

l'aryténoïde : ce sont les *épaississements verruqueux pachydermiques* que Virchow comparait à des « cors au pied » (fig. 71) et qui du

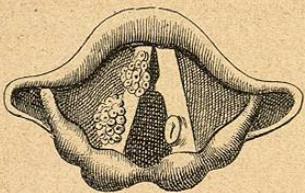


Fig. 71. — Néoforations des cordes vocales.

Sur la corde vocale droite, polypes en chou-fleur. — Sur la corde vocale gauche, en avant, un nodule ; en arrière, un épaississement pachydermique de la corde.

reste coïncident souvent avec des lésions analogues de la région aryténoïdienne et se rencontrent presque uniquement sur des larynx atteints depuis longtemps par le catarrhe chronique. Ils sont symétriques, mais ne se trouvent pas sur le même plan : celui de gauche est par exemple plus bas que celui de droite et il s'engage sous lui dans les mouvements de phonation, de sorte que cette fonction n'est pas toujours très compromise. Ces pseudo-tumeurs sont sessiles : leur surface est hérissée de papilles couvertes d'un revêtement épithélial exubérant ; leur volume ne dépasse pas celui d'un pois ; leur couleur est gris jaune, quelquefois rouge ; leur surface présente des fissures ou des ulcérations aux points de frottement. Elles sont le résultat non pas d'un processus spécial, mais de la réaction de la muqueuse laryngée sous l'influence d'une irritation continue, qui est généralement le catarrhe simple, mais quelquefois aussi la tuberculose, la syphilis ou le cancer au début. Le diagnostic différentiel se fait grâce à la coexistence de lésions similaires en d'autres points des cordes vocales ou dans la région interaryténoïdienne. La participation du reste du larynx, du pharynx et des fosses nasales au catarrhe plaide en faveur de la pachydermie essentielle et permet d'exclure le diagnostic de pachydermie symptomatique, à la condition que l'aspect pathognomonique des lésions spécifiques ou néoplasiques ne se retrouve nulle part ailleurs dans le larynx.

2<sup>o</sup> *Tumeurs proprement dites.* — Les tumeurs des cordes vocales sont les plus fréquentes et de beaucoup parmi les tumeurs du larynx.

a) *Papillomes.* — Ils siègent sur les cordes vocales, plutôt en avant, au voisinage ou dans le fond de la commissure antérieure, plus rarement sur les bandes ventriculaires et les replis ary-épiglottiques. Quelquefois ils sont solitaires et alors leur volume varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois. Ils sont tantôt sessiles, durs et d'un rouge plus ou moins foncé, tantôt pédiculés (polypes) ou bien ils forment des tumeurs d'aspect papillaire, grises ou rouges, dures, à large base, conglomérées sur les cordes vocales. Enfin il existe des tumeurs plus exubérantes, en mûre ou en chou-fleur (fig. 71), gris

rouge, qui peuvent, surtout chez l'enfant, s'accroître beaucoup en volume et en surface au point d'entraîner la suffocation. Ces diverses formes sont du reste susceptibles de se combiner ou de se transformer entre elles. Le fond sur lequel elles reposent n'est jamais infiltré. Quelquefois il coexiste simplement un peu de catarrhe.

b) *Fibromes.* — Assez fréquents, généralement solitaires, ils occupent la partie antérieure des cordes vocales. Ils sont de couleur rouge mêlée de gris ou de brun, lisses, sessiles plutôt que pédiculés, durs en général, sauf les fibromes œdémateux, en forme de sphère ou de fuseau, à bords nets, sans infiltration de voisinage : ils sont très vasculaires.

c) *Kystes.* — D'origine glandulaire et formés par rétention, ils sont plus rares sur les cordes que sur l'épiglotte. Sur les cordes, ils rappellent les papillomes, mais sont plus translucides : c'est souvent l'examen microscopique après ablation qui seul permet le diagnostic précis. Nous avons eu l'occasion d'opérer une tumeur d'apparence kystique, qui, à l'examen microscopique, a présenté l'aspect caractéristique de la boule d'œdème : elle était à ce point de vue comparable à certains polypes nasaux œdémateux.

