

culaire (Escat). L'apparence de la parésie ary-aryténoïdienne pourrait tenir à l'épaississement de la région interaryténoïdienne; enfin l'aspect de la parésie thyro-aryténoïdienne pourrait être simulé par des nodules des chanteurs maintenant les cordes éloignées l'une de l'autre.

L'aphonie due à une lésion curable à longue échéance peut entraîner l'inaptitude temporaire au *service militaire*. Quand elle relève de lésions définitives, elle implique l'exemption ou la réforme.

V. STÉNOSES GLOTTIQUES. — Les cordes vocales et les aryténoïdes sont atteints ou isolément ou simultanément.

1° Les sténoses intermittentes ou permanentes dues au *spasme* des adducteurs ou à la *paralysie* des abducteurs viennent d'être passées en revue. Les sténoses par *arthrite* ou *périarthrite* se révèlent par une image laryngoscopique analogue: l'épaississement de la région aryténoïdienne permettrait cependant le diagnostic, s'il était nettement constatable. La voix est enrouée, la dyspnée modérée, mais susceptible de s'aggraver par crises paroxystiques.

2° Les *lésions profondes* périchondrales entraînent la sténose rapide et grave par inflammation concomitante et se reconnaissent à la déformation localisée qu'elles produisent.

3° L'*épaississement* de la muqueuse aryténoïdienne par la tuberculose, l'infiltration des cordes vocales par la syphilis et surtout par le cancer déterminent la sténose par un mécanisme analogue: la respiration est moins atteinte que dans les cas précédents, parce que le malade a le temps de modifier son rythme respiratoire et de s'accommoder à ces nouvelles conditions de perméabilité.

4° Enfin les *cicatrices*, que l'on voit, à la suite de traumatismes et surtout après la syphilis, réduire mécaniquement l'orifice glottique, produisent une variété de sténoses glottiques, révélées objectivement par des images laryngoscopiques variables d'aspect et subjectivement par des troubles variables également de la phonation et de la respiration.

VI. CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX. — Bien qu'ils puissent occuper tous les étages du larynx, la plupart des corps étrangers de ce conduit se révèlent cliniquement surtout par la réaction qu'ils déterminent du côté de la glotte: c'est donc à propos des affections de la glotte qu'il y a lieu d'en faire ici une étude d'ensemble.

L'orifice supérieur du larynx n'est qu'exceptionnellement le siège de corps étrangers; seuls des corps étrangers à large surface ou très irréguliers, dentiers, fragments d'os, peuvent s'y arrêter. Le plus souvent ils vont se fixer dans les ventricules ou près de la glotte (petites pièces de monnaie, esquilles osseuses), révélant leur présence par de la toux quinteuse, des accès de spasme glottique, une sensation de suffocation, des troubles de la phonation. L'examen au miroir indiquera, d'une manière positive et précise, leur présence et leur siège.

Les médecins militaires ont parfois l'occasion d'observer, dans le nord de l'Afrique, la pénétration dans le larynx de la sangsue dite de cheval ou *hœmopis* (v. Des accidents causés par l'introduction de l'*hœmopis* dans les voies aériennes de l'homme; revue générale par Chavasse, in *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. XXI, 1893, p. 81). C'est surtout entre la fin de juillet et la fin de septembre que ces faits sont observés chez des sujets qui ont bu gloutonnement une eau quelconque, de mare ou de fontaine. L'annélide s'introduit dans le larynx, soit directement, d'emblée, par un faux pas de la déglutition, soit le plus fréquemment en deux étapes. Dans le premier mode, qui est exceptionnel, l'entrée est bruyante, comme pour toute pénétration de corps étrangers dans le larynx, et s'accompagne de toux convulsive, d'accès de suffocation. Dans le deuxième mode d'introduction, la sangsue se fixe d'abord dans l'arrière-cavité des fosses nasales ou dans le pharynx buccal, ou encore sur les bords de l'orifice du larynx: le sujet éprouve des sensations de chatouillement dans la gorge, a des crachats sanguinolents, une toux modérée, des mouvements de déglutition fréquents; si la sangsue est fixée sur le pourtour de l'orifice du larynx, on note souvent une sensation de piqure au niveau de l'os hyoïde. La sangsue, dans une deuxième étape, pénètre ensuite dans le larynx; elle se fixe soit sur le pourtour interne de l'orifice, le corps pendant dans la cavité, soit dans la paroi vestibulaire ou dans le ventricule, soit au-dessous de la glotte et même sur le premier anneau de la trachée; elle peut s'arrêter successivement en ces divers points. Elle donne alors lieu aux symptômes suivants: toux fréquente avec expectoration sanglante, altérations du timbre de la voix (enrouement, raucité, parfois aphonie), troubles de la respiration (dyspnée, bruit de drapeau, accès de suffocation); le sujet perçoit souvent les mouvements de la sangsue et présente parfois des douleurs localisées.

