

nettement le cartilage aryténoïde du côté malade basculer légèrement en arrière, de sorte que la partie postérieure de la corde se plaçait à un niveau un peu supérieur à celui de la corde saine. La corde vocale malade, soulevée par le courant d'air expiratoire, prenait une apparence bombée et ne vibrat pas si le malade ne faisait pas un effort un peu marqué : aucun son n'était émis. Si le malade s'efforçait davantage, on voyait vibrer les deux cordes, et on entendait un son rauque; le bord libre de la corde malade, à mesure que le son était tenu, s'agitait en vibrations de plus en plus étendues, en flottant de bas en haut et de haut en bas comme une bande de linge agitée par le vent, jusqu'à ce que tout son cesse et que l'expiration s'achève aphone. L'un de ces malades a été perdu de vue, l'autre est mort sans que l'autopsie ait pu être faite. Chez ce dernier, très amaigri, on pouvait parfois modifier un peu la voix en cherchant à imprimer un mouvement de bascule en avant et en haut au cricoïde, qu'on arrivait à peu près à saisir entre les doigts; mais je dois dire que les résultats obtenus ainsi étaient inconstants et manquaient de netteté.

#### c. — ABSENCE D'ABDUCTION

Chez certains malades ne présentant que de légères altérations de la voix et ne se plaignant pas de troubles respiratoires, on peut parfois observer, à l'examen laryngoscopique, qu'une corde vocale est incapable de dépasser la position de repos respiratoire à l'inspiration, tandis que l'autre s'en écarte normalement à l'inspiration pour y revenir à la fin de l'expiration. A chaque effort de phonation, les cordes prennent toutes deux leur position médiane normale, mais au moment de l'émission du son, le cartilage aryténoïde du côté malade bascule légèrement en avant et se penche sur la glotte, de sorte que la corde de ce côté se tend un peu moins bien que l'autre.

Ces signes laryngoscopiques sont ceux que Jelenffy a assignés, avec raison, je crois, à la paralysie « pure » unilatérale, complète, du muscle crico-aryténoïdien postérieur. Il est très rare qu'on puisse les observer tels quels; parce que, dans la très grande majorité des cas, la paralysie n'est pas longtemps pure. Chez un assez grand nombre de sujets, la corde vocale malade, au lieu de rester immobile à l'inspiration comme au début, arrive bientôt à se rapprocher, au contraire, de la ligne médiane à ce moment, parce que les adducteurs latéraux impriment un mouvement de bascule rythmique, à l'apophyse vocale, phénomène curieux sur lequel je reviendrai à propos des paralysies bilatérales. Chez la très grande majorité des autres, sous l'action de l'ary-aryténoïdien, ou de tous les adducteurs, la corde vocale ne tarde pas à prendre la position médiane ou à s'en rapprocher beaucoup.

#### Paralysies laryngées unilatérales totales.

Une corde vocale « totalement paralysée » (ce qui, dans notre pensée, nous le répétons, veut dire *totalement immobile* tant aux deux temps de la respiration que pendant la phonation) peut se présenter à l'observateur sous des apparences très différentes, répondant plus ou moins exactement à l'un ou à l'autre des

quatre aspects suivants, caractérisés par la forme et la direction du bord libre de la corde.

a. Tantôt la corde est en *abduction extrême*, c'est-à-dire occupe la même situation qu'à la fin d'une inspiration forcée à l'état normal.

b. Tantôt elle est en *situation intermédiaire*, se rapprochant plus ou moins de l'état de repos complet; c'est-à-dire qu'elle se présente à peu près dans la direction générale qu'elle occupe, chez un sujet normal respirant tranquillement, à la fin de l'expiration<sup>(1)</sup>.

c. Ou bien elle est en *abduction complète*, et occupe la ligne médiane, en position vocale, comme elle est vue chez un sujet sain pendant l'émission de la voix de poitrine.

d. Enfin elle peut être en *abduction forcée*, c'est-à-dire dépasser la ligne médiane, et empiéter sur la moitié opposée de l'orifice glottique.

Analysons maintenant ces quatre variétés d'aspect laryngoscopique.

#### a. — ABDUCTION EXTRÊME

La position d'abduction extrême (très rare) est réalisée par la *paralysie de tous les constricteurs* de la corde vocale (crico-aryténoïdien latéral et thyro-aryténoïdien externe, thyro-aryténoïdien interne, segment correspondant de l'ary-aryténoïdien) *coïncidant avec la contraction tonique du dilateur* (crico-aryténoïdien postérieur). Le crico-thyroïdien, bien qu'indemne, est cependant incapable de fonctionner, car il ne peut tendre la corde vocale que lorsque le bord libre de celle-ci occupe la ligne médiane ou n'en est que peu éloigné. De même, et à cause de l'abaissement et de la rotation, en dehors, du cartilage aryténoïde, l'action du segment sain du muscle aryténoïdien transverse est entravée, ou du moins ne peut se faire sentir que sur la corde saine.

