

vient de distinguer en deux groupes : *aphonie nerveuse*, *aphonie symptomatique*.

L'aphonie se présente avec des degrés divers et sous des formes variées : la voix est simplement affaiblie, ou bien elle est éteinte et le malade ne parle qu'en chuchotant; dans d'autres cas, le timbre est très altéré et la voix est discordante, ce qui se rattache à l'inégalité de tension des cordes vocales donnant lieu à deux tons distincts (1).

Lorsque la perturbation fonctionnelle porte à la fois sur les nerfs moteurs du larynx et sur son nerf sensitif, la muqueuse laryngée est anesthésiée et les liquides peuvent faire fausse route et pénétrer dans les voies aériennes.

Lorsque la paralysie ne frappe qu'une corde vocale, faites parler le malade; pendant que vous appliquez les doigts de vos deux mains sur les côtés du larynx, vous constaterez un défaut de vibration du côté correspondant à la paralysie.

Aphonie nerveuse. — On donne ce nom à l'abolition plus ou moins complète de la voix survenue en dehors de toute lésion organique du larynx ou des nerfs qui s'y rendent.

Dans l'immense majorité des cas *cette aphonie est de nature hystérique*. Cette origine se reconnaît : 1° aux caractères de l'aphonie, qui offre la marche capricieuse des manifestations de l'hystérie, se montre, disparaît, avec une rapidité, une brusquerie peu en rapport avec l'évolution d'une lésion organique;

2° A l'état général de la personne chez laquelle on l'observe et qui est, en général, une femme nerveuse, anémique, présentant d'autres signes de chloro-anémie ou d'hystérie (crampes d'estomac, palpitations de cœur, troubles de la voix, pleurs faciles, imagination exaltée) (2).

L'aphonie nerveuse peut s'observer en dehors de l'hystérie, à l'occasion d'une violente émotion, sous l'influence d'un refroidissement, d'un rhumatisme, etc.; peut-être est-elle

(1) Krishaber et Peter ont cité des cas dans lesquels l'aptitude musicale de la voix était seule altérée.

(2) Ces aphonies ne sont pas nécessairement de courte durée; elles peuvent, à la façon des autres paralysies hystériques, se prolonger longtemps.

produite par action réflexe chez les gens atteints de vers intestinaux (1).

Dans l'aphonie nerveuse il y a perte du son glottique, c'est-à-dire de la voix; mais conservation du son pharyngé, aussi les *malades parlent-elles à voix basse, en chuchotant*.

Aphonie symptomatique. — Ici, l'extinction de voix se rattache à une lésion organique du larynx ou des nerfs qui animent les muscles constricteurs de la glotte.

Ce sont : 1° tantôt des *fausses membranes* accumulées dans le larynx en assez grande quantité pour empêcher les vibrations des cordes vocales; c'est ce que l'on observe dans le croup (2). Mais, comme la turgescence de la muqueuse et l'abondance des fausses membranes sont susceptibles de modifications rapides, la voix peut elle-même être changée d'un moment à l'autre et reparaitre après avoir été complètement nulle. L'ensemble symptomatique du croup est d'ailleurs assez caractéristique pour qu'il soit possible de reconnaître immédiatement les causes de cette aphonie.

2° Tantôt l'aphonie se rattache à une destruction partielle des cordes vocales par le fait d'ulcérations ou à leur immobilité par suite de nécroses, tumeurs blanches ou ankyloses des cartilages dont les mouvements de bascule réglaient leur tension; ces altérations diverses appartiennent aux *laryngites chroniques* et aux polypes, et le laryngoscope permet de les apprécier exactement.

3° Dans des cas rares, l'extinction de voix se rattache à la compression des nerfs récurrents par une tumeur quelconque du cou ou du médiastin, un anévrisme de la crosse de l'aorte, une adénopathie bronchique, etc.; à une section de ces nerfs, dans les cas de plaies du cou (3). Mais on remarquera qu'habituellement la compression ne portant que sur un des

(1) On a encore signalé l'extinction de voix dans certains empoisonnements par le plomb, la jusquiame, etc.

(2) L'extinction de voix du croup doit être attribuée, non seulement aux fausses membranes, mais encore au gonflement de la muqueuse qui revêt les cordes vocales et à la parésie des muscles du larynx; on sait qu'un muscle tapissé par une muqueuse enflammée est d'abord convulsé, puis atteint de sténose.

