

tifs hydragogues (gomme gutte, coloquinte, jalap), du jaborandi (injections sous-cutanées de pilocarpine) recommandé par Suarez de Mendoza et par Gottstein qui lui ont dû des succès. Je ne parlerai des scarifications de la muqueuse œdématiée que pour les condamner : lorsqu'elles semblent utiles, c'est qu'en réalité elles s'adressent à une laryngite plegmoneuse et non à de l'œdème simple. Dans ce dernier cas, elles sont presque invariablement inutiles et presque constamment nuisibles, quelque soin qu'on mette à la stérilisation de l'instrument tranchant, car elles ouvrent une porte d'entrée à l'infection en créant, exposée dans un milieu où fourmillent les microbes pathogènes, une plaie qui intéresse des tissus actuellement incapables de se défendre contre eux.

Lorsque l'asphyxie est menaçante, il faut résolument procéder à l'ouverture chirurgicale de la trachée, et l'expérience montre que plus tôt elle est faite, plus elle a chance de sauver le malade. Le cathétérisme à demeure (Heryng), ou le tubage de la glotte avec les tubes d'O'Dwyer (Massei), ne me paraissent guère susceptibles d'être substitués avec succès à la trachéotomie dans les cas de ce genre.

IV

HÉMORRAGIES

Il n'est pas rare d'observer des hémorragies laryngées interstitielles, sous-muqueuses, quelquefois même assez abondantes pour déterminer une sténose glottique inquiétante, dans un certain nombre de maladies infectieuses ou dyscrasiques : variole hémorragique, typhus exanthématique, scorbut, maladie de Werlhoff, leucémie.

On peut également voir survenir des ecchymoses laryngées, d'ordinaire de petites dimensions, et siégeant de préférence sur les cordes vocales, à la suite de fatigues exagérées de la voix, chez les orateurs et surtout chez les chanteurs.

Quant aux hémorragies superficielles donnant lieu à un écoulement sanguin de quelque intensité, il est très rare qu'elles apparaissent en dehors des traumatismes profonds du larynx. Elles se montrent très rarement dans le cours des affections ulcéreuses spécifiques, sauf dans le cancer laryngé; elles sont plus communes dans les cas de tumeurs bénignes à structure vasculaire (angiomes). Dans ces dernières conditions, c'est le plus souvent à la suite d'efforts vocaux qu'elles se montrent, ou quelquefois encore à l'approche des règles chez la femme. J'ai publié un fait d'hémorragies laryngées à répétition, se produisant presque à chaque époque menstruelle chez une femme très nerveuse, et indépendantes de toute lésion laryngée⁽¹⁾. Il n'y avait, en effet, d'autre altération de la muqueuse que de légères arborisations vasculaires sur les cordes vocales. Deux faits analogues ont été rapportés depuis lors par Compaired⁽²⁾. Il s'agit, en pareil cas, d'hémorragies névropathiques actives, consécutives à des poussées vaso-dilatatrices, sans inflammation concomitante. Lorsque, au contraire, l'hémorragie coïncide avec une inflammation catarrhale intense, il ne s'agit plus d'une hémorragie laryngée, mais bien d'une *laryngite hémorragique*, variété de laryngite aiguë qui sera étudiée plus tard. Les petites hémorragies qui se

⁽¹⁾ Société française de laryngologie, séance du 10 mai 1889.

⁽²⁾ COMPAIRED, *El siglo medico*, janvier 1891.

produisent parfois dans le cours de la coqueluche, à la suite des efforts de toux prolongés, rentrent plutôt dans le cadre des hémorragies passives.

Les symptômes des hémorragies spontanées du larynx sont presque toujours peu importants. Tout consiste dans l'expulsion d'un peu de sang mêlé aux crachats rendus le plus souvent à la suite d'efforts de toux provoqués par des picotements ressentis par le malade au niveau du larynx. Le pronostic n'offre aucune gravité. Cependant il faut savoir que les ecchymoses sous-muqueuses des chanteurs, consécutives au surmenage de la voix, ne se résorbent pas toujours, et peuvent donner naissance à des kystes sanguins et à des productions polypeuses.

