

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

pression de l'os hyoïde, glossodynie, névralgies à distance, ténésme pharyngé, état nauséux et assez souvent neurasthénie consécutive; de plus la voix chantée serait compromise pour les notes élevées. Objectivement, on constate à l'examen laryngoscopique l'existence de follicules clos. Tantôt ils sont isolés, plus ou moins nombreux, du volume d'un pois en moyenne: c'est la forme disséminée, la plus commune. Tantôt c'est le type agminé, reproduisant l'aspect de l'amygdale infantile. Enfin on peut observer un dernier type où les follicules conglomérés entourent la base de l'épiglotte et l'enchatonnent au point de faire disparaître presque toute sa face antérieure.

Révélees souvent par une symptomatologie analogue à celle de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, mais pouvant exister en dehors de celle-ci, s'observent des *varices* de la base de la langue, portant soit sur les veines qui convergent vers la vallecule, soit sur la branche transversale placée en avant de celles-ci. Des hémorragies provenant de ruptures partielles de ces « hémorroïdes linguales » peuvent en imposer pour des hémoptysies.

II. ETATS INFLAMMATOIRES AIGUS. — Les inflammations de l'amygdale linguale accompagnent, dans beaucoup de cas, celles des amygdales palatines, mais elles échappent souvent alors à l'observation.

La symptomatologie des formes catarrhales est identique à celle de l'angine vulgaire. Il faut que l'examen au miroir révèle le gonflement, la rougeur et le dépôt d'exsudats pultacés sur les follicules isolés ou agminés de la base de la langue pour que le diagnostic soit posé. Dans les cas de périamygdalite, où l'inflammation tend beaucoup plus à gagner l'épiglotte qu'à se propager vers la langue, des troubles respiratoires parfois inquiétants et des troubles de la phonation se manifestent. Objectivement, on trouve assez souvent la langue immobilisée, ou tout au moins difficile à mobiliser sans douleur, et l'on voit à sa base soit des foyers circonscrits, répondant aux follicules agminés, soit plutôt une tuméfaction uni ou bilatérale à surface lisse, rouge, tendue, d'aspect phlegmoneux, qui a gagné vers l'épiglotte et même atteint son bord libre. L'œdème de l'épiglotte est secondaire, mais il peut devenir prédominant au point de faire porter le diagnostic d'épiglottite: un certain nombre de cas de ce genre, dénommés épiglottites, pourraient n'être que des amygdalites linguales tardivement observées (Lermoyez). Si l'œdème gagne en

arrière, il atteint les replis ary-épiglottiques, d'où œdème de l'orifice laryngien supérieur.

III. LÉSIONS ULCÉREUSES. — Avec ou sans exsudats, elles sont rares sur l'amygdale linguale: seules, celles de la *syphilis* et de la *tuberculose* méritent une description.

Si le chancre est une rarissime exception en ce point, les lésions secondaires s'y localisent aussi volontiers que plus haut et la dysphagie prolongée est vraisemblablement fonction de l'état de l'amygdale linguale. Au miroir, l'on constate, outre une hypertrophie mamelonnée, des érosions, des fissures, des plaques muqueuses plates, des condylomes. Les gommès circonscrites ou l'infiltration gommeuse sont plus souvent consécutives à des lésions intramusculaires de la langue que primitivement localisées à l'amygdale linguale.

La *tuberculose* de l'amygdale linguale est également secondaire presque toujours et due à la propagation de lésions linguales ou laryngiennes.

IV. TUMEURS. — Bénignes ou malignes, elles sont fort rares.

Parmi les *bénignes*, le fibrome, sessile ou pédiculé, unilatéral, apparaît recouvert d'une muqueuse saine, lisse ou lobée: il est dur. L'angiome veineux, plus fréquent, présente la couleur violacée, la mollesse et la réductibilité caractéristiques de ces tumeurs: il est entouré de varicosités. Enfin les kystes sont les uns, superficiels, petits, sphériques, gros comme un grain de raisin, à siège latéral, dus à la rétention glandulaire; les autres, médians, profonds, proches du foramen cœcum, tardivement fluctuants, dus soit à une malformation portant sur le canal de Bochdaleck ou tractus thyroïdologique, soit au développement d'un véritable goitre formé aux dépens d'une glande thyroïde accessoire dépendant de ce même tractus.