(3) On sait que le nerf récurrent du côté gauche embrasse dans sa concavité la crosse de l'aorte.

nerfs, il n'y a pas aphonie complète, mais discordance de la voix.

Diagnostic. — L'examen laryngoscopique rend dans le diagnostic de l'aphonie les plus grands services.

Il démontre que, lorsque le malade veut produire un son, les deux cordes vocales ou l'une d'entre elles restent immobiles et écartées. Ou bien, si la lésion porte plus spécialement sur les tenseurs (crico-thyroïdiens), les cordes vocales se rapprochent mollement, sans tension, et flottent en quelque sorte sous l'action de la colonne d'air qui se précipite dans la trachée ou qui en sort.

Quant à la cause de l'aphonie, elle est surtout fournie par l'examen de l'état général, par celui du cou et du thorax.

Pronostic — Le pronostic de l'aphonie varie naturellement suivant les causes dont elle dépend :

Les *aphonies nerveuses* liées à la *chlorose* ou à l'*hystérie* guérissent presque toujours ; il n'est même pas rare de les voir cesser tout d'un coup à la suite d'un traitement approprié, d'une émotion, ou sans cause appréciable ; la guérison est définitive ou temporaire.

Il en est de même des aphonies liées à un *refroidissement* ou *rhumatisme*, à la *débilité de l'organisme*, à la *diphthérie* et aux *diverses intoxications*.

Les *aphonies symptomatiques* ont un pronostic beaucoup plus sérieux, car les lésions qui les produisent sont souvent irréparables ; elles consistent, en effet, soit en une *lésion des centres nerveux* qui a produit une hémiplégie, soit en une *tumeur* du cou ou du thorax qui comprime le nerf récurrent (1).

Traitement. — Lorsque l'aphonie se rattache à une altération organique, elle ne constitue dans l'ensemble de l'état pathologique qu'un symptôme d'une importance secondaire qui ne réclame pas de médication spéciale ; le traitement doit être dirigé contre la lésion cérébrale, la tumeur, etc.

(1) Si l'aphonie était due à la section d'un nerf récurrent, on pourrait espérer sa guérison, car de nombreuses expériences sur les animaux prouvent que les récurrents se régénèrent aisément après la section.

Il en est tout autrement des aphonies nerveuses, c'est-à-dire indépendantes de lésions organiques ; on les combat efficacement par un *régime tonique* capable de modifier l'état anémique dans lequel se trouve souvent le malade, et par des *applications directes* propres à réveiller la contractilité des muscles du larynx. Or, *l'électricité constitue le moyen local le plus efficace* ; on peut avoir recours aux courants induits ou aux courants constants (des succès ont été obtenus par les deux méthodes) ; les deux pôles seront appliqués sur la région thyroïdienne, ou bien l'un d'eux sera placé dans le larynx et l'autre à l'extérieur sur la région thyroïdienne (1).

B. — Désordres appréciables à l'auscultation et au laryngoscope.

L'*auscultation du larynx* ne fournit que des indications très incertaines ; aussi avait-elle été négligée par Laënnec, et l'usage du laryngoscope a détruit le peu d'importance que lui avaient donné les travaux de Barth.

Si, à l'état normal, on applique un stéthoscope sur le larynx, on entend, pendant la respiration, un bruit rude à timbre creux et caverneux ; ce bruit devient *râpeux* dans la laryngite aiguë ou chronique, *sifflant* dans le spasme et l'œdème de la glotte, dans la laryngite striduleuse ; d'abord *ronflant et métallique* , puis *sourd et étouffé* dans le croup ; dans cette maladie, dans les cas de polypes ou de corps étrangers introduits dans les voies aériennes, on peut entendre un *bruit de soupape ou de drapeau* .

Ajoutons qu'en pratique on a rarement recours à l'auscultation du larynx.

Le *laryngoscope* fournit au diagnostic et à la thérapeutique les plus précieux renseignements.

