

de le familiariser avec l'examen : l'observateur ne cherchera pas à voir. Il s'estimera heureux s'il obtient que le malade respire tranquille, la langue tirée et le miroir placé contre le voile. Par-

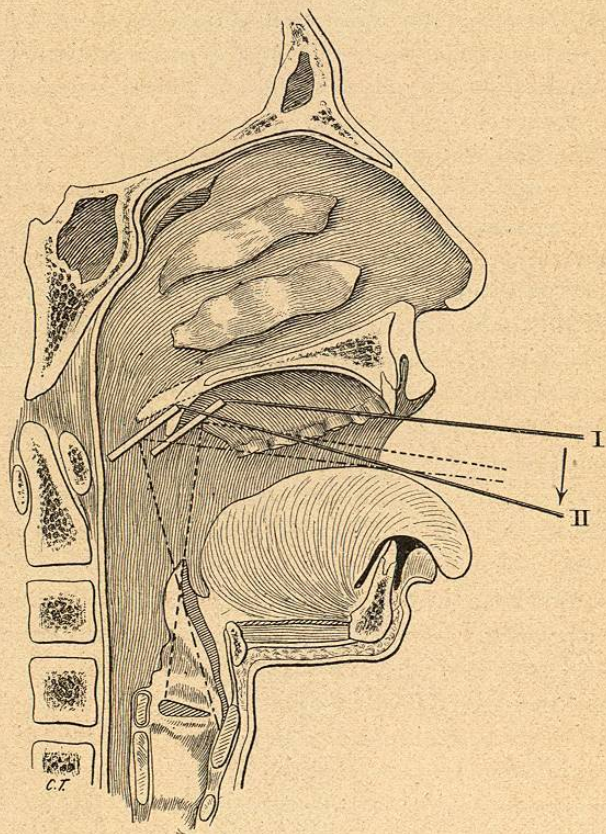


Fig. 67. — Examen laryngoscopique.

I et II, les deux positions successives du miroir pour examiner le larynx dans toute son étendue.

fois la luette trop longue ou le voile trop flasque, refoulés par le dos du miroir, le franchissent et repassent en avant du verre : il suffit de prendre un miroir plus grand pour éviter cet inconvénient. L'examen laryngien doit être court ; il faut donc le répéter, le multiplier aussi souvent qu'il est nécessaire, mais non le prolonger.

Le sujet est tranquille, le miroir bien placé et bien supporté, la laryngoscopie commence ; elle ne doit pas être la « chasse aux cordes vocales » (Avellis). Elle doit se faire méthodiquement.

III. POSITIONS SUCCESSIVES DU MIROIR. — 1° Le miroir étant incliné à 45° sur la verticale, c'est-à-dire le manche légèrement abaissé vers les incisives inférieures, le regard atteint le sinus glosso-épiglottique, l'épiglotte et le sommet des aryénoïdes ; mais la cavité du larynx est masquée en grande partie par l'épiglotte. L'émission d'un son, É ou I de préférence, en voix élevée, fait relever l'épiglotte et découvrir tout l'endolarynx jusqu'à la glotte (fig. 67-I).

2° Une inclinaison plus marquée du manche, l'amenant presque au contact des dents inférieures et par conséquent refoulant la luette à l'aide du dos du miroir en haut et en arrière, rendra accessible la partie antérieure du larynx (fig. 67-II).

3° En reportant le miroir un peu plus en avant et laissant la luette derrière lui sans la refouler, l'observateur voit plutôt la partie postérieure de l'endolarynx.

4° En inclinant latéralement le miroir, il voit en raccourci les parties médianes, mais plus « en face » les régions latérales du larynx, en particulier l'entrée des ventricules.

5° Une profonde inspiration, élargissant au maximum l'espace glottique permet de plonger dans la région sous-glottique et dans la trachée, parfois jusqu'à la bifurcation des bronches.

IV. MODES D'EXPLORATION ÉVENTUELS OU EXCEPTIONNELS. — Il en est un certain nombre dont on peut user à l'aide des instruments ordinaires. Pour les autres, on emploie des *instruments spéciaux*.

1° Chez l'*enfant docile*, la laryngoscopie est possible dès qu'il sait à volonté ouvrir la bouche, par conséquent dès l'âge de 2 ou 4 ans d'ordinaire. On y procédera comme chez l'adulte, en se rappelant toutefois que l'abaissement de la langue réussit souvent aussi bien et même mieux que la traction.

2° Chez l'*enfant indocile*, il faut procéder d'abord à l'immobilisation des bras, des jambes et de la tête, puis à l'ouverture forcée de la bouche et faire alors l'examen comme dans le cas précédent, mais avec plus de rapidité.