Les troubles qu'entraînent ces tumeurs bénignes des cordes portent rarement sur la respiration, à moins qu'il ne s'agisse de volumineux polypes en choux-fleurs, ou de polypes pédiculés mobiles, qui déterminent les premiers de l'obstruction, les seconds des spasmes. Les troubles de la phonation tantôt intéressent à la fois la parole et le chant, tantôt le chant seulement, selon que l'accolement des cordes est plus ou moins compromis, d'après l'étendue et la situation du polype. Les néoforations siégeant sur le bord libre ou celles qui, pédiculées, sont susceptibles de passer au-dessus ou au-dessous de la glotte ou de s'y enclaver sont les plus gênantes.

d) *Tumeurs diverses.* — On a décrit des *tumeurs tuberculeuses* siégeant sur l'une des cordes ou à leur commissure, quelquefois à l'entrée du ventricule ou sur une bande ventriculaire. Elles sont d'un rose pâle, un peu irrégulières, en mamelons ou en mûres : c'est surtout l'examen histologique après ablation qui permet leur diagnostic exact. Sont également à rapprocher de ces tumeurs les *productions polypiformes* siégeant à la commissure antérieure, roses ou rouges, friables, organisées en chou-fleur, dont le diagnostic précis demande encore le concours de l'histologie et de la microbiologie.

e) *Epithélioma.* — La tumeur maligne la plus fréquente de l'endolarynx est l'épithélioma des cordes vocales. A son début, l'aspect laryn-

goscopique ne révèle rien de précis; lésion unilatérale, rougeur de la corde, apparence papillomateuse ou villose: l'absence de délimitation, l'infiltration des bords de la tumeur, qui est dure ainsi que sa base d'implantation et entraîne rapidement la déformation du larynx, sont les seuls signes de présomption en faveur d'une lésion maligne. Plus tard à cet aspect rugueux succède l'aspect végétant: des ulcérations se produisent et deviennent extensives: la tumeur est anfractueuse, rougeâtre, mamelonnée, sécrétante. Enfin l'infection se surajoute aux lésions néoplasiques; de l'infiltration, de l'œdème, des abcès de voisinage surviennent. L'immobilisation précoce de la corde primitivement atteinte, due à l'infiltration interstitielle et profonde par les bourgeons épithéliaux, est un bon signe de diagnostic; elle entraîne de bonne heure la raucité, symptôme subjectif qui précède de beaucoup la douleur, l'adénopathie, les troubles de déglutition, l'expectoration sanglante ou fétide, signes assez tardifs du cancer intralaryngé, dont la durée d'évolution peut varier de 1 à 3 ans. L'examen microscopique d'un fragment de tumeur extirpé à la pince n'a de valeur que s'il est nettement positif: dans les cas douteux ou négatifs, aucune conclusion n'est permise. Il existe en effet des formes de cancer à siège profond où des lésions de surface, papillomes ou pachydermie, recouvrent le tissu néoplasique proprement dit. Le catarrhe chronique à forme pachydermique, certains polypes, certaines formes de tuberculose ou de syphilis peuvent d'ailleurs simuler cliniquement le cancer pendant un temps plus ou moins long: l'examen des crachats, l'essai du traitement antisiphilitique peuvent quelquefois lever les doutes.

Les laryngites chroniques (hypertrophiques, ulcéreuses) entraînent l'exemption et peuvent justifier l'incapacité temporaire au *service militaire*; la tuberculose du larynx sous toutes ses formes entraîne l'élimination définitive de l'armée; les tumeurs sont incompatibles avec le service, quand elles altèrent notablement la voix ou la respiration.

**B. — Affections de la région aryténoïdienne.** — Les plus fréquentes sont les inflammations, les hypertrophies, les tumeurs, les troubles de la motilité.

**I. ETATS INFLAMMATOIRES.** — Dans cette catégorie se rangent l'infiltration, les déformations et les états hypertrophiques.

**1° Infiltration et déformations.** — L'épaississement de la muqueuse

interaryténoïdienne sur ses deux faces et son bord supérieur ou pli interaryténoïdien (les cartilages de Wrisberg ou de Santorini se détachant moins nettement sur le repli ary-épiglottique lui-même infiltré), est parfois localisé ou prédominant d'un côté; quand il coexiste avec la pâleur du reste de l'endolarynx, il doit faire soupçonner la *tuberculose*. En effet, la *laryngite catarrhale* chronique, qui atteint volontiers cette région en même temps que le reste du larynx, y revêt plutôt la forme hypertrophique qu'infiltrée et la *syphilis*, qui peut aussi la toucher en passant, imprime en d'autres points également son cachet particulier (rougeur vive diffuse, surface irrégulière, œdème dur, etc.).