Lorsque l'on examine le larynx pendant la respiration, on constate que seule la corde vocale saine s'écarte en dehors à l'inspiration, et reprend sa place de repos à l'expiration. Souvent il arrive que cette corde, cédant à l'action du segment sain de l'ary-aryténoïdien, occupe une position plus interne que la normale; par exemple, elle atteint la ligne médiane à l'expiration, et, à l'inspiration elle ne dépasse guère la situation normale de la corde au temps de repos respiratoire. Il en résulte que le larynx semble avoir subi un mouvement de rotation autour de l'angle antérieur pris comme centre, mouvement ayant porté toute sa partie postérieure vers le côté paralysé.

(1) J'évite à dessein d'employer l'expression de « position cadavérique » par laquelle on a coutume, depuis Ziemssen, de désigner la situation d'une corde vocale « qui tient le milieu entre celle d'une inspiration profonde et celle de la phonation » (Ziemssen). Cette expression me paraît peu justifiée. Je ne pense pas, par exemple, qu'on puisse jamais se croire dûment autorisé à l'employer en cas de laryngoplégie unilatérale. Sur le cadavre, tous les muscles propres du larynx, ainsi que tous ses muscles extrinsèques, sont dans le même état d'inertie; mais, sur le vivant, il n'en est pas de même; et en cas d'hémiplégie laryngée classique en particulier, même en ne tenant compte que des muscles intrinsèques, il suffit de penser au tonus du crico-thyroïdien, du thyro-aryténoïdien supérieur, du segment sain de l'ary-aryténoïdien surtout, pour comprendre que chez l'homme vivant la vraie position « cadavérique » ne peut se présenter à l'observation. D'ailleurs, il résulte des recherches de Semon que la situation des cordes vocales sur le cadavre ne répond nullement à celle que Ziemssen nomme « cadavérique » : sur le cadavre, la fente glottique est environ trois fois plus étroite qu'elle ne l'est chez le vivant au temps de repos respiratoire.

Pendant un effort de phonation, la corde saine se rapproche de sa congénère immobile; et ce mouvement prend généralement une amplitude croissante pendant la période qui suit le début de la paralysie; la corde mobile, bientôt, dépasse notablement la ligne médiane lorsque le malade cherche à émettre un son, mais elle n'arrive pas à joindre l'autre; et il y a aphonie absolue, à moins que la bande ventriculaire du côté malade ait conservé sa contractilité, et puisse, ce qui se voit parfois, bien qu'exceptionnellement, se tendre et rapprocher son centre de la corde vocale saine en recouvrant la corde malade sous-jacente, suffisamment pour permettre l'émission d'une voix très faible, sourde et enrouée, monotone, et que le malade ne peut d'ailleurs soutenir pendant un certain temps.

b. — POSITION INTERMÉDIAIRE

La position intermédiaire (très fréquente) de la corde vocale immobile répond à la *paralysie de tous les constricteurs* (crico-aryténoïdien latéral et thyro-aryténoïdien externe, thyro-aryténoïdien interne, segment correspondant de l'ary-aryténoïdien), associée à celle du dilateur (crico-aryténoïdien postérieur). C'est le signe de la « paralysie complète du récurrent » des auteurs. Cette situation de la corde vocale est loin de répondre toujours exactement à celle qu'elle occupe au temps de repos respiratoire à l'état normal; tantôt elle se rapproche un peu plus de la position médiane; tantôt, au contraire, bien que moins fréquemment, elle s'en éloigne davantage, sans atteindre toutefois celle de la fin de l'inspiration normale.

La corde malade paraît plus courte que l'autre, parce que son bord interne est presque toujours un peu concave, et qu'en même temps les cartilages aryténoïde et corniculé sont un peu penchés en avant (sous l'action de l'élasticité du ligament thyro-aryténoïdien; ou, peut-être, encore du tonus du muscle thyro-aryténoïdien supérieur de Luschka, comme le croit Hooper). En même temps que cette corde semble plus concave et courte, elle paraît aussi plus mince et moins plate que sa congénère. Cette concavité et cette minceur progressent d'ailleurs à mesure que la paralysie devenant plus ancienne, les muscles s'atrophient. Toutefois, l'atrophie consécutive n'est pas fatale, la paralysie peut guérir avant qu'elle ait apparu; elle peut même se faire attendre longtemps ou ne progresser que très lentement dans des cas incurables.