Parmi les *tumeurs malignes*, l'épithéliome est seul à retenir: un de ses lieux d'élection est la vallecule; la forme bourgeonnante, végétante et érosive à la fois, avec sécrétion ichoreuse, s'y observe souvent; le miroir laryngoscopique permettra de l'y déceler précocement, quelquefois dès l'apparition de la dysphagie.

V. CORPS ÉTRANGERS. — Lorsqu'ils sont de petit volume, ils peuvent s'arrêter dans cette région et s'y fixer passagèrement (débris alimentaires) ou solidement (épingles).

§ 2. — Orifice supérieur du larynx.

L'ensemble formé par l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques et le sommet des aryténoïdes représente un tout auquel l'on peut donner le nom d'*orifice supérieur du larynx*.

Il suffit pour voir cet orifice de placer le miroir contre la luette et de refouler plus ou moins celle-ci : l'observateur amène ainsi toutes les parties à voir dans son champ visuel.

C'est l'*épiglotte* qui attire tout de suite l'attention. Elle est très variable de forme et d'aspect et l'on a pu dire que c'était elle qui donnait à chaque larynx son cachet personnel. Dans le type moyen, que l'on peut prendre comme point de départ d'une description, l'épiglotte apparaît dans le miroir sous forme d'une ligne sinueuse, présentant une courbure centrale dont la cavité regarde le bas du miroir, donc en réalité en arrière, et deux courbures terminales faisant suite à la précédente mais à concavité antérieure. La partie centrale de l'épiglotte est généralement plus large, parce que l'observateur aperçoit non seulement le bord, mais encore une partie de la face postérieure de cet opercule. La couleur du bord épiglottique est jaune rouge, comparable à celle de la face conjonctivale des paupières. Au-dessous du sommet de l'épiglotte, sur la ligne médiane, se voit un bourrelet, de couleur rouge : c'est le tubercule de Czermak, appelé encore coussinet, pétiole ou nœud de l'épiglotte, qui surplombe et cache la commissure antérieure des cordes vocales (fig. 68).

Pour donner une idée des variations de forme et de position de l'épiglotte, fort nombreuses (Audubert en a figuré 27 types), on a comparé cet opercule à un chapeau de gendarme, une feuille enroulée, un cornet d'oublie, une spatule, une luette, une trompe, une oreille de lapin, une ogive, un Ω (oméga majuscule), une mitre d'évêque, un fer à cheval. Il y a également des épiglottes qui présentent de la bifidité de leur bord libre ou des pertes de substance sur la ligne médiane, résultant de troubles de développement,

Au point de vue laryngoscopique, il suffit de retenir que les types d'épiglottes gênantes sont : 1° les épiglottes longues ; 2° les épiglottes tombantes ; 3° les épiglottes rétrécies transversalement à la base ; ces types peuvent d'ailleurs se combiner entre eux. Les deux premiers

types répondent à l'épiglotte infantile ; la difficulté d'exploration qui en résulte n'est pas insurmontable. Sans avoir besoin de recourir aux moyens de redressement mécaniques indiqués plus haut (p. 416), il suffit souvent de faire émettre au sujet le son É par saccades, ou bien le son I pendant qu'on lui déprime la langue, ou de le faire rire, ou de provoquer un réflexe nauséux, ou de faire simuler l'anhélation. L'extension forcée de la tête du sujet, l'observateur regardant de haut en bas, la flexion forcée, l'observateur regardant de bas en haut, peuvent permettre, par des mécanismes différents, d'obtenir le même résultat. Quand l'épiglotte est resserrée à la base, l'obstacle apporté à l'éclairage est plus sérieux. L'observateur doit user de la lumière électrique et combiner les diverses attitudes de la tête de l'observé, y compris la flexion latérale et la rotation (p. 422).