Le moyen de choix pour le diagnostic des corps étrangers est l'exa-

men laryngoscopique. Pour voir les sangsues, il faut utiliser une lumière vive, blanche, plutôt que la lampe. On voit facilement les sangsues sus-glottiques, les sous-glottiques deviennent apparentes à la faveur de mouvements d'expiration ou d'inspiration énergiques. On peut apercevoir les traces des piqûres de sangsues sur les divers points du larynx où elles se sont fixées.

Des corps étrangers de l'œsophage peuvent se révéler subjectivement par des signes laryngiens et objectivement par le refoulement en avant de la paroi postérieure de la trachée (signe de Poli).

VII. TRAUMATISMES DU LARYNX. — Ce sont des plaies, des fractures ou des brûlures.

Les *plaies* du larynx relèvent de la chirurgie générale plutôt que de la laryngologie.

Les *fractures* portent plus souvent sur le thyroïde que sur le cricoïde : les premières sont les moins graves. Les troubles de la respiration et de la phonation, variables selon les cas, mais souvent très marqués, la douleur localisée suffisent généralement à assurer le diagnostic, même en l'absence de l'examen laryngoscopique, parfois difficile à pratiquer.

Les *brûlures* de la muqueuse des voix aériennes s'observent soit à l'entrée du larynx, à la suite de déglutitions vicieuses de liquides très chauds, soit dans le larynx lui-même, à la suite d'inhalations médicamenteuses faites avec des vapeurs caustiques, ainsi que nous l'avons observé, ou à la suite des accidents d'explosion : elles s'expliquent dans ce dernier cas par l'action directe des gaz portés à une température élevée et elles peuvent, par leur extension, suffire à provoquer la mort rapide.

#### § 5. — Région sous-glottique.

Souvent négligée dans l'examen laryngoscopique, cette petite région, limitée en bas par le plan inférieur du cricoïde, présente cependant un certain intérêt. Il faut de profondes inspirations du sujet pour la bien mettre à découvert ; un éclairage puissant en facilitera l'examen. Deux attitudes de la tête et deux positions du miroir sont nécessaires : la partie antérieure sera bien vue si le sujet a la tête renversée en arrière, en extension, et si le miroir laryngien est placé assez en arrière sur le voile du palais, la sur-

face réfléchissante presque verticale ; la partie postérieure sera examinée dans la position de Killian ou dans une attitude analogue.

Dans l'aire glottique se voient : en avant, les anneaux de la trachée, en lignes courbes alternativement rouges et jaunâtres, en arrière, la face antérieure du chaton cricoïdien, uniformément rougeâtre (fig. 68). Parfois, avec une large glotte et une lumière intense, on distingue deux anneaux sombres séparés par une ligne claire : c'est la bifurcation des bronches ; la bronche droite peut même s'éclairer sur une petite longueur.

I. ETATS INFLAMMATOIRES. — En raison de la structure anatomique, c'est-à-dire de la laxité de la muqueuse, les inflammations sous-glottiques déterminent assez facilement de la tuméfaction par infiltration.

1° *Laryngites*. — Dans les cas aigus, fréquents surtout chez l'enfant, c'est le syndrome clinique du faux-croup qui révèle la lésion : début subit, nocturne, au cours d'un rhume, par une crise de suffocation, avec paroxysmes dus au spasme glottique, toux aboyante, asphyxie menaçante, puis cessation de la dyspnée, mais persistance d'un léger enrrouement. Pendant une à deux semaines, les accès nocturnes peuvent reparaitre, mais avec une intensité moindre. Quelquefois la laryngite striduleuse se prolonge, le faux-croup devient un « simili-croup » (Raoult). L'examen laryngoscopique dans ces cas tantôt ne révèle rien d'anormal — (et il s'agit alors de spasmes glottiques dus à un réflexe dont le point de départ serait généralement nasal ou naso-pharyngien (Moure) ; — tantôt il montre de l'hyperhémie diffuse et surtout des bourrelets fusiformes sous-jacents aux cordes vocales, séparés d'elles par une ligne d'ombre, rouges, visibles dans les inspirations, cachés par les cordes dans la phonation (Massei, Landgraf, etc.). C'est le type de la *laryngite sous-glottique aiguë*.

