

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

lumière du jour, lumière solaire ou lumière diffuse, qui conserve aux parties leur couleur naturelle, on se sert plutôt de *lumières artificielles*.

Une bonne lampe à gaz ou à pétrole suffit, sans qu'il soit besoin de lui adjoindre les appareils à boule ou à lentilles concentratrices de lumière que l'on employait au début de la laryngoscopie.

La lumière était autrefois envoyée *directement* dans le larynx par certains appareils (lumière oxydrique, actuellement abandonnée, photophores frontaux, appareils à lentilles de Fauvel, Krishaber, etc.). Aujourd'hui, on n'emploie plus que la lumière *réfléchi* à l'aide d'un miroir frontal : le miroir électrique de Clar ou le miroir concave ordinaire décrits plus haut (p. 315) sont ceux qui conviennent pour éclairer l'endolarynx.

Quant au petit miroir destiné à recevoir et à refléter l'image laryngoscopique, *miroir laryngien*, c'est un miroir plan, en tout comparable au miroir rhino-pharyngien, dont il ne diffère que par certains détails. Son diamètre habituel varie de 15 mm. à 25 mm. Les grands miroirs sont plus commodes pour le médecin, car ils donnent une image plus claire et plus grande ; mais ils sont quelquefois moins bien supportés que les petits par les malades. La désinfection du miroir laryngien se fait comme celle du miroir pharyngien (p. 380) par nettoyage mécanique soigné, suivi d'immersion prolongée dans une solution antiseptique phéniquée ou au phéno-salyl. Le miroir ovale convient en cas d'hypertrophie des amygdales palatines.

L'*abaisse-langue*, qui est un auxiliaire indispensable pour la rhinoscopie postérieure, est d'un emploi tout à fait exceptionnel en laryngoscopie. Pour l'examen forcé du larynx chez l'enfant, Escat emploie un abaisse-langue spécial, capable à la fois de déprimer la langue et de la tirer en avant. L'abaisse-langue inventé par Kirstein supprime la saillie formée par le dos de la langue, afin de permettre au regard de plonger directement dans le larynx : c'est un véritable « spéculum du larynx ». C'est non pas l'abaissement, mais la *traction* de la langue en avant que la laryngoscopie doit surtout utiliser. Une simple compresse, un mouchoir suffisent pour la préhension de la langue.

Pour l'exploration de l'endo-larynx ou simplement pour relever une épiglotte procidente, on emploie la *sonde laryngienne*, sorte de stylet boutonné présentant la coudure à angle droit arrondi commune à tous les instruments laryngiens. On peut aussi saisir le bord libre de l'épiglotte avec une pince à ressort spéciale, analogue à celles qui

servent à fixer les cravates. Ce fixateur est placé à l'aide d'une pince laryngienne ; il est retenu par un fil qui pend à l'extérieur de la bouche.

L'*ouvre-bouche* est un instrument brutal, inutile pour l'exploration normale du larynx.

§ 2. — Technique de la laryngoscopie

L'examen laryngoscopique est généralement facile ; avec un peu d'exercice, on peut arriver à le pratiquer d'emblée, sans cocaïne, sur plus des 2/3 des sujets.

Le sujet est assis en face du médecin, les genoux rapprochés, le dos bien appuyé, de préférence contre une chaise à dossier élevé dépassant la tête, le corps droit, la tête très légèrement penchée en arrière. La bouche du patient doit être à peu près à la hauteur des yeux du médecin ; certains observateurs préfèrent être plus bas que le malade (Poyet), d'autres plus haut (Avellis).

Avec l'éclairage réfléchi, aujourd'hui universellement adopté, il faut placer la lampe latéralement, à la hauteur de la joue du sujet ou un peu en arrière. L'œil de l'observateur doit être distant de 15 cm. environ de l'orifice buccal, si le miroir employé a 15 à 20 cm. de longueur focale. Il y a intérêt à placer la lampe à la droite du sujet : l'observateur utilise alors son œil gauche, et sa main droite ne risque pas de s'interposer entre la source lumineuse et le point à éclairer.

La position du miroir, son orientation par rapport au faisceau lumineux incident sont les mêmes que celles indiquées à propos de la rhinoscopie antérieure (p. 317). C'est à la base de la luette que doit approximativement répondre le maximum d'éclairage. L'observateur doit vérifier si la position du miroir est correcte et l'éclairage suffisant, avant de passer aux temps suivants de l'exploration. Il est bon également qu'il fasse précéder l'examen du larynx de celui du pharynx buccal suivant la technique déjà indiquée (p. 364).