L'aspect dit en pain de sucre des aryténoïdes est classique: il signifie simplement *infiltration diffuse* banale de la muqueuse qui engaine l'aryténoïde. L'infiltration qui révèle le *périchondrite* est plutôt unilatérale et même localisée, tantôt antérieure, tantôt postérieure; l'œdème est pâle dans les cas de lésions chroniques torpides, il est rouge et d'aspect inflammatoire dans les cas aigus survenus au cours d'états infectieux généraux ou évoluant à la faveur d'une infection surajoutée sur un larynx atteint depuis longtemps.

Le soulèvement de l'aryténoïde, révélé par le déplacement en haut de la corde correspondante (Ruault), est pathognomonique de l'*arthrite crico-aryténoïdienne*.

La *syphilis* peut produire à la période tertiaire des lésions articulaires ou chondrales se révélant par les mêmes aspects.

La déglutition, la phonation, la respiration sont compromises dans tous ces cas.

**2° Hypertrophies.** — L'hypertrophie interaryténoïdienne, qui accompagne certaines *laryngites catarrhales* et coexiste souvent avec l'état pachydermique, est irrégulière, en mamelons, tantôt lisse, tantôt verruqueuse ou polypoïde avec des renflements coniques inégaux, implantés par leur base sur la saillie principale qui est sessile (état velvétique). Selon que l'épaississement occupe toute la région ou sa partie supérieure seulement, la fermeture de la glotte cartilagineuse est permise ou impossible; dans le premier cas la voix n'est qu'enrouée, dans le second l'aphonie est presque absolue.

Chez des sujets atteints de laryngite chronique préexistante, on peut voir évoluer une *tuberculose* sans tendance à l'ulcération qui revêt la forme *scléreuse et végétante*. Sans l'aggravation progressive des lésions évoluant par poussées successives, sans l'atteinte de l'état général et surtout sans la coexistence d'une tuberculose pulmonaire,

les *végétations papilliformes* de l'espace interaryténoïdien (fig. 72) ne sauraient être rapportées à leur véritable cause. Ces lésions com-

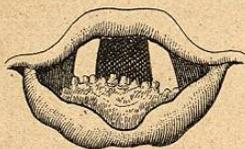


Fig. 72 — Végétations tuberculeuses de la face antérieure de la région aryténoïdienne.

promettent la respiration et la phonation : elles sont indolores spontanément ou à la déglutition. Ces végétations papillaires sont pâles; leurs extrémités libres sont renflées en massue; elles s'implantent chacune directement sur la muqueuse et sont de longueur presque égale, tous caractères qui les distinguent des végétations similaires de la laryngite catarrhale.

La *syphilis* peut également déterminer la production de néoformations de ce genre, mais leur évolution et surtout la coexistence d'autres lésions indubitables de même nature permet le diagnostic étiologique.

II. **ULCÉRATIONS.** — Elles s'observent dans la laryngite catarrhale hypertrophique, dans la tuberculose, la syphilis, etc.

1° Au cours de la *laryngite catarrhale hypertrophique*, elles occupent des lieux d'élection toujours identiques; au fond des sillons, entre deux plicatures, véritables fissures ulcérées, révélées par la douleur extériorisée à la hauteur de l'os hyoïde, par du chatouillement, de la toux, quelquefois de la dysphagie; elles saignent au contact; elles guérissent facilement après traitement chirurgical.

2° Au contraire l'*ulcération tuberculeuse*, qui succède assez vite à l'état de pseudo-hypertrophie de la muqueuse aryténoïdienne, et dont la marche est presque fatalement progressive, repose d'abord sur un fond plat, de niveau avec les parties saines: la surface est grise, les bords irréguliers: plus tard on observe parfois l'aspect fissurique ou en cratère, si l'ulcération gagne en profondeur; en même temps que les ulcérations s'aggravent, l'infiltration de voisinage augmente. La douleur spontanée et à la déglutition avec irradiation à l'oreille, la dysphagie, la toux révèlent ces ulcérations.

III. **TUMEURS.** — Le plus souvent elles n'atteignent la région aryténoïdienne que secondairement, par propagation. Il n'y a pas lieu de leur consacrer une description locale.