L'hémorragie superficielle s'arrête ordinairement d'elle-même, et n'oblige que rarement le médecin à avoir recours à l'emploi local des styptiques ou du galvano-cautère. Les applications de glace, *intus et extra*, sont le plus souvent suffisantes. L'hémorragie arrêtée, il reste au niveau du point de départ de l'écoulement, et parfois sur les régions voisines, des caillots brunâtres, qui après quelques jours se détachent d'eux-mêmes. Le traitement consiste donc surtout à combattre les causes des poussées conjonctives dont la rupture vasculaire est le dernier terme. Lorsqu'il s'agit d'hémorragies cataméniales, on s'attachera à régulariser les fonctions menstruelles et à calmer l'irritabilité nerveuse (exercice, hydrothérapie, bromures). Lorsque l'hémorragie, interstitielle ou superficielle, est consécutive à des efforts vocaux, il est nécessaire de prescrire au malade un repos absolu, jusqu'à disparition complète des accidents, ou jusqu'à ce que l'ecchymose se soit complètement effacée. Lorsque l'épanchement hématisque a donné lieu à la formation d'un véritable kyste sanguin, il ne faut intervenir chirurgicalement que si la petite tumeur tend à rester stationnaire : j'ai vu en effet plusieurs fois ces petits kystes disparaître progressivement et spontanément, sous la seule influence du repos complet du larynx.

CHAPITRE II

TROUBLES NERVEUX

I

TROUBLES SENSITIFS

§ I. — ANESTHÉSIE

Symptômes. — L'anesthésie de la muqueuse laryngée est tantôt généralisée, tantôt circonscrite. Dans ce dernier cas, elle occupe soit la région sus-glottique, soit la région sous-glottique du larynx. Elle est complète ou incomplète (hyperesthésie), unilatérale ou bilatérale. Lorsqu'elle est bilatérale, elle est souvent plus marquée d'un côté que de l'autre.

Les symptômes subjectifs qui résultent de l'anesthésie du larynx sont à peu

près nuls. En cas d'anesthésie de l'épiglotte et des limites du vestibule artificiellement provoquée par les applications bien localisées de cocaïne, le malade ressent une sensation de corps étranger, parce que la présence des parties insensibilisées est perçue par la muqueuse voisine; mais dans les anesthésies spontanées, qui ne sont plus aussi bien circonscrites, cette sensation manque le plus souvent. Il est possible qu'on puisse l'expliquer comme ci-dessus lorsqu'elle existe en cas d'anesthésie limitée survenue brusquement; mais, dans d'autres conditions, elle doit être attribuée, comme les fourmillements, les picotements, etc., qui l'accompagnent, à des paresthésies concomitantes. Indépendamment des paresthésies, on observe même parfois (Schnitzler) de véritables sensations de douleur (anesthésie douloureuse). Les accès de toux, par pénétration de fragments alimentaires dans les voies aériennes, ne s'observent que lorsqu'à l'anesthésie de la muqueuse viennent se joindre des troubles de la motilité (paralysie ou parésies) des muscles du pharynx et des muscles constricteurs du vestibule laryngien.

L'exploration directe des régions atteintes d'anesthésies, pratiquée avec un stylet ou une pince laryngienne de petit volume, sous le contrôle du miroir laryngoscopique, fait reconnaître que la muqueuse peut être touchée, pincée ou tirillée sans que le malade s'en rende compte, et sans que ces manœuvres provoquent de réflexes. L'application de topiques irritants ou caustiques n'est pas davantage perçue. Les sensations de température sont parfois abolies, parfois conservées. Quelquefois il existe de l'analgésie sans anesthésie proprement dite.

Étiologie. — Une des causes les plus fréquentes de l'anesthésie du larynx est l'hystérie. Beaucoup d'hystériques (un sur six d'après Thaon)⁽¹⁾, atteints ou non de troubles moteurs laryngés, présentent, en même temps que des plaques d'anesthésie cutanée surtout fréquentes au devant du cou (Thaon), une diminution marquée de la sensibilité de l'épiglotte et du vestibule; mais ce dernier phénomène est loin d'être constant, comme l'avait cru Chairou. Dans ces conditions, l'hémianesthésie du larynx ne s'observe pas (Thaon, Lichtwitz). Chez les hystériques hémianesthésiques, ce dernier auteur a trouvé le plus souvent le larynx indemne; et dans le cas contraire, la sensibilité de toute l'entrée du larynx, des deux côtés, était touchée. J'ai constaté l'anesthésie généralisée (sus et sous-glottique) et bilatérale du larynx, accompagnant celle du pharynx, chez deux malades atteints de mutisme hystérique avec paralysie complète des muscles constricteurs de la glotte et conservation des fonctions respiratoires des crico-aryténoïdiens postérieurs. Dans l'un de ces cas (jeune fille) l'anesthésie était incomplète; dans le second (homme), elle était absolue. Il n'y avait pas de troubles de la déglutition: les malades ne toussaient pas et ne s'engouaient jamais.