Le bord supérieur des replis ary-épiglottiques ferme, sur les côtés et en arrière, le cercle de l'orifice supérieur du larynx ; mince et rosé en avant, il s'élargit et s'arrondit en arrière et en bas en arrivant sur le sommet des aryténoïdes, où reparait la couleur jaune-rouge déjà signalée pour l'épiglotte. En ce point s'observe, de chaque côté de la ligne médiane, une saillie constante, petit tubercule jaune formé par le cartilage de Santorini ; plus loin, c'est-à-dire plus en dehors, une seconde proéminence, quelquefois peu visible, due à la saillie du cartilage de Wrisberg ; enfin, entre les deux quelquefois se rencontre un troisième tubercule formé par le cartilage sésamoïde de Luschka (fig. 68). Les cartilages de Santorini sont des repères importants, car ils indiquent la position des aryténoïdes : ils se rapprochent et parfois se croisent pendant l'occlusion de la glotte, ils s'écartent quand celle-ci s'ouvre. Le pli muqueux (commissure postérieure), qui réunit le sommet des aryténoïdes, est la limite supérieure de la région intéryténoidienne, dont l'étude sera faite avec celle des cordes vocales. Dans l'inspiration, les replis ary-épiglottiques sont larges et relâchés ; dans la phonation, ils sont étroits et tendus. De l'orifice supérieur du larynx font encore partie les gouttières pharyngo-laryngées, appelées aussi sinus naviculaires ou pyriformes ou fossettes hyoïdes. Par leur concavité, elles embrassent les ligaments ary-épiglottiques et les aryténoïdes. Leur paroi externe est jaune-rosé, blanchâtre même par endroits.

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

Leur fond est parcouru par des veines souvent très apparentes.

ETATS PATHOLOGIQUES. — I. CHANGEMENTS DE COLORATION. — Ils n'ont pas de signification précise : ce sont des manifestations d'un état pathologique local ou général qu'il faut savoir rechercher.

1° L'anémie est caractérisée par la pâleur de toute la muqueuse ; cependant, celle-ci est sillonnée de petits vaisseaux injectés et présente parfois des rougeurs passagères comparables à la coloration fugace qui s'observe sur la face de ces mêmes sujets. Il s'agit souvent de malades chlorotiques, de convalescents, de cachectiques, mais parfois aussi « l'anémie de la membrane muqueuse du larynx est l'expression première de troubles généraux de nutrition » (Gottstein) ; à ce titre, elle a une certaine valeur clinique.

2° L'hyperhémie localisée à l'épiglotte et aux replis ary-épiglottiques, caractérisée par la coloration rouge vif, tantôt est passagère et fugace, tantôt précède l'apparition de l'inflammation vraie, au cours des maladies locales et quelquefois générales, certaines maladies infectieuses par exemple. D'autres hyperhémies, appelées passives, par opposition avec les précédentes qui seraient actives, sont caractérisées, au point de vue objectif, par une couleur plus livide de la muqueuse, par l'état humide de sa surface, par la tendance à l'infiltration sous-muqueuse. Les affections à retentissement circulatoire (lésions pulmonaires, cardiaques, rénales ou de l'appareil digestif), les compressions de voisinage (tumeurs du cou) sont les causes habituelles de ces hyperhémies.

3° Un type spécial d'hyperhémie est à retenir : c'est celui qui accompagne la roséole cutanée, l'« érythème vermillon » syphilitique, constitué par un pointillé rouge très serré, de couleur plutôt carmin que vermillon, malgré l'expression classique.

4° Il existe enfin un *liseré blanc*, d'aspect membraneux, dû à la localisation des exsudats diphtériques qui du larynx envahissent l'épiglotte ; il est visible chez l'enfant par le simple abaissement de la langue, au moment où l'effort nauséux soulève le larynx. C'est un signe précieux (Variot) dans le croup fruste ou dans le croup d'emblée.

II. INFILTRATION. — Inflammatoire ou œdémateuse, elle siège soit sur l'épiglotte, soit sur les replis ary-épiglottiques, tantôt isolément, tantôt simultanément.

1° Le type de l'œdème inflammatoire est généralement un œdème circonscrit. L'épiglottite est souvent antérieure, c'est-à-dire atteint surtout la face linguale de l'opercule, et n'a pas alors de tendance à gagner la face postérieure ou laryngienne ; elle coïncide généralement avec une poussée d'amygdalite linguale ; la région glosso-épiglottique présente alors l'aspect déjà décrit (p. 428).