IV. **TROUBLES DE LA MOTILITÉ.** — Sous des aspects analogues, mais relevant de causes diverses, ces troubles présentent des points communs à la pathologie des cordes et à la pathologie des

aryténoïdes. Il ne suffit pas, en effet, de constater le défaut ou l'insuffisance de mobilité des cordes vocales; il faut en chercher la cause: or, « comme tout organe doué de fonctions motrices, le larynx peut être frappé d'inertie par névropathie, par myopathie ou par arthropathie » (Escat).

Quand on examine un larynx normal, on voit, pendant l'inspiration profonde, les cordes s'écarter par leurs extrémités postérieures et les aryténoïdes se porter à la fois en dehors et en arrière; pendant la phonation ou l'effort, au contraire, les cordes s'accolent par leurs bords internes et les aryténoïdes se reportent légèrement en avant et vont par leurs faces internes jusqu'à l'accolement. La fig. 70 représente en un schéma ces trois positions fondamentales des cordes et des aryténoïdes (page 443).

Les états pathologiques les plus fréquents sont caractérisés par la disparition: 1° soit de tous les mouvements; 2° soit de l'adduction; 3° soit de l'abduction; 4° soit de la tension des cordes. Il nous suffit de décrire et d'interpréter les quatre types qui se rencontrent le plus habituellement.

1<sup>er</sup> TYPE. — a) *Paralysies récurrentielles.* — Deux cordes vocales dont tout mouvement est supprimé ne peuvent se présenter qu'en position cadavérique, c'est-à-dire intermédiaire entre la position normale et la position de phonation, et elles sont figées dans cette attitude (fig. 73-A), qu'elles ne quittent ni dans l'inspiration large, ni dans les tentatives de phonation. La phonation est complètement abolie ou peu s'en faut, la respiration est difficile et la dyspnée survient au moindre effort. Cet état s'observe assez rarement: il répond au type de la *paralysie récurrentielle totale bilatérale*. On le rencontre dans les compressions par de grosses lésions bilatérales de la région trachéo-œsophagienne (cou ou médiastin) dues à des lésions tuberculeuses, néoplasiques, syphilitiques, ou encore par des anévrysmes multiples de la base du cou ou par un anévrysme aortique, unique mais volumineux. Quand à la paralysie récurrentielle s'ajoutent des symptômes dus à l'hypoglosse et au facial, il faut songer à une lésion bulbaire (paralysie labio-glosso-laryngée) ou péri-bulbaire (pachyméningite syphilitique).

Très fréquent est le même type de paralysie limité à une moitié du larynx seulement. Une seule corde vocale est en attitude cadavérique, invariablement fixée en cette attitude (fig. 73-B); la corde saine, dans

les grandes inspirations, se porte franchement en abduction et passe en adduction pour la phonation; souvent même, non seulement elle rejoint la ligne médiane, mais encore elle la dépasse (fig. 73-C)

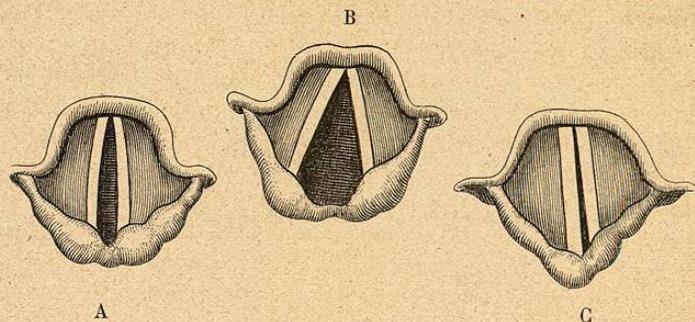


Fig. 73

A. Image de la glotte dans la paralysie récurrentielle bilatérale.

Cette image n'est modifiée ni par l'inspiration forcée, ni par la phonation.

B et C. Images de la glotte dans la paralysie récurrentielle unilatérale (gauche).

Le larynx est examiné au repos (B), puis pendant la phonation (C)

pour rejoindre la corde immobile, ce qui donne à la glotte l'aspect d'une fente oblique : l'aryténoïde du côté sain dépasse celui du côté malade : la corde malade paraît plus courte, plus concave et, dans les cas anciens, plus mince que la corde saine. Dans ces cas la respiration est gênée, mais beaucoup moins que dans le cas de paralysie bilatérale. La phonation est compromise, surtout pour la voix chantée qui n'est permise qu'en fausset, mais elle l'est d'autant moins que l'adduction exagérée de la corde saine compense mieux le défaut d'adduction de la corde malade. Cet état répond au type de la *paralysie récurrentielle totale unilatérale*, qui supprime pour un côté du larynx les fibres nerveuses présidant à l'adduction et à l'abduction. Il révèle en général une paralysie par compression et il faut chercher le siège de celle-ci au cou (ganglions et œsophage) et aussi dans le médiastin, car un grand nombre de paralysies récurrentielles gauches sont symptomatiques de lésions aortiques susceptibles de rester plus ou moins longtemps latentes et sont parfois le premier signe d'un anévrysme de l'aorte, et nombre de paralysies droites révèlent des lésions tuberculeuses des ganglions trachéo-bronchiques ou du sommet du poumon droit.

