

fait une forte inspiration avant de reprendre la parole ; dans ces conditions, il devient presque caractéristique pour une oreille exercée. C'est un signe de valeur dont le médecin doit tenir compte, avant tout examen. M. Fauvel a soutenu récemment que presque tous les malades présentaient une odeur alliagée, spéciale, de l'haleine, due à la rétention des sécrétions muqueuses à la région sous-glottique de la corde paralysée ; ce serait encore un signe de présomption à ajouter au précédent. Quoi qu'il en soit, cet obstacle au courant d'air respiratoire d'une part, et de l'autre à l'expulsion normale des sécrétions sous-glottiques, rendent le malade incapable d'efforts et de fatigues, et l'exposent à une gêne dyspnéique légère il est vrai, mais assez accentuée cependant pour qu'il s'en plaigne.

La phonation est peu troublée, ou ne l'est en aucune façon. Lorsque, au moment de l'effort de phonation, le cartilage aryténoïde, cédant à l'action du crico-thyroïdien, subit un léger mouvement de bascule en avant, la corde malade se tend mal et le timbre de la voix s'en ressent, mais dans le cas contraire la voix parlée reste tout à fait normale. Le chant est à peu près impossible. Plusieurs fois, j'ai constaté l'impossibilité absolue de l'émission de la voix de fausset.

#### d. — ADDUCTION FORCÉE

Dans quelques cas, la corde vocale immobile, au lieu d'occuper la ligne médiane, la dépasse et empiète sur sa moitié glottique saine. Il n'est point rare de constater cette situation de la corde paralysée, lorsque son bord libre est concave, et aussi lorsque ce bord est rectiligne : elle s'explique aisément par l'action du segment sain du muscle ary-aryténoïdien transverse, et n'a certainement point la valeur diagnostique spéciale qu'on a voulu lui attribuer, en la considérant comme le signe de la contracture totale de la corde vocale. Mais, dans certaines conditions, on peut voir le bord libre de la corde prendre un aspect convexe, ou plutôt angulaire : deux fois, j'ai eu l'occasion d'observer cet aspect, dû évidemment à une saillie en dedans de l'apophyse vocale. En pareil cas, on ne peut se dispenser d'admettre que cette image laryngoscopique est le résultat de la contracture du muscle crico-aryténoïdien latéral. La voix est alors assez profondément enrrouée et altérée. Dans les conditions précédentes, ses altérations varient, et peuvent être nulles, comme lorsque la corde occupe la position médiane. La respiration, on le comprend sans peine, doit être un peu plus gênée en cas d'adduction forcée que dans le cas d'adduction simple.

### B. — SIGNES LARYNGOSCOPIQUES ET SYMPTÔMES FONCTIONNELS DES PARALYSIES LARYNGÉES BILATÉRALES

#### Paralysies laryngées bilatérales partielles.

##### a. — ABSENCE OU INSUFFISANCE D'ADDUCTION

Chez un assez grand nombre de malades, le plus souvent du sexe féminin, on peut observer, à l'examen laryngoscopique, l'intégrité des mouvements respiratoires des cordes vocales, coïncidant avec l'absence de leur adduction.

Il est rare que cette absence soit absolue : ordinairement il existe, à chaque tentative de phonation, un léger rapprochement symétrique des cordes inférieures ; ou bien, même si celles-ci restent à peu près immobiles, on voit que les bandes ventriculaires se contractent et se rapprochent davantage ; mais en somme l'adduction vocale ne se fait pas, et l'aphonie est complète. Assez souvent, l'épiglotte est inerte et procidente. On observe ces conditions chez les hystériques sans lésions de la muqueuse laryngée ou en même temps qu'une congestion plus ou moins marquée des cordes ; on l'observe aussi chez des hystériques et des névropathes atteints de catarrhe laryngé aigu ou chronique, et en cas de catarrhe chronique, surtout de la variété de laryngite sèche qui coïncide avec le catarrhe de l'amygdale pharyngée, sans atrophie concomitante de la muqueuse du nez ni ozène. Tandis que l'aphonie est complète, la toux, l'éternuement, et en général tous les bruits laryngés d'origine réflexe, restent sonores. Cette différence est surtout marquée en cas d'intégrité de la muqueuse.