Les replis ary-épiglottiques peuvent être le siège d'une infiltration inflammatoire, plus souvent unilatérale que bilatérale : ils prennent alors l'aspect d'une poire à saillie postérieure et interne et à queue latérale et externe. La muqueuse qui recouvre ces parties est de couleur vineuse, violacée, tranchant sur l'aspect des parties voisines, saines ou légèrement infiltrées ; plus tard, s'il y a collection purulente, cette couleur devient grise ou jaunâtre. Au cours d'infections très aiguës ou chez des sujets débilités, l'inflammation peut gagner rapidement à la fois en surface et en profondeur et, au lieu de types circonscrits, on observe le type diffus ; l'image laryngoscopique montre alors l'orifice supérieur du larynx presque complètement fermé par un bourrelet circonscrit dont l'aspect a été comparé au paraphimosi ou au museau de tanche du col utérin (fig. 69).

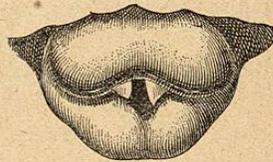


Fig. 69. — Œdème de l'orifice supérieur du larynx.

En avant, le bourrelet formé par l'épiglotte, en arrière, ceux des aryénoïdes. Au fond, la partie moyenne de la glotte et des cordes vocales.

Ces abcès du larynx peuvent être idiopathiques, mais ils peuvent souvent aussi précéder ou accompagner des lésions des cartilages. Ils succèdent à des infections tantôt nées dans le larynx (traumatismes, ulcérations, etc.), tantôt apportées par voie vasculaire (f. typhoïde, fièvres éruptives, érysipèle, etc.), tantôt enfin venues d'un organe voisin (amygdale, bouche, pharynx). Ils peuvent entraîner la mort rapide par asphyxie ou subite par ictus laryngé.

2° Le type de l'œdème proprement dit, c'est-à-dire de l'infiltration sans tendance à l'abcédation, s'observe plus souvent diffus que circonscrit. L'épiglotte est transformée soit en un double bourrelet avec fente intermédiaire antéro-postérieure, soit en une saillie sphéroïde déprimée en son centre. Les replis ary-épiglottiques ressemblent à deux vessies de poisson ballottantes (Moure). Ces œdèmes sont généralement blanchâtres, sauf cependant ceux qui accompagnent la syphilis qui prennent volontiers la couleur rouge vermillon caractéristique. Ces infiltrations œdémateuses de l'orifice supérieur du larynx

s'observent parfois, mais assez rarement au cours d'affections modifiant profondément la circulation générale, après les lésions cardiaques ou rénales par exemple. Plus fréquents sont les œdèmes consécutifs à des troubles circulatoires de voisinage (tumeurs du cou, anévrismes de l'aorte) ou survenant à la suite d'inflammations péri-laryngiennes (abcès du pharynx et de la langue); d'autres sont traumatiques (contusions, plaies, brûlures, corps étrangers).

3° Il existe un *faux œdème* localisé plus souvent en arrière qu'en avant, rosé et rénitent, au lieu d'être blanc et mou : c'est l'infiltration, généralement tuberculeuse, pour laquelle la région des replis ary-épiglottiques est un des lieux d'élection.

4° Quant à l'*œdème aigu essentiel*, il est rare : il peut apparaître sous l'influence d'un trouble vaso-moteur, après un refroidissement par exemple, ou encore être d'origine infectieuse : cette dernière hypothèse paraît devoir se confirmer de plus en plus.

Les symptômes locaux qui accompagnent ces œdèmes aigus et les révèlent sont la dyspnée progressive et rapide avec crises paroxystiques, allant parfois jusqu'à l'état asphyxique, la dysphonie ou l'aphonie, enfin la sensation de corps étranger intralaryngien. Les symptômes généraux sont presque nuls, un peu d'agitation, de la céphalalgie, de la courbature, sauf dans les cas d'infection, où la dépression prédomine.

III. LÉSIONS ULCÉREUSES. — Elles peuvent accompagner les œdèmes, ou exister seules, et leur siège de prédilection est sur l'épiglotte.

1° Il est des *ulcérations superficielles*, à fleur de muqueuse, pour ainsi dire : ainsi l'*herpès*, qui se présente sous forme de fines vésicules conglomérées entourées d'une zone œdémateuse et dont l'apparition s'accompagne souvent d'une poussée fébrile et d'éruption herpétique labiale; ainsi le *pemphigus*, qui forme de grosses vésicules rapidement transformées en pustules ou en bulles, avec peu de réaction de voisinage; ainsi surtout les *plaques muqueuses*, isolées, saillantes, gaufrées, de couleur gris sale, entourées généralement d'une zone rouge œdémateuse.