L'hémi-anesthésie concomitante du larynx indique une lésion du pneumogastrique au-dessus de l'origine du récurrent. Si à la para-

lysie uni-récurrentielle s'ajoutent les symptômes d'une paralysie du voile du palais, il faut songer à une compression du pneumogastrique après le point où il reçoit le spinal; si à la paralysie vélo-palatine s'ajoute la paralysie des muscles sterno-mastoïdien et trapèze, il faut penser à une lésion du spinal avant sa bifurcation.

b) *Arthrite ou ankylose crico-aryténoïdienne*. — L'image laryngoscopique de la paralysie récurrentielle unilatérale peut se retrouver dans une affection d'ordre tout différent, dans l'arthrite ou l'ankylose crico-aryténoïdienne. L'absence de déplacement compensateur de la corde saine au delà de la ligne médiane, l'absence de chevauchement des aryténoïdes, la surélévation de la corde malade au-dessus de la saine sont les meilleurs signes de diagnostic différentiel tirés de l'examen laryngoscopique et plaident en faveur de l'arthrite. Dans le cancer au début, il se produit souvent une immobilisation de la corde infiltrée, qui en impose pour une paralysie, jusqu'à ce que l'évolution de l'affection vienne lever les doutes.

2<sup>e</sup> TYPE. — *Paralysie bilatérale des adducteurs*. — Les cordes vocales sont toutes deux en attitude normale (fig. 70-A), c'est-à-dire moins rapprochées que dans la position cadavérique (fig. 73-A), incapables de se rejoindre, mais capables de se porter en abduction, comme dans la fig. 70-B (p. 443), sous l'influence de larges inspirations. C'est la *paralysie bilatérale des adducteurs* avec intégrité des fibres abductrices. La procidence de l'épiglotte sur le larynx coexiste fréquemment avec cet état de la glotte. Parfois les tentatives de phonation déterminent une ébauche de mouvement d'adduction sur les cordes vocales et une contraction avec tendance au rapprochement des bandes ventriculaires. Des lésions catarrhales aiguës ou chroniques du larynx peuvent coexister chez ces sujets et un examen clinique complet révèle souvent soit des commémoratifs de diphtérie, soit un état névropathique accentué, soit enfin des stigmates d'hystérie. Cette forme de paralysie ou de parésie est en effet « l'image-type de la paralysie hystérique »; elle « appartient aussi à la paralysie diphtérique ». La respiration est peu gênée, mais le sujet est aphone; cependant, si la muqueuse n'est point enflammée, la toux, le hoquet, l'éternuement, le cri réflexe restent parfois sonores, en particulier chez les hystériques, qui ont de la parésie plutôt que de la paralysie complète. L'anesthésie existe quelquefois mais non toujours.

La même lésion, unilatérale au lieu de bilatérale, peut se rencontrer, mais exceptionnellement, dans l'hystérie (Ruault). Elle devrait s'observer (Raugé) dans des paralysies d'origine cérébrale.

Sous le nom de *mogiphonie*, Frœnkel a décrit une sorte d'aphonie intermittente par impuissance vocale survenant rapidement par la fatigue chez les professionnels de la voix. Elle serait en relation avec l'hystérie, le nervosisme et aussi les affections naso-pharyngées.

3° TYPE. — L'image laryngoscopique représentant les cordes vocales immobilisées en adduction est d'une interprétation plus délicate et plus difficile que les cas précédents. L'aspect de la glotte est typique : les cordes sont au contact, de même que les aryténoïdes, par leurs faces internes, comme dans la fig. 70-C (p. 443), et les unes et les autres y restent, malgré les mouvements d'inspiration et d'expiration. Deux interprétations sont possibles :

a) *Spasme des adducteurs*. — On l'observe chez les sujets qui appréhendent l'examen laryngoscopique, et alors il est fugitif, ou encore chez des nerveux, sous forme de spasme fonctionnel phonique, apparaissant uniquement à l'occasion de l'effort vocal, soit d'emblée, soit après la fatigue vocale. On constate enfin cette adduction des cordes chez des tabétiques, à l'occasion de l'inspiration, véritable mouvement paradoxal, appelé par Frœnkel perversion d'action des cordes.