3° Pour examiner les *malades couchés*, on doit les faire approcher du bord du lit, du côté droit de préférence, pour que l'observateur ait la lampe à sa gauche. Un second oreiller relève un peu la tête; une lampe est placée sur un meuble ou tenue à la main, la flamme à la hauteur de la bouche du malade ou un peu au-dessus. Enfin le médecin est assis obliquement sur le bord du lit.

4° La position de la tête du sujet en *extension forcée en arrière*, le miroir laryngien étant placé sa surface réfléchissante presque verticale, est utilisée pour bien voir la commissure antérieure des cordes vocales. Cette attitude est encore à employer chez les malades dont le rachis dévié fait une saillie cervicale convexe en avant; dans ce cas, le médecin fera l'examen debout.

5° La position du sujet tête en *flexion forcée*, dans l'attitude debout, le médecin étant à genoux si le malade est petit, assis s'il est grand, permet de voir « plus en face » la paroi postérieure de l'endo-larynx. Le miroir doit être placé en avant du point habituel, à peu près à l'union du palais osseux et du voile; il n'a pas à refouler la luette; il est presque horizontal et non à 45°. Cette attitude décrite par Türk, vulgarisée par Killian, dont elle porte le nom, sert également pour la *trachéoscopie*; l'attitude du sujet est alors à modifier par tâtonnements en raison de la variabilité d'inclinaison de la trachée par rapport au larynx. La source lumineuse à employer devra être très intense.

6° La position de la tête du sujet en *flexion latérale* est utilisable pour permettre de bien voir la paroi latérale du larynx, en la mettant plus en face du miroir. Le miroir laryngien est placé alors non sur la ligne médiane, mais sur la moitié du voile du côté opposé à celui où se fait la flexion latérale: la paroi bien éclairée est celle qui répond au côté vers lequel la tête est inclinée. Il y a avantage, pour bien réussir, à tenir le miroir plus horizontal que d'habitude et à se placer plus bas que le malade, qui même, dans certains cas, devra se tenir debout devant le médecin assis.

7° La *rotation* de la tête du sujet autour de son rachis comme axe vertical est indiquée dans certains cas pathologiques. Normalement en effet, elle a pour résultat de donner une direction oblique à l'ouverture glottique antéro-postérieure. Mais, chez les sujets dont la trachée est déviée ou comprimée, la déviation angulaire subie par le larynx peut être « compensée » par une rotation convenable de la tête. Le miroir est placé à droite de sa position habituelle quand la tête est tournée à gauche et inversement.

8° Quand le malade a subi la trachéotomie, on peut, par la plaie,

faire la laryngoscopie « rétrograde » c'est-à-dire de bas en haut, appelée encore *laryngoscopie sous-glottique*. On se sert d'un miroir rhino-pharyngien assez petit pour être aisément introduit par la plaie et l'on a recours au badigeonnage à la cocaïne pour supprimer les réflexes partant de la muqueuse trachéale: on voit les anneaux de la trachée jaune-rougeâtres et la face inférieure des cordes vocales rouge.

Instruments spéciaux. — L'instrument le plus simple pour relever l'épiglotte procidente, est soit la *sonde laryngienne* ordinaire, qu'il suffit de glisser par son extrémité boutonnée contre la face postérieure de l'épiglotte, soit une *pince* analogue à la pince fixe-cravate.

L'*abaisse-langue* d'Escat doit être introduit contre la paroi pharyngienne postérieure et ramené en avant, pour prendre point d'appui sur les sinus pyriformes, par l'intermédiaire desquels il mobilise tout le larynx en avant.

Le procédé d'*autoscopie*, mieux nommé *orthoscopie* ou *laryngoscopie directe* de Kirstein, dont l'application n'est pas toujours possible chez tous les sujets, s'exécute d'après la technique suivante. L'observateur est debout devant le malade assis: celui-ci incline sa tête à environ 30° en arrière par rapport à l'horizontale, tandis qu'il porte le tronc plutôt un peu en avant, afin de rapprocher la direction de l'orifice laryngien de celle de l'orifice buccal. La spatule est alors placée soit en avant, soit en arrière de l'épiglotte et déprime très fortement la langue sur le plancher buccal. Ce procédé permet de bien voir surtout la face postérieure de l'endolarynx; il est d'application plus aisée chez les sujets soumis à la narcose.

Sous le nom de *laryngoscopie combinée*, Kirstein a décrit un procédé qui consiste à employer outre sa spatule, un miroir laryngien qu'il faut porter contre la paroi pharyngienne postérieure, vis-à-vis la face laryngienne de l'épiglotte rabattue vers la langue à l'aide de la spatule. On voit alors directement la moitié postérieure du larynx et indirectement, par réflexion dans le miroir, la partie antérieure.

À titre de curiosités plutôt que d'explorations applicables à la clinique, on peut signaler la translumination du larynx et la radioscopie.