Dans les *laryngites aiguës*, il révèle une *rougeur* plus ou moins étendue, disposée en plaques, en stries, en pointillé, de petites ecchymoses et quelques érosions produites par la chute

(1) L'électricité donne parfois des succès immédiats ; parfois aussi elle doit être employée avec persévérance. Krishaber a signalé des cas de guérison de l'aphonie nerveuse par l'application de courants induits sur des régions très éloignées du larynx, comme les mains ou les pieds.

de l'épithélium; ces dernières lésions sont plus prononcées vers les parties supérieures du larynx qu'au niveau des cordes vocales inférieures.

Dans les *laryngites chroniques*, les altérations présentent quelques différences, suivant la nature du processus morbide (1).

Ainsi, dans la *laryngite glanduleuse* (qui coexiste fréquemment avec une angine de même nature), les vaisseaux sont dilatés, variqueux, les glandes sont turgescents et hérissent la muqueuse de petites granulations mamelonnées; leur élimination laisse de petites ulcérations arrondies et régulières comme si elles étaient taillées à l'emporte-pièce.

Dans la *laryngite syphilitique*, on observe une teinte rouge foncée, non hémorragique, disposée par plaques, avec des érosions plus ou moins étendues; plus tard, ce sont des plaques muqueuses, des éruptions papulo-tuberculeuses et des ulcérations à bords taillés à pic; çà et là se trouvent des végétations ou condylomes.

Dans la *phthisie laryngée*, la teinte rouge est ecchymotique; on observe de petits grains isolés et confluent (granulations tuberculeuses) disséminés dans la muqueuse; ces petits grains se ramollissent, s'éliminent et créent des ulcérations d'abord isolées, mais qui ne tardent pas à devenir confluentes, ulcérations dont les bords sont végétants et non taillés à pic.

Tandis que les *lésions syphilitiques* siègent de préférence dans les parties sus-glottiques, et s'accompagnent d'adénite cervicale et sous-maxillaire, les *lésions tuberculeuses* occupent surtout les cordes vocales inférieures et la région aryénoïdienne, et l'adénite cervicale est exceptionnelle.

Les ulcérations de la *variolo* et de la *fièvre typhoïde* n'ont rien de bien caractéristique; cependant, ces dernières ont une tendance remarquable à la production de la nécrose des cartilages du larynx.

Dans l'*œdème de la glotte*, les replis ary-épiglottiques, d'abord infiltrés et rouges, présentent une teinte blanchâtre; ils sont gorgés au point de rappeler l'aspect de la vessie nataire des poissons (2).

(1) Rappelons pourtant que ces lésions sont moins significatives que les symptômes généraux ou concomitants.

(2) Chez les gens qui ont déjà eu des accès de suffocation, l'examen laryngoscopique doit être repoussé.

Dans l'*aphonie nerveuse*, on constate une intégrité absolue de la muqueuse; mais les cordes vocales sont immobiles et, au lieu de se rapprocher lorsque le malade veut émettre un son, elles restent béantes.

Lorsqu'un des *nerfs récurrents* est comprimé par une tumeur (anévrisme de l'aorte, ganglion hypertrophié), le laryngoscope montre que l'un des cartilages aryénoïdes et l'une des cordes vocales restent immobiles pendant l'émission du son, et que, pendant l'inspiration, la glotte ne se dilate qu'à moitié (1).

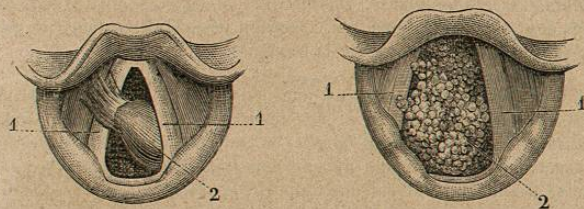


FIG. 32 et 33. — Polypes du larynx. — 1, 1. Cordes vocales. — 2. Polypes.

Les *polypes du larynx* ne peuvent être sûrement reconnus que par l'examen laryngoscopique, et c'est à leur traitement que la découverte de ce mode d'exploration a rendu les plus grands services.

Séméiologie. — Sans entrer dans des détails qui ne seraient que d'inutiles répétitions, nous allons rappeler les principaux traits qui caractérisent les maladies du larynx et ceux qui les distinguent les unes des autres.