Il existe des spasmes glottiques à la fois phoniques et respiratoires, d'origine réflexe ; le point de départ est intralaryngien ou naso-pharyngien ou même plus éloigné, mais toujours viscéral, dans le domaine du pneumogastrique, et il faut savoir le rechercher. Le caractère commun à la plupart de ces spasmes est l'intermittence et c'est ce qui en permet le diagnostic. Les troubles de la phonation et de la respiration varient comme la cause qui les produit. Dans certains cas, la mort peut résulter de la suppression rapide, même peu prolongée, du passage de l'air.

Il est des contractures à caractère permanent, persistant dans l'intervalle des paroxysmes, dans le tabes par exemple, ou encore au cours de la tuberculose laryngée. Dans ces cas, il est malaisé de distinguer le spasme du groupe musculaire adducteur de la paralysie du groupe antagoniste.

b) *Paralysie des abducteurs*. — Elle entraîne l'adduction permanente et a pour caractéristique la flaccidité des cordes vocales qui, à l'inspiration ou à l'expiration, se laissent déplacer passivement dans le sens où les pousse le courant d'air. La phonation est permise, mais la voix est monotone et plutôt aiguë : le chant est impossible. La respiration est calme au repos, mais la dyspnée survient au moindre effort et s'accompagne de cornage. Le décubitus dorsal augmente cette dyspnée, qui peut en outre présenter des crises paroxystiques.

L'image laryngoscopique est modifiée quand la paralysie des abducteurs est unilatérale au lieu de bilatérale. Alors la corde saine supplée à l'insuffisance d'ouverture de la glotte, en se portant plus loin en dehors dans les grandes inspirations. Ces malades ont néanmoins de la dyspnée d'effort et, dans la conversation, la prononciation d'une phrase un peu longue est impossible sans respirer.

4° TYPE. — *Paralysies périphériques*. — Dans ce dernier groupe, on peut réunir une série d'images laryngoscopiques dont l'aspect est différent, mais dont l'interprétation autorise le rapprochement. Ce sont en effet des troubles de motilité d'origine périphérique, soit névrite des expansions terminales, soit myopathie, soit arthropathie. Elles succèdent, dans un grand nombre de cas, à des états inflammatoires de la muqueuse, aigus (catarrhe, diphtérie) ou chroniques (tuberculose, catarrhe).

L'aspect de la glotte répond à l'une des trois variétés suivantes : 1° linéaire dans la portion ligamenteuse, triangulaire dans la portion cartilagineuse (fig. 74-A) ; 2° fusiforme dans la première portion, normale dans la seconde (fig. 74-B) ; 3° fusiforme dans la première,

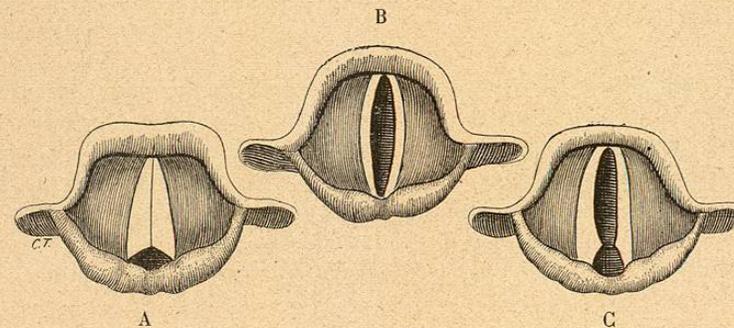


Fig. 74. — Images de la glotte dans les paralysies périphériques

Paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien (A), des thyro-aryténoïdiens (B)  
Paralysie associée des deux muscles précédents (C)

triangulaire dans la seconde (fig. 74-C). La première variété répond à la paralysie du muscle ary-aryténoïdien ; la seconde à celle des thyro-aryténoïdiens ; la troisième aux deux précédentes combinées. La voix de fausset souvent bitonale, l'enrouement, la fatigue vocale rapide sont les principaux signes subjectifs de ces états.

L'arthrite crico-thyroïdienne se traduit par le défaut de tension de la corde vocale, mais il y a également un point douloureux arti-