On a signalé également l'anesthésie laryngée bilatérale chez les épileptiques, pendant les attaques; et après celles-ci elle persisterait quelque temps. On la voit aussi chez les malades atteints de paralysies bulbaires avancées, et chez les paralytiques généraux à la période de démence, ainsi que l'a constaté Lennox-Browne. Elle est constante dans les divers états asphyxiques, où le sang renferme de l'acide carbonique en excès.

(1) THAON, L'hystérie et le larynx; *Annales des maladies de l'oreille*, 1881. (Communication au Congrès international de laryngologie de Milan.) — LICHTWITZ, Thèse citée.

L'hémianesthésie a été signalée, en même temps que la paralysie motrice correspondante du larynx, chez des sujets atteints de lésions cérébrales en foyer (Ott, Löri). On la rencontre aussi chez les individus atteints de paralysie périphérique du récurrent (Ziemssen); elle est alors limitée à la région sous-glottique du larynx du côté malade. On l'a vue se montrer à la suite de l'intoxication saturnine.

Une des causes les plus fréquentes d'anesthésie d'origine périphérique est la diphtérie. L'anesthésie laryngée post-diphtérique est parfois bilatérale, mais en pareil cas, l'un des côtés est toujours plus atteint que l'autre; le plus souvent, elle est unilatérale; et elle siège du côté qui a été le plus atteint par l'angine (Ziemssen). Elle ne frappe que la partie supérieure du larynx: la sensibilité de la région sous-glottique demeure intacte. En même temps que le larynx, le pharynx et le voile du palais sont insensibles du même côté ou en totalité. Ces troubles de la sensibilité ne sont jamais isolés: toujours des troubles moteurs (paralysies ou parésies) les accompagnent. Au larynx, les muscles frappés sont ceux que le nerf laryngé supérieur innerve exclusivement: crico-thyroïdien, et thyro-ary-épiglottique. Il en résulte que le larynx est imparfaitement clos pendant la déglutition, que les troubles moteurs du pharynx rendent d'ailleurs maladroite, et que des parcelles alimentaires et surtout des liquides pénètrent dans la région sous-glottique sensible du larynx et occasionnent de violents accès de toux.

Marche et pronostic. — La marche et la durée de l'anesthésie laryngée hystérique sont extrêmement variables, comme celles de toutes les autres manifestations de la même maladie. Celles des anesthésies dépendant de lésions nerveuses centrales ou périphériques varient suivant les affections causales. Quant à l'anesthésie diphtérique, elle dure rarement plus de 5 à 8 semaines lorsqu'elle est abandonnée à elle-même, et elle peut guérir plus vite lorsqu'elle est convenablement traitée.

Le pronostic de l'anesthésie hystérique est bénin, et celui de l'anesthésie d'origine cérébrale, bulbaire ou périphérique légèrement variable suivant les cas, mais toujours grave. Quant à celui de l'anesthésie diphtérique, il n'acquiert guère de gravité qu'en raison des accidents auxquels les malades sont exposés par l'association à l'anesthésie de paralysies motrices compromettant la déglutition. Mais dans ces conditions, il peut devenir menaçant: certains malades, en effet, présentent de violents accès de toux et de suffocation, chaque fois qu'ils essayent de boire ou de manger, à tel point que l'alimentation peut devenir impossible. D'autres peuvent être frappés de broncho-pneumonies infectieuses dues à la pénétration des substances alimentaires dans la profondeur de l'arbre aérien.

Diagnostic et traitement. — L'anesthésie du larynx ne peut être, le plus souvent, que soupçonnée, si le médecin n'a pas recours à l'exploration directe pour en établir le diagnostic. Chez les hystériques, les hémiplegiques, cette constatation n'a pas grande importance pratique; mais chez les sujets atteints de paralysie diphtérique, il n'en est plus de même.