La *translumination* se fait dans une chambre noire à l'aide d'une lampe électrique analogue à celle qui sert pour le sinus frontal. Le miroir laryngien est placé à l'endroit classique, la lampe électrique de préférence sur les membranes hyo et crico-thyroïdiennes ou sur les parties de la trachée non recouvertes par le corps thyroïde. Tout le larynx se reflète avec la coloration rouge particulière aux tissus tra-

versés par la lumière : on reconnaît les cordes vocales à leurs mouvements : la glotte est en noir. Cet examen permet de distinguer les tumeurs solides des tumeurs liquides.

La *radioscopie* se fait en plaçant l'ampoule éclairante d'un côté du cou et l'écran fluorescent de l'autre côté, quelquefois en éclairant le larynx de bas en haut et recevant l'image radioscopique sur un écran fluorescent intrabuccal, disposé à la façon du miroir laryngien. Ce moyen d'exploration ne permet guère de voir que la charpente ostéo-cartilagineuse du larynx et les corps étrangers métalliques.

L'*autoscopie vraie*, c'est-à-dire l'examen par l'observateur de son propre larynx, est, en même temps qu'une curiosité historique (puisque c'est à elle que remonte la découverte de la laryngoscopie pratique), un petit exercice utile pour apprendre le maniement du miroir. La méthode de Johnson est la plus simple. L'observateur, ayant son miroir frontal correctement placé, s'installe devant un miroir de toilette ordinaire ; une lampe est disposée latéralement et un peu en arrière de celui-ci. L'observateur ouvrant sa bouche voit son pharynx dans le miroir : il s'exerce à éclairer la base de la luette. Quand il y a réussi, il n'a plus qu'à placer correctement le miroir laryngien : l'image du larynx est vue dans le miroir à toilette. L'emploi d'un miroir de Clar rend plus facile encore cet examen auto-laryngoscopique.

La *démonstration* de l'image laryngienne se fait très simplement en faisant placer le second observateur de telle sorte que son regard passe au-dessus de l'épaule droite du premier, qui penche la tête à gauche, de façon à ne pas modifier l'éclairage, tout en laissant à droite la place suffisante. Le premier observateur ne doit voir que la corde vocale droite vers le milieu du miroir ; l'autre voit alors tout le larynx. Ce moyen réussit bien avec un malade tranquille ; il est impraticable avec un malade indocile.

Le *toucher digital intralaryngien* est une manœuvre d'exception en tant que moyen d'exploration. Il permet à peine, chez l'adulte, d'atteindre le bord de l'épiglotte et le sommet des aryténoïdes ; il peut provoquer des réflexes dangereux, parfois un ictus laryngé mortel.

V. VUE D'ENSEMBLE DU LARYNX NORMAL. — Il est commode pour la description de distinguer, avec Lennox-Browne, trois étages dans l'endolarynx : le sus-glottique, le glottique et le sous-glottique ; à la rigueur même ce dernier peut être provi-

soirement laissé de côté. Dans chacun de ces étages, il se trouve une partie plus facile à voir, qui frappe au premier coup d'œil et qui peut servir de repère : c'est, pour l'étage sus-glottique, l'épiglotte, pour l'étage glottique, les cordes vocales.

L'*épiglotte*, de forme extrêmement variable, se voit avec la

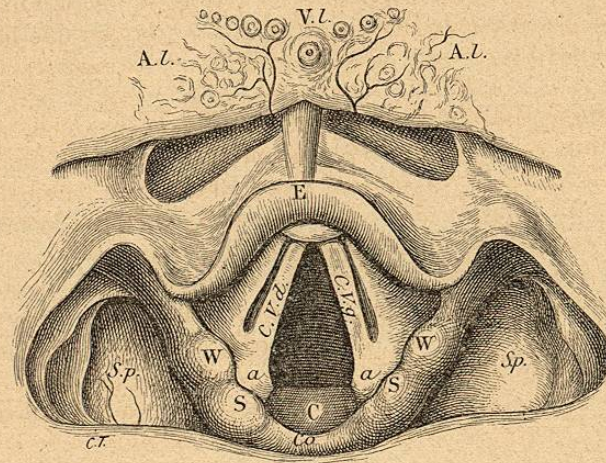


Fig. 68. — Image laryngoscopique normale.

V.l. V. lingual. — A.l. amygdale linguale. — E. épiglotte. — S p. sinus pyriformes. — W. cartilage de Wrisberg. — S. cartilages de Santorini. — Co. commissure interaryténoïdienne. — C. face antérieure du chaton cricoïdien. — C.V.d. corde vocale droite. — C.V.g. corde vocale gauche. — a. apophyse vocale.

plus grande facilité ; c'est son bord libre qu'il faut rechercher : il apparaît rose-jaunâtre, sa couleur rappelant celle de la face conjonctivale des paupières. On voit ses bords latéraux se prolonger par une ligne assez large qui forme une courbe à concavité interne et représente les replis ary-épiglottiques ; ils aboutissent en arrière à des tubérosités surmontant les cartilages aryténoïdes. Celles-ci ont la couleur jaunâtre de l'épiglotte, mais les replis eux-mêmes sont plutôt rouges.