Dans certains cas, la laryngite sous-glottique aiguë est susceptible de revêtir la *forme hémorragique*, au cours de la grippe en particulier. On a signalé des pseudo-hémoptysies à répétition où l'examen du thorax fut négatif et où celui du larynx révéla une rougeur intense de la région sous-glottique, avec des vaisseaux très dilatés, contrastant avec la pâleur de la région trachéale, qui, dans les cas d'hémoptysie vraie, est couverte de caillots jusqu'aux bronches.

Moins rare que la forme aiguë s'observe la *forme chronique* de la laryngite sous-glottique, appelée encore chordite vocale inférieure hypertrophique. Elle peut se produire à la suite de laryngites à répétition, mais elle se rencontre surtout chez les sujets qui ont été trachéotomisés. A l'examen du larynx, on voit les cordes vocales assez souvent parésiées et fixées en abduction. Au-dessous d'elles, la muqueuse sous-glottique fait une sorte de hernie en boudin, de coloration rouge, rosée ou blanche, selon l'état des tissus et l'ancienneté des lésions. Dans d'autres cas, et généralement sur des sujets décanulés depuis peu de temps, c'est plutôt en avant, vers l'arc cricoïdien, que se voit une saillie uni ou bilatérale, rosée, véritable granulome, c'est-à-dire tissu formé de bourgeons charnus exubérants, mais susceptibles de régression spontanée, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté.

2° *Lésions diverses.* — La paroi postérieure, c'est-à-dire la face endolaryngée du chaton cricoïdien, peut être le siège de *lésions syphilitiques tertiaires* qui se traduisent par de la péri-chondrite, révélée par le soulèvement de la muqueuse. La *tuberculose*, la *lèpre* peuvent produire aussi des lésions sous-glottiques analogues d'aspect à celles des autres segments du larynx. Il en est de même de l'*ozène*, dont la forme trachéale est caractérisée par la présence, dans le segment de trachée visible au-delà de la glotte, de croûtes gris-verdâtre sombre, très adhérentes, parfois confluentes et alors gênantes pour la respiration.

Cliniquement c'est toujours la dyspnée, fréquemment compliquée de cornage et de crises paroxystiques, qui traduit ces états du dernier segment du larynx.

II. TUMEURS. — STÉNOSES. — Les tumeurs de l'espace sous-glottique sont rares; au contraire, les sténoses trouvent en ce point, normalement rétréci, un de leurs lieux d'élection.

Le *papillome* et le *fibrome* représentent les tumeurs bénignes. Leur aspect a été décrit (p. 448); leur siège sous-chordal est facile à diagnostiquer: on apprécie leur éloignement des cordes d'après l'ombre portée par celles-ci. Les troubles vocaux et respiratoires sont plus précoces et plus constants dans ces cas que dans ceux où ces mêmes tumeurs siègent au-dessus de la glotte. On a signalé des polypes bilobés, sus et sous-glottiques à la fois. Les *tumeurs malignes* de la région sous-glottique ne l'atteignent guère que secondairement: leur point d'origine est ailleurs, sauf de rares exceptions.

Les *sténoses* sont constituées tantôt par des épaissements cylindriques, tantôt par des diaphragmes, visibles à l'examen laryngoscopique. Une syphilis héréditaire ou acquise ancienne, une diphtérie guérie avec ou sans trachéotomie, des inflammations locales graves, l'*ozène* sont les principaux antécédents que l'on retrouve comme facteurs de ces sténoses, souvent serrées et surtout tenaces, qui se révèlent par des troubles vocaux constants et par une dyspnée en rapport avec le degré de la stricture.

Le tableau schématique de la page 464 résume les principaux éléments de diagnostic différentiel des lésions communes du larynx.

#### § 6. — Examen complémentaire.

L'exploration des *ganglions lymphatiques du cou* doit être faite systématiquement après l'examen laryngoscopique, quand celui-ci a révélé soit des ulcérations, soit une tumeur endolaryngée, soit un trouble moteur des cordes.

Les ulcérations infectées non spécifiques déterminent une adénopathie d'intensité variable, d'allures plus ou moins inflammatoires, allant depuis le gonflement douloureux jusqu'à l'adéno-phlegmon latérolaryngien ou sus-claviculaire. Les ulcérations de la syphilis s'accompagnent de l'induration polyganglionnaire indolore classique. Celles de la tuberculose peuvent coïncider avec des adénites froides ou déterminer par infection surajoutée des adénites inflammatoires. Enfin le cancer retentit sur les ganglions et sur leur atmosphère celluleuse, y déterminant de véritables néoplasies secondaires, envahissant par induration de proche en proche, sur lesquelles l'infection peut venir se greffer quand le néoplasme s'ulcère. Il importe de savoir que c'est surtout le cancer pharyngo ou glosso-laryngien qui détermine l'adénopathie caractéristique: le cancer à début et à siège primitif purement endolaryngés reste longtemps silencieux au point de vue des manifestations ganglionnaires.