On ne doit jamais négliger de rechercher l'anesthésie laryngée lorsqu'on se trouve en présence de malades présentant des troubles marqués de la déglutition et de la voix, avec accès de toux répétés, en même temps qu'une parésie

diphthérique du pharynx. Si l'exploration fait reconnaître que la muqueuse du vestibule laryngé est insensible, on devra immédiatement et sans hésiter recourir à l'alimentation artificielle à l'aide de la sonde œsophagienne, qu'on aura soin d'introduire en prenant toutes les précautions voulues pour être certain qu'elle parvient bien dans l'œsophage et ne s'égaré pas dans le larynx. De plus, on instituera immédiatement le traitement électrothérapique (faradisation interne, chacun des deux pôles de l'électrode pharyngienne étant placé dans l'une des gouttières pharyngo-laryngées). Au bout de quelques jours, on pourra avec avantage adjoindre à ce traitement l'administration de la strychnine, qu'on donnera à doses croissantes (5 à 8 et même 12 milligrammes par jour), en ayant soin d'interrompre rapidement s'il survient quelque menace d'intoxication. La strychnine et l'électrisation rendront aussi des services dans le traitement de l'anesthésie hystérique : en effet, lorsque sous l'influence de ce traitement dirigé contre les paralysies vocales, la voix revient, on voit d'ordinaire la sensibilité reparaitre en même temps.

§ 2. — HYPERESTHÉSIE

L'hyperesthésie de la muqueuse laryngée se montre surtout chez les hystériques et chez certains névropathes. D'après Gottstein, on la verrait parfois survenir sous l'influence de la dentition, de la menstruation ou de la grossesse, et disparaître ensuite. Elle a été souvent constatée au début de la phtisie pulmonaire, en l'absence de toute lésion laryngée autre que l'anémie. Lennox-Browne, Juracz et Gottstein lui attribuent une grande valeur diagnostique dans les cas douteux, surtout lorsqu'elle coïncide avec des paresthésies du larynx, et ce dernier auteur pense même qu'elle peut être le signe précurseur d'une tuberculose pulmonaire ne devant se développer que longtemps après.

Elle se traduit par une augmentation marquée de l'excitabilité réflexe; la moindre parcelle alimentaire pénétrant dans le vestibule du larynx occasionne une toux quinteuse ou du spasme glottique. Parfois le malade ne peut respirer la bouche ouverte sans ressentir au niveau du larynx une sensation de froid très pénible. Chez quelques-uns, la parole finit par amener des sensations douloureuses, et l'on voit des hystériques en arriver à observer un silence permanent pour éviter des douleurs laryngées (*phonophobie* de Thaon). L'hyperesthésie laryngée est souvent accompagnée de paresthésies, et parfois de névralgies.

Le diagnostic d'hyperesthésie laryngée n'est justifié que lorsque les symptômes précédents ne coïncident avec aucune lésion objective constatable à l'examen laryngoscopique. On ne saurait, en effet, appeler hyperesthésie l'hyperalgésie causée par le catarrhe, pas plus qu'anesthésie la diminution de la sensibilité qui accompagne certaines phases de la tuberculose et surtout de la syphilis du larynx.

Le pronostic doit être quelquefois réservé, à cause de la possibilité d'une phtisie en incubation; il est toujours meilleur chez les hystériques, et aussi chez les femmes enceintes. Dans ce dernier cas, l'affection n'est justiciable d'aucun traitement. Les névropathes, au contraire, devront être soumis à l'hydrothérapie et aux bromures; mais les résultats obtenus seront souvent de courte durée, car l'affection est tenace et sujette aux récurrences.

§ 3. — PARESTHÉSIES

Les paresthésies de la muqueuse laryngée s'observent très fréquemment chez les hystériques, les neurasthéniques et les hypocondriaques. Ces malades ressentent, de temps en temps et parfois constamment, des sensations de brûlure, des picotements, des fourmillements qui les portent « à racler » ou à « hemmer », ou encore des sensations de corps étrangers. Quelquefois, ces sensations résultent en réalité de la présence antécédente d'un corps étranger véritable : une arête, un os, un débris alimentaire quelconque a séjourné quelques heures près du larynx quelques jours auparavant, et la sensation persiste longtemps après que le corps du délit a été avalé. Mais, le plus souvent, il ne s'est rien produit de semblable, et il s'agit de sensations constamment et purement subjectives.

Il est douteux que l'anémie ou la chlorose seules soient capables de déterminer les paresthésies du larynx. Lorsqu'elles existent en pareil cas, il faut, ainsi qu'on l'a vu plus haut, penser à une pseudo-chlorose, à une anémie bacillaire pré-tuberculeuse (Lennox-Browne, Juracz, Gottstein).