I. TEMPS PRÉLIMINAIRES. — Avant de chercher à introduire le miroir laryngien, il faut s'assurer que le malade supporte la traction de la langue et qu'il sait respirer tranquillement dans

cette position. On saisit donc, avec la main gauche enveloppée d'une compresse, le bout de la langue, qui est fixé par le pouce et l'index, tandis que le petit doigt prend appui sous le menton et corrige au besoin l'attitude de la tête.

Afin d'éviter des réflexes intempestifs, il convient de réduire au minimum la traction exercée d'arrière en avant et la pression de haut en bas qui maintiennent la langue. Il faut fixer la langue plutôt que la tirer, dès que sa pointe est hors de la bouche : la manœuvre est beaucoup moins douloureuse donc plus supportable. La pression nécessaire pour fixer la langue dans la pince formée par le pouce et l'index est d'autant plus forte que la langue est plus contracturée. Les doigts fixateurs doivent suivre la langue qui, dans les mouvements respiratoires, se déplace légèrement; on évite ainsi la production de réflexes.

L'obstacle qui s'oppose quelquefois à ce temps préliminaire de l'exploration est généralement d'ordre psychique, et l'habitude c'est-à-dire le dressage, la mise en confiance en viennent rapidement à bout. Cependant l'irritabilité qui accompagne certaines pharyngopathies peut donner lieu à de véritables difficultés. On a alors recours à la cocaïnisation du voile et même de la paroi pharyngienne postérieure avec une solution généralement à 5, très exceptionnellement, à 10 0/0 qui agit en 5 à 10 minutes. Quelquefois il faut remplacer la traction de la langue par son abaissement et profiter de l'effort nauséux qui élève le larynx pour y jeter un rapide coup d'œil. Certains malades préfèrent tenir leur langue eux-mêmes : il n'y a pas d'inconvénient à les en charger, après leur avoir appris dans quel sens doit s'exercer la traction utile.

On peut encore continuer le dressage préliminaire du malade en lui enseignant à émettre, la langue tirée et la bouche restant bien ouverte, le son utile, c'est-à-dire en général la voyelle É en voix aiguë, ou encore la voyelle I, en lui apprenant également à faire alternativement et à volonté des inspirations ou des expirations brèves ou longues, et même à rire : ces derniers procédés sont à employer dans certains cas de procidence de l'épiglotte. L'émission du son A, surtout en voix basse, gêne au contraire

la vue de l'endolarynx. Le son É doit être tantôt soutenu, tantôt saccadé et répété : cela dépend des malades. De temps en temps, il faut laisser reposer le sujet pour lui permettre de rejeter ou d'avaler la salive, dont l'accumulation produirait un réflexe.

II. INTRODUCTION ET PLACEMENT DU MIROIR. — Le patient étant ainsi préparé, on peut procéder à l'introduction du miroir laryngien. Celui-ci est chauffé avec les précautions indiquées à propos du miroir pharyngien. Il est tenu en plume à écrire, la surface réfléchissante tournée en bas, et passe entre le dos de la langue et le palais osseux sans toucher ni l'un ni l'autre. Arrivé à la luette, le miroir, empiétant le moins possible sur le voile, la « charge » sur son dos et vient se placer, en la refoulant avec lui, un peu en haut et en arrière. Le manche du miroir est alors presque horizontal, plus proche toutefois du maxillaire inférieur que du supérieur. Si l'on se sert d'un miroir français du modèle ancien, carré, comme il est fixé à 95° sur la tige, l'observateur doit porter le manche plus fortement en bas, pour placer la surface réfléchissante au-dessus de l'orifice du larynx.

Il est des sujets dont le voile du palais supporte mal le contact du miroir. On peut alors chercher à voir le larynx en plaçant le miroir soit devant la luette sans la toucher, soit derrière elle, dans le pharynx. Il est plus simple de cocaïner le voile du palais avec la solution à 1/20. Bien que de légers mouvements du miroir soient nécessaires pour permettre de voir tout le larynx, il faut s'exercer à faire ceux-ci très petits, et surtout à les exécuter sans perdre le contact de la luette, qui supporte mieux une pression franche, même assez forte, qu'une série de titillations. Il n'est pas nécessaire que la tige du miroir demeure sur la ligne médiane; pourvu que la luette reste refoulée, l'opérateur peut chercher un appui pour la tige sur la commissure labiale gauche de l'observé. Un second appui peut être pris sur la joue gauche par l'annulaire et l'auriculaire, qui tiennent le manche.

Il est bon que le médecin s'exerce à faire la laryngoscopie des deux mains. La main gauche apprend vite à manier le miroir, et la main droite devient alors libre pour le maniement du stylet ou d'un autre instrument intralaryngien. Quand le patient est craintif ou indocile, la première exploration n'a d'autre but que