Il y aurait intérêt à interroger les *ganglions trachéo-bronchiques*. Malheureusement ils ne sont pas directement accessibles: la percussion, délicate et difficile, de la région interscapulaire, la

Schéma du diagnostic des principales lésions chroniques du larynx.

	LARYNGITE CHRONIQUE BANALE	TUBERCULOSE	LUPUS	SYPHILIS	TUMEURS	
					BÉNIGNES	MALIGNES
<b>Etiologie</b>	Pharyngites antérieures, influences professionnelles.	Tub. pulmonaire fréquente.	Lupus facial souvent concomitant.	Syphilis secondaire et tertiaire.	Inconnue.	Inconnue.
<b>Signes subjectifs</b>	Enrouement, dysphonie, aphonie, toux sèche intermittente.	Enrouement précoce, dysphagie possible ultérieurement.	Insignifiants	Enrouement spécial, dysphagie par lésions pharyngiennes.	Dysphonie, quelquefois spasmes respiratoires.	Enrouement parfois précoce, dysphagie tardive.
<b>Localisation de prédilection</b>	Cordes vocales, région aryt., région sous-glottique parfois.	Région aryénoïd. et parties adjacentes, bandes ventriculaires, Face post. de l'épiglotte.	Face post. de l'épiglotte et plis ary-épiglottiques.	Face antérieure et bords de l'épiglotte.	Cordes vocales.	Cordes vocales
<b>Image laryngoscopique</b>	Orifice supérieur du larynx et bandes ventric., rouges. Cordes vocales rouges, épaissies, parfois exulcérées. Région aryt. épaisse, rouge, parfois velvétique. Région sous-glott., boudin rouge saillant.	Infiltration pâle, aspect cadémateux, limites indécises, unguis bilatérale. Peu ou pas de réaction de voisinage. Ulcérations confluentes, petites, irrégulières, peu profondes, à bords épaissis, à fond purulent.	Infiltration rouge à bords plus nets, surface charnue ou mamelonnée. Couleur « cadavérique ». Pas de réaction de voisinage, transformation des nodules lupiques en ulcérations confluentes.	Infiltration circonscrite à bords nets; réaction de voisinage. Puis ulcérations à bords décollés, à fond lardacé.	Papillome : tumeurs sessiles ou pédiculées, conglomérées rouges, en chou-fleur. Fibrome : t. sous-littaire lisse, rouge ou grise. Nodule : épaississement circonscrit et limité, antérieur, marginal.	Tumeur pénétrante, infiltrée, large, avec aspect vilain des tissus; puis ulcération profonde, végétante, à fond saignant.
<b>Mobilité des cordes</b>	Quelquefois paresie.	Imparfait.	Parfaite	Imparfait.	Génée mécaniquement.	Très gênée.
<b>Evolution</b>	Peu de tendance à guérison spontanée.	Lente, mais progressive	Guérison spontanée possible.	Guérison surtout avec KI et Hg	Variable.	Fatale.

recherche des souffles d'origine bronchique qu'ils peuvent déterminer par compression sont les seuls moyens capables de révéler leur état pathologique.

L'exploration du *corps thyroïde*, dont les rapports avec les nerfs récurrents sont parfois intimes, ne doit pas non plus être oubliée. Il en est de même de l'*œsophage* et pour les mêmes raisons.

L'examen méthodique des *vaisseaux de la base du cou* à droite (tronc brachio-céphalique et sous-clavière), de l'*aorte* à gauche est important pour le diagnostic étiologique de certaines parésies ou paralysies récurrentielles.

Il est utile aussi d'examiner avec soin la *plèvre* et le *poumon*, ainsi que le *péricarde*. C'est par action directe que la plèvre du sommet droit et le péricarde déterminent des lésions nerveuses; c'est probablement par l'intermédiaire des ganglions qu'agissent les lésions tuberculeuses ou cancéreuses pleuro-pulmonaires.

Enfin le *système nerveux* central et périphérique sera l'objet d'un examen approfondi toutes les fois que le problème laryngologique se compliquera d'une question de neuro-pathologie, souvent d'ailleurs fort délicate.

Les résultats de l'examen méthodique du larynx pourront être consignés succinctement sur une feuille d'observation analogue au modèle indiqué à la fin de l'ouvrage et qui est celui employé à la clinique du Val-de-Grâce.