Le diagnostic exige, bien entendu, l'emploi du laryngoscope; non seulement on ne doit le poser qu'après avoir reconnu que le larynx est sain; mais il faut encore savoir que certaines lésions du pharynx (catarrhe de l'amygdale pharyngée ou amygdalite palatine chronique, hypertrophie de l'amygdale linguale surtout) peuvent déterminer des sensations analogues. Chez les hypocondriaques, la névrose se présente d'une façon un peu spéciale, qui permet à elle seule d'éclairer le médecin : les malades interprètent les sensations subjectives dont ils se plaignent : ils se croient, le plus souvent, atteints de lésions graves ou mortelles (syphilis, phtisie laryngée, cancer du larynx), et quelque peine qu'on se donne pour les convaincre de leur erreur, on n'y arrive guère, ou du moins on ne parvient pas à déterminer chez eux la conviction absolue qu'ils souffrent d'accidents purement nerveux.

Dans tous les cas, la maladie est tenace, et sujette aux récurrences; les guérisons ne s'obtiennent que lorsque l'on a pu traiter et guérir une lésion pharyngée qui était la cause déterminante des accidents. Les bromures, l'hydrothérapie, la gymnastique sont les moyens thérapeutiques les plus recommandables.

§ 4. — NÉVRALGIES LARYNGÉES

Étiologie. — Les névralgies du larynx sont beaucoup moins communes que les paresthésies de la même région, mais cependant moins rares que le pensent le plus grand nombre des auteurs. Elles se voient plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. C'est le plus souvent chez les sujets neuro-arthritiques qu'on a l'occasion de les observer. On peut parfois leur assigner très nettement l'action du froid comme cause déterminante. Dans d'autres cas, elles surviennent à titre de réflexe douloureux, à la suite d'affections localisées du pharynx, et surtout du pharynx nasal. Je l'ai vue une fois coïncider avec une paralysie du récurrent, et je pense qu'il s'agissait vraisemblablement dans ce cas d'une névrite primitive du tronc du larynx inférieur; mais il semble que le plus souvent ce soit le larynx supérieur qui doive être incriminé.

Symptômes. — La névralgie laryngée se traduit par des douleurs plus ou moins vives, parfois lancinantes, survenant par accès, et unilatérales presque toujours. Le point de départ de la douleur est localisé d'ordinaire par les malades vers la grande corne de l'os hyoïde; de là, elle s'irradie parfois vers l'oreille et plus souvent le long du larynx et de la trachée. Les douleurs augmentent d'ordinaire sous l'impression du froid. Chez certains sujets, elles augmentent quand le malade parle un peu longuement. L'exploration digitale, faite sur la peau du cou et un peu profondément, le long du larynx et de la trachée, fait parfois constater un point douloureux (E. Fränkel), qui ne coïncide pas d'ordinaire avec celui où le malade localise l'origine des douleurs spontanées. Pénible tout d'abord la pression de ce point calme ensuite la douleur chez certains sujets (Morell-Mackenzie). E. Fränkel a constaté que l'application du courant continu était très douloureuse, surtout lorsqu'on plaçait le pôle négatif au niveau du point sensible à la pression.

Diagnostic, pronostic et traitement. — Le diagnostic exige une exploration attentive. Il est parfois difficile de différencier nettement l'affection d'une névralgie du pharynx, quelque soin qu'on mette à examiner le malade; et cependant, en l'absence de lésions naso-pharyngiennes pouvant faire penser à une névralgie réflexe, cette différenciation est importante au point de vue du traitement à instituer.