2° Les *ulcérations profondes* entament la muqueuse entière au lieu de l'éroder simplement; de plus, elles ne constituent pas à elles seules toute la lésion, car elles sont précédées d'autres lésions élémentaires primitives. Ainsi les ulcérations du *lupus* qui se localisent

volontiers à l'épiglotte, du moins au début, siègent sur des mamelons rougeâtres ou gris rosé qui sont les nodules lupiques : elles sont peu végétantes, à l'inverse des autres lésions tuberculeuses du larynx, mais plutôt destructives, serpigineuses. Elles s'accompagnent rarement de lésions linguales, fréquentes au contraire dans la syphilis, mais coexistent presque toujours avec du lupus de la face ou du pharynx buccal. L'évolution de cette affection est insidieuse, la douleur nulle, les troubles fonctionnels restent peu marqués : la déglutition n'est compromise qu'à la suite de lésions très étendues.

3° Les *ulcérations lépreuses* ont la même localisation primitive et presque le même aspect que les lésions lupiques. L'épiglotte épaissie en masse est infiltrée de nodules d'abord rouges, puis brun sale, recouverts plus tard d'un épithélium épaissi, blanchâtre, soit partout, soit par plaques; l'ulcération gagne plus en profondeur qu'en surface. Au delà de l'orifice supérieur du larynx, infiltré comme dans les œdèmes et seul visible à l'examen, les lésions lépreuses s'étendent loin, jusque dans la trachée. Aussi des troubles vocaux et respiratoires quelquefois graves, des picotements, de la toux révèlent cet état local. L'état général est atteint; des manifestations de la lèpre existent sur le tégument extérieur. La caractéristique de cette affection au point de vue laryngoscopique est l'anesthésie du larynx, qui ne s'observe pas dans la tuberculose, dont les lésions laryngées ressemblent parfois beaucoup à celles de la lèpre.

4° Dans cette même région de l'orifice supérieur du larynx, la *tuberculose proprement dite*, dans sa forme ulcéreuse, se développe assez volontiers sur l'épiglotte, principalement chez les tuberculeux pulmonaires. Elle se localise tantôt vers la face linguale, tantôt et souvent sur le bord libre et sur les parties latérales, tantôt enfin sur la face laryngée. Parmi ces ulcérations, les unes sont superficielles, isolées ou agminées; elles reposent sur une base infiltrée plus ou moins rouge : leur fond est inégal, mamelonné, gris ou jaune, couvert de produits de désagrégation. Les autres sont profondes; elles s'observent surtout à la base de l'épiglotte et près de ses parties latérales, c'est-à-dire au point où se rejoignent les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires et l'épiglotte; leurs bords sont épaissis et infiltrés, déchiquetés, le fond tomenteux et parsemé de points jaunes que certains auteurs considèrent comme de vraies granulations tuberculeuses. Dans les formes extensives, l'épiglotte déformée par l'infiltration prend les aspects les plus variés. Aussi, bien que le segment sous-jacent du larynx soit atteint, il est souvent impossible de

pouvoir en constater les lésions au laryngoscope. Dans les formes destructives, le moignon d'épiglotte respecté est quelquefois à peine reconnaissable. Sur les replis ary-épiglottiques, les ulcérations tuberculeuses ont les mêmes caractères que sur l'épiglotte. Les profondes siègent plutôt vers la partie postéro-inférieure, c'est-à-dire près des cartilages. Les superficielles se rencontrent à la face externe des replis, en fissures parallèles à la direction de ceux-ci, à fond rosé granulé, faciles à guérir, mais sujettes à de fréquentes récives.

Subjectivement, ces lésions ulcéreuses se révèlent par des troubles de la respiration et de la phonation : la dyspnée et la dysphonie sont des plus variables selon les sujets et d'ailleurs non proportionnées fatalement à l'intensité des lésions. La dysphagie résulte d'ulcérations exo-laryngées siégeant sur la face externe des replis ary-épiglottiques ou dans les gouttières pharyngo-laryngées ou sinus pyriformes. La déglutition n'est pas toujours très compromise par des lésions destructives même étendues de l'opercule épiglottique : en effet, l'infiltration concomitante de l'orifice laryngien supérieur supplée à l'insuffisance de l'épiglotte pour l'obturation du larynx.