Au début, lorsque la paralysie a été complète d'emblée, la corde saine n'exécute que ses mouvements normaux. Pendant la respiration, la béance de la glotte est moindre qu'à l'état physiologique, et l'inspiration s'accompagne souvent, surtout lorsqu'elle est un peu forcée, d'un léger bruit de chuchotement causé par le passage de l'air, dont la pression déprime un peu toute la corde. Pendant les tentatives de phonation, l'aryténoïde du côté malade est tout à fait immobile, ou ne se déplace, sous l'action du segment sain de l'ary-aryténoïdien, que d'une façon presque imperceptible; et la corde saine n'arrivant que difficilement à dépasser la ligne médiane, il y a aphonie complète, ou du moins le malade n'arrive qu'avec peine à émettre quelques sons faibles et rauques. Plus tard, et d'ordinaire assez rapidement, soit au bout de quelques jours, soit au bout de deux ou trois semaines ou plus, il s'établit, dans la majorité des cas, une sorte de suppléance respiratoire et vocale, grâce à l'extension progressive des mouvements de la corde saine. Celle-ci s'écarte au maximum à l'inspiration

tranquille, tandis que pendant la phonation elle dépasse largement la ligne médiane et va se mettre au contact de la corde immobilisée. Pendant ce mouvement, l'aryténoïde va se placer près de son congénère et un peu en avant ou en arrière de lui. Parfois il se place tout à fait en avant, et si le malade cherche à forcer sa voix, la corde vocale saine vient recouvrir le bord libre de l'autre dont le niveau d'ailleurs est toujours un peu inférieur. Dans d'autres cas, au contraire, l'aryténoïde du côté sain se place tout à fait en arrière de l'autre. Ces variantes dépendent, la première de l'abduction plus étendue de la corde malade et de la subluxation de l'aryténoïde du même côté en avant et un peu en dehors; la seconde, de l'abduction plus marquée de la corde paralysée, avec subluxation de l'aryténoïde en avant et un peu en dedans. Quelquefois l'aryténoïde de la corde saine ne se borne pas à rejoindre l'autre, il le repousse un peu du côté malade. La suppléance vocale se réalise d'une façon plus ou moins satisfaisante suivant les cas. Chez quelques sujets, la voix parlée peut, au bout de trois à cinq semaines, redevenir presque normale: j'ai soigné, entre autres, et j'observe encore de temps en temps trois personnes (une marchande, un avocat et un professeur d'une Faculté de droit) atteintes de paralysies complètes, typiques, d'un récurrent, de causes diverses, qui parlent sans enrrouement et s'acquittent de leurs devoirs professionnels sans se plaindre d'aucune fatigue. Plus souvent, la voix, bien que bonne, ne peut être soutenue longtemps. Certains malades évitent la raucité de la voix, soit toujours, soit lorsqu'ils sont fatigués seulement, en usant de la voix de fausset, qu'ils émettent plus aisément à cause de la concavité du bord libre de la corde malade. Chez beaucoup d'autres personnes, la dysphonie persiste et la voix reste toujours rauque, faible, inégale. La voix chantée est impossible; cependant cette impossibilité n'est pas toujours absolue: j'ai observé, en 1888, un prêtre, âgé de cinquante-deux ans, présentant cette forme de paralysie laryngée à gauche (avec abduction marquée de la corde (vocale<sup>(1)</sup>) et qui, bien que presque complètement incapable de parler à haute voix, pouvait cependant chanter sa messe à peu près correctement en se servant de sa voix de tête. On comprendra, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, que la suppléance vocale et la suppléance respiratoire soient le plus généralement en rapport inverse; celle-ci étant d'autant plus aisément obtenue, que la corde vocale malade est plus loin de la ligne médiane, l'autre au contraire se produisant d'autant plus facilement que cette même corde en est plus rapprochée, et qu'elle peut se tendre un peu sous l'influence du crico-thyroïdien.

(1) L'aphonie existait depuis huit mois, et s'était installée rapidement. Le larynx était partout sensible au contact de la sonde. Il n'y avait rien au médiastin; et l'anamnèse donnait à penser que la paralysie était d'origine bulbaire: neuf ans auparavant, ce malade s'était réveillé un matin avec des nausées et une sensation de fatigue extrême, il avait vomi en se levant; et, à peine levé, il était tombé à terre, sans cependant perdre connaissance, et s'était relevé paralysé à droite et avec un peu de parésie du droit externe de l'œil gauche. Puis la paralysie avait à peu près guéri. Au moment où je l'observais, il y avait, indépendamment d'une sensation presque continuelle d'abattement et de fatigue, une légère diminution de la motilité à gauche, et de la sensibilité à droite, avec réflexivité égale des deux côtes; et de la diminution légère de l'acuité visuelle à gauche sans hémianopsie ni diminution du champ visuel. M. G. Ballet, qui a eu l'obligeance d'examiner ensuite ce malade, a pensé que l'ictus avait vraisemblablement été dû à une très petite lésion bulbaire en foyer, intéressant d'abord le noyau de la 6<sup>e</sup> paire et peut-être un peu celui du facial, et que plus tard le noyau du spinal avait été atteint ou du moins plus atteint, secondairement. (L'hystérie ne pouvait être mise en cause, car les troubles de la sensibilité qu'on trouve d'ordinaire en pareil cas faisaient complètement défaut.)