poumons.
- 2° Examen du cœur et des gros vaisseaux.
- 3° Examen des grandes fonctions de l'économie.

Diagnostic. — Conclusions militaires.



Les troubles révélés au médecin par le malade, tantôt portent sur les fonctions spéciales du larynx que nous venons d'étudier, tantôt ils sont d'ordre général et n'empruntent à leur localisation sur l'organe vocal que des caractères complémentaires en quelque sorte.

I. TROUBLES FONCTIONNELS SPÉCIAUX. — Des diverses fonctions du larynx, la respiration est généralement la moins troublée, du moins au cours d'un grand nombre d'états pathologiques.

1° La *gêne respiratoire* ne se produit que lorsque l'ouverture laryngienne est très notablement diminuée de volume; aussi, sauf dans les états aigus, où elle apparaît rapidement, quelquefois subitement et alors à la suite d'un spasme de la glotte, la gêne respiratoire est un symptôme plutôt tardif dans la plupart des laryngopathies. La respiration devient dans ces cas fréquente et pénible, exigeant quelquefois l'intervention de la volonté, au lieu d'être en quelque sorte automatique. Elle peut être bruyante au lieu de silencieuse, tantôt temporairement comme le fait se produit dans la *respiration striduleuse* ou *stertoreuse*, c'est-à-dire sifflante ou ronflante, tantôt d'une façon constante, donnant lieu au phénomène du *cornage*. La *dyspnée paroxystique*, à apparition subite et à terminaison rapide, avec *inspiration difficile* et sifflante et expiration plutôt facile, est généralement d'origine laryngée et coexiste le plus souvent avec un état inflammatoire du larynx. La *gêne* surtout *expiratoire* dénote plutôt l'existence d'un obstacle bronchique. La *dyspnée* rapidement progressive, *inspiratoire et expiratoire*, est presque pathognomonique de la présence d'exsudats diphtériques dans le larynx.

Il existe une dyspnée assez rare, d'allures anormales, véritable névrose du larynx, se produisant à l'état de veille et disparaissant pendant le sommeil, apparaissant ou s'exagérant à l'occasion des mouvements voulus d'inspiration; elle est due au *spasme inspiratoire fonctionnel* de la glotte: c'est une dyspnée inspiratoire, provoquée souvent par les efforts et les excitations, accompagnée de stridor. Enfin, une dernière forme de dyspnée, inspiratoire également, constante, aggravée aussi par l'effort, striduleuse et progressive au point de compromettre la respiration, se rencontre dans la *paralysie des dilatateurs de la glotte* et dans la *contracture prolongée des constricteurs*.

2° La *toux* s'observe fréquemment au cours des affections du larynx; elle est sèche et survient généralement par quintes, de durée et d'intensité variables. Elle est le plus souvent sonore et cela alors même parfois que la voix a cessé de l'être: son tantôt aigu, aboyant, sifflant, tantôt au contraire rauque ou éteint. Fréquemment, la toux d'origine laryngée peut être artificiellement provoquée par la pression extérieure du larynx. Il y a également des régions tussigènes intralaryngiennes: ce sont l'espace interaryténoïdien, la paroi postérieure du larynx et de la trachée, la face inférieure des cordes vocales. La toux laryngée se produit tantôt au réveil, tantôt après les repas, tantôt à l'occasion d'un changement de température ou enfin dans le décubitus, suivant les malades.

3° L'*enrouement* ou *dysphonie* est un symptôme précoce qui s'observe dans la plupart des laryngopathies. Il accompagne les états inflammatoires aigus de la muqueuse; et alors il est d'assez courte durée, mais très prononcé. Il existe aussi dans nombre d'états chroniques, léger et intermittent d'abord, amélioré par le repos, aggravé par la fatigue respiratoire ou phonatoire ou par l'impureté de l'air respiré. La phonation devient rapidement pénible pour les malades enroués; elle est quelquefois douloureuse, d'où une véritable *phonophobie*. Une variété particulière de dysphonie est caractérisée par l'impossibilité d'émettre des sons autrement qu'en voix de fausset.