La tuberculose du larynx, sous toutes ses formes, entraîne l'inaptitude au *service militaire*.

5° Les *ulcérations syphilitiques* des parties constituant l'orifice supérieur du larynx ressemblent dans certains cas aux ulcérations tuberculeuses, mais elles en diffèrent assez dans la plupart des cas pour que le diagnostic différentiel en soit possible, sinon toujours facile. A la période secondaire, on les observe sous la forme érosive ou sous la forme destructive. Les *érosions* sont arrondies ou ovalaires, grisâtres, plates, recouvertes de débris épithéliaux adhérents; la muqueuse qui les entoure a la teinte vermillon caractéristique. Elles déterminent de la douleur et de la toux; il existe également une raucité particulière de la voix (*raucedo syphilitica*). Les *ulcérations proprement dites*, souvent en continuité avec des lésions similaires de l'oro-pharynx, sont arrondies, à bords déchiquetés et creusés à pic, à fond jaune grisâtre. Elles ont de la tendance à devenir végétantes, à prendre parfois l'aspect papillomateux. L'œdème de voisinage peut masquer l'ulcération qui l'a produit; l'œdème syphilitique est dur, d'un rouge cerise foncé. Les ulcérations déterminent les mêmes troubles subjectifs que les érosions.

La *gomme* du larynx est un accident plutôt tardif et peu fréquent de la syphilis. Elle se localise très volontiers à l'épiglotte. Quand la gomme est circonscrite, forme rare, son volume varie de celui d'un

pois à celui d'une noisette; à la tuméfaction succèdent l'abcédation et la formation du cratère pathognomonique dont le fond répond souvent au cartilage. Quand l'infiltration gommeuse est diffuse, elle rappelle au début l'œdème, mais la surface est irrégulière, mamelonnée, rouge par plaques, jaunâtre en d'autres points qui répondent aux futurs foyers d'abcédation; ceux-ci tendent d'ailleurs ultérieurement à s'étendre et à se fusionner par leurs bords. La douleur, les troubles de la phonation, de la déglutition, quelquefois de la respiration, sont généralement très marqués dans ces formes de syphilis laryngée.

En raison de leur curabilité, la plupart des lésions syphilitiques du larynx n'entraînent l'inaptitude au *service militaire*, temporaire ou définitive, que dans certains cas particuliers (longue durée du traitement, lésions cicatricielles gênant la respiration ou la phonation).

IV. TUMEURS. — L'orifice supérieur du larynx est une région où elles ne se développent qu'assez rarement, à l'inverse de la région péri-glottique qui est leur véritable siège de prédilection.

Parmi les tumeurs *bénignes*, il suffira de citer les kystes, d'origine généralement glandulaire; les bords de l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques sont un de leurs lieux d'élection. Ils ont l'aspect des kystes de la face antérieure de l'épiglotte déjà décrits et gênent plus la déglutition que la respiration ou la phonation.

Pour les tumeurs *malignes*, il importe de retenir qu'à l'inverse de ce qui a lieu pour l'endolarynx proprement dit, le cancer de l'orifice supérieur est rarement primitif et que généralement, au contraire, il accompagne ou suit le développement d'un cancer de la base de la langue ou des parois latérales du pharynx ou encore de l'origine de l'œsophage. L'épithéliome, plus fréquent que le sarcome, débute par l'infiltration sous-muqueuse rouge violacée, puis survient l'ulcération qui, de l'épiglotte ou des replis ary ou glosso-épiglottiques, gagne tout l'orifice supérieur du larynx; d'autres épithéliomes sont plutôt végétants. Quant au sarcome, fort rare, il se distingue par sa tendance à former une tumeur au sens littéral du mot, c'est-à-dire une saillie sessile qui se développe avec une très grande rapidité.

La douleur, sous forme de douleur locale exagérée par la déglutition et de douleur irradiée vers l'oreille, est un des signes précoces de ces tumeurs, qui ne troublent que plus tard la phonation et la respiration. Les tumeurs du sinus pyriforme, qui sont en contact presque immédiat avec l'artère linguale, peuvent se compliquer rapidement d'hémorragies