Les *cordes vocales*, qui dans l'inspiration profonde sont souvent peu visibles, apparaissent dans le miroir, formant un V à ouverture en apparence supérieure, en réalité antérieure, dès que le sujet fait effort ou mieux émet un son, de préférence le son É en voix élevée : elles restent proches tant que le son est

soutenu, et s'écartent dès que la phonation cesse. Elles sont reconnaissables à leur aspect blanc nacré ou gris perle. Dans leur intervalle, pendant les grandes inspirations, les anneaux de la trachée apparaissent. En dehors des cordes vocales vraies se voient dans le miroir laryngien les cordes vocales supérieures ou bandes ventriculaires, dont la couleur est rosée ou rouge, dont la direction rappelle celle des cordes inférieures ou cordes vocales vraies et dont les mouvements sont nuls ou minimes.

L'image laryngienne (fig. 68) est un peu plus petite que l'objet. En ce qui concerne l'orientation, les lois de la physique démontrent que ce qui dans le miroir est vu en haut et, sur les figures, représenté en haut, est en réalité en avant, et que ce qui est vu et dessiné à droite est à gauche sur le sujet et inversement. Dans le langage clinique, il est d'usage de dénommer les parties d'après leur position réelle et non d'après leur situation apparente, c'est-à-dire par rapport au sujet et non par rapport à l'image de l'endolarynx.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DE L'EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE. LARYNX NORMAL. — LARYNX PATHOLOGIQUE.

En raison même de la rapidité de l'examen laryngoscopique, il est impossible de bien regarder et de bien voir en une fois tout l'endolarynx. Dès qu'un premier coup d'œil a révélé l'état de l'ensemble du larynx, il faut reprendre l'examen de ses divers segments, un par un, en détail, en s'attachant surtout à celui ou à ceux dont l'état a paru pathologique.

Pour l'endolarynx proprement dit, la division en plusieurs étages, qu'il est classique d'adopter pour faciliter la description, est artificielle, en ce sens que nombre d'affections, les laryngites catarrhales, tuberculeuses et syphilitiques par exemple, sont presque toujours diffuses, c'est-à-dire atteignent sans distinction les diverses parties du larynx et mériteraient par suite une des-

cription d'ensemble. Toutefois la structure anatomique et histologique de l'endolarynx, son rôle physiologique variable suivant le segment considéré impriment aux lésions portant sur chaque partie un cachet spécial. Il est donc préférable de décrire les affections endo-laryngées étage par étage ; il suffira, pour transformer ces descriptions de détail en une description d'ensemble, d'en rapprocher les éléments épars.

§ 1. — Région glosso-épiglottique.

L'examen de cette région, qui forme, pour ainsi dire, le seuil du larynx, est des plus faciles. La base de la langue apparaît dans le miroir, dès que celui-ci est proche de la luette, avant même qu'il l'ait refoulée, et la face antérieure de l'épiglotte s'offre d'elle-même au regard.

ÉTAT NORMAL. — L'épiglotte est, sur cette face, rose tendre, parcourue quelquefois par des arborisations veineuses. Deux rigoles convergentes vers la base de la langue répondent au sommet du dièdre glosso-épiglottique, qui est la « vallecule » des auteurs allemands, le « lingual sinus » des Anglais.

La base de la langue commence, au point de vue laryngoscopique, en arrière du V lingual, formé par les papilles caliciformes. En arrière de celles-ci, plus de papilles vraies, mais seulement des follicules clos. Chez l'enfant et jusqu'à 14 ans environ, ils sont agminés en deux masses latérales, allant du V lingual à la vallecule, séparées par une allée intermédiaire ; chez l'adulte il ne reste plus que deux petits amas postéro-latéraux (fig. 68).

ÉTATS PATHOLOGIQUES. — I. HYPERTROPHIE. — Pour l'amygdale linguale, comme pour les amygdales palatines, l'hypertrophie est une des affections les plus fréquentes ; elle succède aux inflammations, souvent méconnues du reste, et leur survit.

Observée chez les fumeurs, chez les buveurs d'alcool, chez les mangeurs d'aliments épicés, chez les professionnels de la voix, chez les lymphatiques, chez les sujets atteints de stomatites ou de caries (Ruault), cette affection se caractérise subjectivement surtout par des troubles nerveux : sensation de corps étranger, douleurs à la