A un degré plus avancé, la dysphonie devient de l'*aphonie*: la voix chuchotée ou murmurée est seule possible. Ce symptôme peut être dû aux mêmes lésions que celles qui déterminent l'enrouement; mais souvent intervient en outre dans sa production un facteur nouveau, l'insuffisance du courant d'air expiré, ce qui explique la fréquence de l'aphonie au cours de la tuberculose pulmonaire concomitante d'une tuberculose laryngée. L'aphonie est quelquefois partielle; par exemple, la parole à haute voix est impossible, alors cependant que la toux et le rire sont sonores; ou bien encore, pour la voix chantée, certaines notes font défaut, alors que l'émission des autres n'est pas altérée.

La *diphtonie*, appelée encore *diphthongie* ou *diplophonie*, consiste dans l'émission simultanée de deux sons au lieu d'un. Les paralysies



partielles des cordes vocales, l'interposition de petites productions néoformées entre les bords vibrants des cordes vocales sont les causes habituelles de cette double résonnance.

La voix de fausset enrouée permanente est souvent congénitale et résulte d'une prédisposition névropathique héréditaire: c'est la *dysphonie nerveuse chronique* (Brissaud).

La *voix eunuchoïde* résulte soit d'un arrêt de développement du larynx qui reste infantile, soit d'un défaut d'accommodation phonique de la glotte.

Le *bégaiement* n'est pas un trouble de la phonation, mais seulement de l'articulation: c'est une affection *sine materia*, purement nerveuse. Elle sera étudiée en détail plus loin (IV<sup>e</sup> section, chapitre II).

4<sup>o</sup> Les *troubles de la déglutition* observés au cours des affections du larynx résultent soit de l'occlusion imparfaite du larynx, soit de la douleur accompagnant le passage du bol alimentaire. La *déglutition vicieuse* par occlusion incomplète du larynx s'observe dans les lésions qui déterminent soit de l'anesthésie de la muqueuse de l'endolarynx, soit des parésies ou paralysies portant sur les muscles chargés de l'occlusion de l'orifice supérieur du larynx ou de la glotte; les lésions destructives de l'épiglotte n'entraînent que rarement et tardivement des troubles de la déglutition par occlusion incomplète du larynx. Tous les états douloureux du larynx gênent notablement la déglutition: les lésions inflammatoires et surtout ulcéreuses de l'amygdale linguale, des replis ary-épiglottiques, des bandes ventriculaires, de la région intéryténoidienne produisent de la *dysphagie*. L'infiltration de l'épiglotte et celle des articulations crico-aryténoidiennes rendent la *déglutition presque impossible*. L'*état nauséux* accompagnant les tentatives de déglutition à vide est souvent observé dans l'hypertrophie de l'amygdale linguale.

II. MODIFICATIONS DES SÉCRÉTIONS LARYNGÉES. — Normalement la sécrétion des glandes de la muqueuse du larynx est minime, si bien qu'elle passe inaperçue. L'expectoration est pathologique, à moins qu'elle ne résulte de la toux qui accompagne un mouvement réflexe de défense du larynx.

Les *crachats laryngiens* ordinaires sont peu aérés, petits, globuleux, demi-transparents, grisâtres et d'aspect gélatineux; les

poussières de l'air les colorent fréquemment en noir. Ils sont très adhérents parfois et leur expulsion détermine de petites hémorragies qui les strient de filets sanguins. Dans les états inflammatoires aigus, ces crachats, toujours peu abondants, deviennent muco-purulents. L'*expectoration* vraiment *purulente*, abondante et *sanieuse*, s'observe au cours des néoplasmes du larynx.

L'expulsion des sécrétions endolaryngées se fait soit par la toux, soit, pour les mucosités plus superficielles, par le hemmage et le raclement. La douleur gêne considérablement l'expulsion des sécrétions pathologiques.

Des *expectorations sanglantes* abondantes, sortes de véritables hémoptysies, peuvent s'observer au cours d'affections laryngées ou périlaryngées. On en a observé provenant des varices de la base de la langue, qui accompagnent l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Il se produit également des laryngorrhagies au cours de la tuberculose laryngée, mais rarement; au contraire cette complication est fréquente pendant l'évolution des néoplasmes.

III. TROUBLES D'ORDRE GÉNÉRAL. — Indépendants, tout au moins dans une certaine limite, des fonctions du larynx, ces troubles sont surtout nerveux.