Ce dernier sera, si possible, causal; en cas de catarrhe circonscrit de l'amygdale pharyngée (angine de Tornwaldt), on devra tout d'abord traiter le pharynx: j'ai obtenu ainsi, plusieurs fois, des guérisons rapides. Dans d'autres conditions, on aura recours à l'antipyrine ou à l'exalgine, ou à l'opium associé au sulfate de quinine, qui permettent de calmer les douleurs. Celles-ci cèdent aussi assez bien aux applications répétées de compresses imbibées d'eau très chaude (Gottstein). E. Fränkel a obtenu de bons résultats des applications de courants continus, faites tous les jours pendant quelques minutes; la cathode était appliquée sur la colonne vertébrale, et l'anode au niveau du point douloureux, le long du cou. Les applications intralaryngées de solutions astringentes ou calmantes, recommandées par plusieurs auteurs, ne m'ont donné aucun résultat appréciable. Je n'ai rien obtenu de satisfaisant avec les pulvérisations externes de chlorure de méthyle, ou de la congélation obtenue à l'aide de ce corps par la méthode de M. Bailly (*stypage*): l'amélioration manquait ou était très passagère, et suivie d'une recrudescence plus ou moins marquée des douleurs. Toutefois, je n'ai pas eu recours à ce moyen chez un assez grand nombre de malades pour le condamner sans réserves; peut-être obtiendrait-on de meilleurs résultats dans d'autres cas.

II

TROUBLES MOTEURS

§ 1. — PARALYSIES ET CONTRACTURES DES MUSCLES DU LARYNX

J'exposerai dans un même paragraphe l'histoire des paralysies des muscles du larynx et celle de leurs contractures, afin de me maintenir aussi étroitement

que possible sur le terrain clinique, en rapprochant les unes des autres les descriptions de certains troubles moteurs présentant pour caractère commun de se traduire par l'inaction constante, plus ou moins durable, des divers groupes musculaires ou des divers muscles des cordes vocales ou de l'une d'entre elles. Cette façon de faire me paraît présenter le grand avantage de ne rien préjuger sur le mécanisme de l'impotence fonctionnelle à décrire. Or, ainsi que nous le verrons bientôt, il est parfois extrêmement difficile de savoir si l'immobilité d'une corde vocale, indépendante de lésions de l'articulation crico-aryténoïdienne, est due plutôt à la paralysie d'un groupe musculaire qu'à la contracture du groupe antagoniste, ou bien encore même si elle est due à sa contracture ou à sa paralysie totales. Très souvent, dans la pratique, on observe certaines images laryngoscopiques dont l'interprétation est l'objet de dissidences plus ou moins tranchées de la part des auteurs les plus autorisés. Les arguments invoqués de part et d'autre peuvent être d'une valeur sensiblement égale en apparence, et il est le plus souvent impossible, si l'on n'est pas à même de suivre la marche de l'affection surtout, de prendre nettement parti en pleine connaissance de cause. Aussi, bien que telle ou telle théorie puisse paraître à l'observateur, plus légitime que les autres, celui-ci fera toujours preuve de prudence et de circonspection en n'adoptant l'une des opinions en présence qu'avec de sages réserves et sous bénéfice d'inventaire.

Symptomatologie. — Cela posé, nous pouvons commencer l'étude des signes laryngoscopiques des paralysies laryngées sans crainte de malentendus. En premier lieu nous nous occuperons des signes laryngoscopiques des laryngoplégies unilatérales, et des variations qu'ils offrent suivant que tous les muscles, ou quelques-uns d'entre eux seulement, sont frappés d'impotence fonctionnelle. Nous étudierons ensuite les signes laryngoscopiques des paralysies bilatérales, en suivant la même méthode. Chemin faisant, nous examinerons les diverses interprétations dont les résultats variables de l'examen laryngoscopique sont susceptibles dans les différents cas, et nous chercherons à nous faire une opinion en nous appuyant exclusivement sur les notions que l'anatomie et la physiologie nous fournissent au sujet des divers muscles laryngés et du rôle, complexe et encore imparfaitement connu, qu'ils remplissent dans l'accomplissement des fonctions vocales et respiratoires. En même temps nous ferons l'exposé des signes et des symptômes communs, et de ceux qui s'observent plus spécialement dans les différentes variétés objectives.

A. — SIGNES LARYNGOSCOPIQUES ET SYMPTÔMES FONCTIONNELS DES PARALYSIES LARYNGÉES UNILATÉRALES

Les paralysies laryngées unilatérales peuvent être complètes ou incomplètes (parésies). Je ne m'occuperai guère que des signes des paralysies complètes, signes simplement atténués dans les parésies, en ce sens que, dans ce dernier cas, la contractilité, la motilité des muscles est plus ou moins diminuée, mais non abolie comme dans le premier. Elles peuvent, de plus, être totales ou partielles. Si l'on s'en tenait au sens strict des mots, on devrait entendre par « paralysie unilatérale totale » la paralysie de tous les muscles d'un même côté, et par « paralysie unilatérale partielle », celle de quelques-uns seulement ou même