

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

d'un seul de ces muscles. Mais en tenant compte des réserves, signalées plus haut, qu'impose l'incertitude *actuelle* sur l'interprétation la plus exacte à donner aux signes laryngoscopiques, et de la nécessité où nous nous trouvons de confondre sous la rubrique de « paralysies » des troubles moteurs divers (paralysies et contractures) se traduisant par l'inertie fonctionnelle, nous sommes obligé d'appliquer la dénomination de *paralysies unilatérales totales* à tous les cas dans lesquels nous observons l'absence constante et complète des mouvements actifs d'une corde vocale, aussi bien aux deux temps de la respiration que pendant la phonation; et celle de *paralysies unilatérales partielles* à ceux dans lesquels l'immobilité n'est pas constante. Nous étudierons d'abord les paralysies partielles, et ensuite les paralysies totales.

Paralysies laryngées unilatérales partielles.

Nous disons qu'une corde vocale est « partiellement paralysée », lorsque, examinée au laryngoscope pendant les deux temps de la respiration, et aussi pendant les tentatives de phonation, elle présente des troubles moteurs caractérisés par l'absence ou l'insuffisance (1) de quelqu'un ou de quelques-uns de ses mouvements physiologiques.

C'est ainsi que la corde vocale atteinte de paralysie partielle peut avoir conservé l'intégrité de ses mouvements respiratoires, et cependant rester éloignée de la ligne médiane en totalité ou en partie, ou se tendre mal, pendant les essais de phonation. Ou bien encore avoir conservé l'intégrité de ses mouvements d'adduction vocale; avoir conservé aussi, sinon complètement, du moins en grande partie, la possibilité de se tendre et de régler sa tension pendant l'émission de la voix, et cependant être incapable de s'écarter normalement de la position intermédiaire pendant l'inspiration, c'est-à-dire avoir perdu plus ou moins complètement sa faculté d'abduction respiratoire. Nous pouvons donc réduire les paralysies laryngées unilatérales partielles à trois types principaux :

- a. Le premier est caractérisé par l'absence ou l'insuffisance de l'adduction;
- b. Le second, par l'absence ou l'insuffisance de la tension;
- c. Le troisième, par l'absence de l'abduction.

Chacun de ces types pourra, en outre, se présenter à l'observateur sous la forme de quelque-une de différentes variétés particulières, qui dépendront de la localisation du trouble moteur à tels ou tels muscles, tels ou tels groupes musculaires, synergiques ou antagonistes (2). Nous allons les étudier successivement dans les pages qui suivent.

(1) Il est bien entendu que le mot « insuffisance » d'un mouvement n'implique pas ici l'existence d'une paralysie musculaire incomplète, d'une parésie; un mouvement physiologique d'une corde vocale peut, en effet, exiger l'action simultanée de plusieurs muscles pour être normal, et être insuffisant lorsque l'un ou quelques-uns d'entre ces muscles ne fonctionnent pas du tout, c'est-à-dire sont complètement paralysés, l'autre ou les autres ayant au contraire conservé leur motilité intacte.

(2) Pour bien saisir ces types et leurs variétés (aussi bien d'ailleurs que tout ce qui s'applique aux autres troubles moteurs des muscles du larynx), c'est-à-dire pour interpréter quelque peu judicieusement les résultats de l'examen laryngoscopique, il est indispensable à l'observateur de se faire de l'action de ces muscles une idée assez nette pour rendre compte, au moins sommairement, du mécanisme des mouvements intrinsèques respiratoires et vocaux, de cet organe. Les divers traités classiques d'anatomie et de physiologie

a. — ABSENCE OU INSUFFISANCE D'ADDUCTION

Chez certains sujets, dont le larynx examiné aux deux temps de la respiration, présente les mouvements inspiratoire et expiratoire normaux et paraît absolument sain, on peut voir, lorsqu'on invite le malade à faire un effort de phonation, l'une des cordes exécuter régulièrement son mouvement de rapprochement de la ligne médiane qu'elle peut même dépasser, tandis que l'autre est absolument

étant, à ce sujet, soit incomplets, soit inexacts, et donnant presque tous des renseignements contradictoires, il m'est indispensable, sous peine de n'être pas compris, de consacrer quelques lignes à l'exposé de ce mécanisme, tel que, à mon sens, les notions anatomophysiologiques semblant actuellement acquises à la science, nous permettent de le concevoir dans son ensemble, jusqu'à plus ample informé.