1<sup>o</sup> Le principal est la *douleur*. La douleur spontanée, localisée par le malade dans le larynx, s'observe surtout au cours des lésions ulcéreuses; son siège est assez vague: généralement les mouvements du larynx l'exaspèrent. Provoquée par des pressions extérieures, la douleur affecte certains points de prédilection variables selon les affections. Ainsi la douleur augmentée par la pression au voisinage des cornes de l'hyoïde est plutôt d'origine périlaryngée, plus spécialement linguale ou épiglottique; accrue par la pression des cartilages thyroïde et cricoïde, au voisinage des articulations crico-thyroïdiennes et crico-aryténoidiennes, elle permet de croire à une lésion articulaire ou périarticulaire. Ces douleurs sont souvent irradiées, tantôt vers la langue, tantôt vers l'oreille, tantôt enfin en arrière du sternum, selon leur point d'origine lingual, épiglottique ou laryngien proprement dit.

Il existe des *états douloureux diffus* du larynx, sortes de



névralgies, avec douleur spontanée ou provoquée par la phonation, accompagnées d'accès de toux quinteuse.

2° Divers modes de *paresthésie* à point de départ laryngé ou périlaryngé sont à signaler.

Le tésisme pharyngé, qui accompagne plutôt les lésions de la base de la langue, se traduit par la sensation d'un corps étranger pointu ou filiforme, ou en membrane, ou en boule arrêté au-dessus du larynx; dans le larynx, c'est plutôt une sensation de brûlure, de chatouillement, de titillation, de démangeaison, étendue parfois jusque dans la trachée, qu'accusent les malades. Des tics (toux, raclement) peuvent être la conséquence de ces sensations anormales. La *paresthésie* du larynx peut exister comme symptôme solitaire chez les nerveux, hystériques, hypochondriaques et nosophobes; mais elle peut être aussi révélatrice de lésions laryngiennes, nasales, pharyngiennes ou pulmonaires.

Enfin le larynx peut être le point de départ d'un trouble général, le *vertige laryngé* (quelquefois appelé *ictus laryngé*, à tort, car cette expression devrait être réservée (Ruault) à des cas de syncope généralement mortelle). Il débute par une quinte de toux et aboutit à l'étourdissement ou à la chute du malade, avec ou sans convulsions. Il est comparable au vertige auriculaire ou stomacal et n'est pas fatalement une manifestation épileptique ou tabétique.

### § 3. — Exploration extérieure du larynx.

Le larynx étant en grande partie sous-cutané peut être exploré par les moyens ordinaires, avant qu'il soit procédé à l'examen laryngoscopique.

A l'*inspection*, on constate si le larynx est en place normale ou s'il a subi une déviation angulaire ou curviligne et surtout on étudie les mouvements dans l'acte respiratoire; son excursion est considérablement accrue en haut et en bas dans les cas de sténose intralaryngienne; elle est plutôt réduite quand il existe un obstacle sous-glottique, trachéal par exemple, et alors le larynx reste assez bas (Avellis), presque plongeant dans la

fossette sus-sternale. Celle-ci s'accuse fortement dans le « tirage » qui accompagne les dyspnées intenses. Le conduit laryngo-trachéal présente quelquefois des pulsations dans les cas d'anévrysme aortique (Litten).

Il convient également d'*ausculter* le larynx, ou, plus exactement, d'écouter le bruit respiratoire. Presque inappréciable à l'état normal, il s'accroît et prend dans les cas pathologiques un timbre particulier, celui du « cornage ».

La *palpation* s'applique à l'hyoïde, aux cartilages du larynx et aux membranes qui les réunissent: elle permet d'apprécier leur situation, leur forme, leurs rapports. Elle permet de constater l'infiltration massive extérieure qui accompagne les périchondrites externes et le cancer avancé, de déterminer des points douloureux au niveau des cartilages nécrosés ou des articulations malades, ou de l'entrée du nerf laryngé externe dans le larynx, de mettre en évidence des sténoses sous-glottiques en les accentuant par la pression.

L'*aspect général* des sujets atteints de laryngopathies n'a rien de particulier, à l'inverse de ce qui a lieu pour les affections du nez et du pharynx qui se révèlent parfois par un facies spécial. Seul l'état de pâleur ou de rougeur de la face est à noter; il s'accompagne généralement d'un état analogue de la muqueuse de l'endolarynx.

## CHAPITRE II

### EXAMEN PAR LA LARYNGOSCOPIE

Très analogue à la rhinoscopie postérieure, mais plus facile, cet examen comporte une instrumentation et une technique assez simples.

#### § 1. — Instrumentation.

Bien que le larynx, situé près de la cavité buccale et s'ouvrant largement dans celle-ci, puisse fort bien être examiné à la