La *laryngite simple* se traduit par un sentiment de picotement, de chatouillement dans le larynx; la voix est discordante, grasse, enrouée; le malade est pris d'une petite toux (qu'il rapporte parfaitement au larynx); d'abord sèche, elle s'accompagne bientôt de l'expulsion de quelques crachats; la maladie se termine souvent en une ou deux semaines.

La *laryngite striduluse*, ou *faux croup*, est spéciale aux enfants; elle se révèle tout à coup au milieu de la nuit par un

(1) C'est-à-dire par l'écartement de la seule corde vocale dont les muscles ne sont pas paralysés.

accès de suffocation, la respiration est sifflante, la toux éclatante, sonore et stridente, la voix n'est pas éteinte; cet appareil symptomatique effrayant se dissipe vite, et le lendemain le petit malade ne présente que les symptômes d'une laryngite simple.

Les **laryngites chroniques**, remarquables par leur longue durée, donnent lieu à un sentiment d'embarras et de gêne dans le larynx, à une toux quinteuse, éructante, étouffée, etc.; la voix présente toutes les variétés d'altérations, depuis le simple enrouement jusqu'à l'aphonie complète; la respiration est plus ou moins gênée, le malade rejette des crachats pelotonnés, perlés, striés de lignes jaunes, de sang, etc. Les diverses variétés de laryngites chroniques, *glanduleuse*, *tuberculeuse*, *syphilitique*, *typhique*, se distinguent les unes des autres bien plus par l'examen général du malade que par les caractères anatomiques de la laryngite.

L'**œdème de la glotte** est une maladie toujours secondaire qui peut s'observer dans deux ordres de circonstances: 1° comme *complication d'une maladie du larynx* ou de l'un des organes voisins; 2° beaucoup plus rarement, dans le cours des *maladies hydropigènes*; elle se traduit surtout par une dyspnée de nature particulière, l'inspiration est axieuse, fort difficile et sifflante, tandis, que l'expiration est facile et silencieuse; de plus, il survient des accès de suffocation et le malade meurt asphyxié.

Le **croup** est habituellement précédé d'une angine diphthérique, la voix devient rauque, basse, discordante, elle est bientôt étouffée et éteinte; la toux présente les mêmes caractères; elle ne tarde pas à entraîner des lambeaux membraneux tubulés, cylindriques; la dyspnée fait d'incessants progrès, il s'y joint bientôt des accès de suffocation et, en général, le malade succombe asphyxié.

Les **polypes du larynx** se développent graduellement; le malade éprouve la sensation d'un obstacle ou d'un corps étranger au niveau du larynx, sa voix s'altère et s'éteint, sa respiration est de plus en plus difficile; ces symptômes rappellent ceux des laryngites chroniques, mais le laryngoscope fait voir le polype avec ses diverses qualités de forme, de volume et de situation.

CHAPITRE III

SYMPTOMES FOURNIS PAR L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Considérations anatomiques et physiologiques sur le cœur.

Nous croyons utile de rappeler en quelques mots l'anatomie et surtout la physiologie du cœur, car l'étude clinique des maladies de cet organe est d'autant plus facile à saisir que l'on connaît mieux les conditions de son fonctionnement normal.

Anatomic. — Le cœur occupe dans la poitrine un espace désigné sous le nom de *médiastin*; il répond en avant à la paroi thoracique, à laquelle il transmet ses battements; en arrière à la colonne vertébrale, dont il est séparé par l'aorte et l'œsophage; à droite et à gauche aux poumons enveloppés de leur plèvre; il repose sur le diaphragme. Sa partie supérieure ou sa base (car le cœur a la forme d'un cône dont la base dirigée en haut et en arrière regarde à droite, tandis que sa pointe dirigée en bas et en avant regarde à gauche) est en quelque sorte suspendue aux gros vaisseaux qui s'en détachent.

Le cœur est enfermé dans une cavité fibro-séreuse, le *péricarde*, vaste sac dont le feuillet externe, de nature fibreuse, se fixe en bas sur le diaphragme, tandis qu'en haut il se fusionne avec la tunique celluleuse des gros vaisseaux qui se détachent du cœur et dont le feuillet interne, de nature séreuse, tapisse d'abord la face profonde du feuillet fibreux, puis se réfléchit sur le pourtour des gros vaisseaux, pour se continuer sur le cœur dont il facilite les mouvements (de la même manière que les plèvres facilitent ceux du poumon).