Prenons d'abord le larynx au repos, c'est-à-dire à la fin de l'expiration silencieuse, et examinons-le pendant la respiration. Nous voyons qu'au repos, la glotte offre une forme triangulaire; que la base de ce triangle est formée par le muscle ary-aryténoïdien relâché, doublé de la muqueuse, et que ses bords, constitués par les cordes vocales et leurs prolongements postérieurs sur les processus vocaux des cartilages aryténoïdes, sont sensiblement rectilignes. Le triangle glottique est isocèle; la ligne médiane antéro-postérieure idéale, abaissée de l'angle antérieur des cordes sur l'espace interaryténoïdien qui forme la base du triangle, partage cette base en deux parties égales; c'est la bissectrice de l'angle antérieur. Au moment de l'inspiration, les cartilages aryténoïdes s'écartent l'un de l'autre; ils subissent, sous l'action du faisceau externe de chacun des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, un mouvement de translation en dehors, en suivant la direction transversale et légèrement courbe, en bas et en avant, de la surface articulaire cricoïdienne: la base du triangle s'allonge par les extrémités. Vers la fin de l'inspiration, les cordes vocales perdent le plus souvent un peu leur direction rectiligne pour devenir plutôt concaves en dedans, la glotte tend à prendre une forme pentagonale, parce que les apophyses vocales subissent un mouvement de bascule en dehors (mouvement de sonnette) sous l'action des faisceaux internes de chacun des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Ce mouvement de bascule peut manquer, ou n'être qu'à peine ébauché, pendant l'inspiration tranquille; mais il est constant dans l'inspiration forcée naturelle, et la glotte prend alors la forme d'un pentagone à angles antéro-externes arrondis. Dès le début de l'expiration silencieuse, les faisceaux internes et externes des crico-aryténoïdiens postérieurs se relâchent, et la glotte reprend sa forme triangulaire primitive.

Prenons maintenant le larynx pendant la respiration, et examinons de quelle façon il se comporte pour passer à la position vocale, c'est-à-dire à une position telle que le courant d'air expiratoire, convenablement réglé par la contraction musculaire thoraco-abdominale, puisse produire, au niveau de la glotte, un son vocal normal. Les mouvements d'accommodation vocale du larynx sont autrement complexes que les précédents. Ils commencent, non pas au temps de repos respiratoire, mais à la fin de l'inspiration, alors que la poitrine est pourvue d'une provision d'air suffisante; les crico-aryténoïdiens postérieurs ne se relâchent que lorsque le thorax a été immobilisé par la contraction de ses muscles, du trapèze, du sterno-cléido-mastoïdien, du diaphragme. Alors les muscles sus et sous-hyoïdiens immobilisent le cartilage thyroïde, et les cordes prennent la position vocale par deux mouvements successifs, l'adduction et la tension; l'adduction porte les cordes vocales en position médiane et place leurs bords dans une direction sensiblement rectiligne; la tension leur donne une rigidité et une élasticité suffisantes pour vibrer convenablement.

Les agents musculaires essentiels de l'adduction des cordes vocales sont au nombre de deux. Le premier et le plus important est le muscle ary-aryténoïdien, impair et médian, (antagoniste des faisceaux externes des crico-aryténoïdiens postérieurs) qui rapproche les aryténoïdes et applique l'une à l'autre, sur la ligne médiane, les faces internes de ces cartilages. Le second est le crico-aryténoïdien latéral, muscle pair (antagoniste du faisceau interne du crico-aryténoïdien postérieur), qui tend à faire basculer en dedans l'apophyse vocale et à la maintenir près de sa congénère.

Quant à la tension vocale, qui suppose l'adduction préalable des cordes, elle est réalisée et réglée par trois groupes principaux de faisceaux musculaires intra-laryngés: 1° par le muscle crico-thyroïdien, antérieur, pair, dont la contraction imprime au cricoïde un mouvement de bascule en arrière et tend indirectement les cordes en rapprochant la partie antérieure de l'anneau cricoïdien de la région correspondante du cartilage thyroïde immo-