Dans d'autres cas, moins fréquents, l'adduction des cordes vocales se fait dans leurs deux tiers antérieurs, et elle fait défaut dans le tiers postérieur. A ce niveau, la glotte reste béante, et son ouverture a une forme triangulaire, ou mieux ogivale, à base postérieure. Il s'agit évidemment, en pareil cas, d'une paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien. L'aphonie est absolue si la paralysie est complète ; s'il n'existe qu'une parésie, la voix prend un timbre rauque et cuivré, et une tonalité basse. La toux est parfois aphone ; souvent elle est rauque et éructante. Ici encore, on observe parfois de la procidence de l'épiglotte, et un essai de compensation de la part des bandes ventriculaires, qui peuvent parfois se rapprocher assez pour recouvrir partiellement les cordes vocales inférieures. Ce sont encore des hystériques sans lésions de la muqueuse laryngée ou ne présentant que la congestion locale, ou bien des sujets atteints de catarrhe laryngé aigu, qui sont de préférence atteints de cette variété d'aphonie, beaucoup moins rare d'ailleurs qu'on ne l'a dit. J'en ai observé un cas typique chez un diabétique, coïncidence qui n'a pas, à ma connaissance du moins, été signalée encore. Le malade était un homme d'environ 50 ans, alcoolique, soigné par MM. G. Ballet et Damaschino. Les cordes vocales étaient uniformément rouges et légèrement épaissies.

Chez d'autres malades, au contraire, les cartilages aryténoïdes arrivent au contact à chaque effort de phonation ; et l'adduction fait défaut en tout ou en partie, soit seulement à partir des apophyses vocales jusqu'à l'angle antérieur des cordes, soit dans toute la longueur de celles-ci. Dans le premier cas, le plus rare, la fente glottique est fusiforme dans ses deux tiers antérieurs, et rectiligne dans son tiers postérieur ; dans le second cas, elle est fusiforme dans toute son étendue. La première condition s'observe chez des sujets parlant avec une voix de fausset, mais parfois sans enrrouement notable ; et c'est, en effet, celle qu'on constate chez le plus grand nombre des sujets normaux pendant l'émission de la voix de tête. Elle se présente de temps à autre à l'observation, et pour mon compte je la considère plutôt comme un trouble de l'accommodation vocale que comme une paralysie, sauf dans les cas où la flaccidité des cordes est un peu accentuée. Les auteurs attribuent cet aspect laryngoscopique à la paralysie bilatérale des muscles thyro-aryténoïdiens internes. Chez certains sujets, un aspect un peu différent, bien que voisin de celui-ci, peut être dû à l'empêchement d'affrontement des cordes par deux petites

granulations symétriques, de nature inflammatoire, situées sur les bords libres des cordes le plus souvent à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen (nodules des chanteurs de Störk). Lorsqu'au moment d'un effort de phonation ces deux nodules arrivent au contact, il semble qu'en avant et en arrière il y ait deux petites glottes séparées, et la voix est bitonale. Mais il faut se garder d'attribuer cet aspect, comme on l'a fait, à une paralysie du thyro-aryténoïdien interne déformant les bords libres des cordes et leur donnant un aspect sinueux : cette idée se trouve réfutée par le seul fait, constaté maintes fois par moi et par d'autres, du retour rapide de la voix et de l'image laryngoscopique normales après l'ablation de ces petites nodosités accidentelles. La seconde condition (glotte fusiforme dans toute son étendue) se voit également chez des sujets à voix de fausset, mais moins aiguë, plus faible et plus enrouée. Celle-là, évidemment, répond à la paralysie ou à la parésie de tout un groupe musculaire adducteur, constitué par les thyro-aryténoïdiens internes et externes et les crico-aryténoïdiens latéraux. On l'observe chez des individus de souche névropathique n'ayant jamais eu une bonne voix, ou bien encore on la voit s'installer à la suite du catarrhe aigu ou chronique, ou chez les tuberculeux.

On peut encore observer, chez certains individus, surtout des chanteurs fatigués, un aspect de la glotte particulier, attribué par les auteurs à la parésie des thyro-aryténoïdiens internes coïncidant avec celle de l'ary-aryténoïdien ; les apophyses vocales arrivent au contact pendant la phonation, mais en avant d'elles la glotte, dans ses deux tiers antérieurs, garde un aspect fusiforme ; et de même, en arrière de ces apophyses, dans son tiers postérieur, elle reste légèrement béante. En même temps, les cordes sont plus flaccides qu'à l'état normal. Ces conditions peuvent donner au sujet une voix parlée bitonale ou se rapprochant de la voix de fausset, alors que la voix chantée est encore assez bonne, grâce aux efforts musculaires qui triomphent alors de la parésie. Mais celle-ci ne peut être soutenue longtemps sans fatigue.

b. — ABSENCE OU INSUFFISANCE DE TENSION

La paralysie bilatérale des muscles crico-thyroïdiens d'origine diphtérique ne nous arrêtera pas longtemps. D'après les auteurs qui l'ont décrite, elle serait rarement complète, et la plupart du temps l'une des cordes vocales serait plus touchée que l'autre, tant dans sa sensibilité que dans sa motilité. Suivant Morell-Mackenzie, la fente glottique prendrait une direction sinueuse pendant les efforts de phonation. De plus, la corde la plus malade serait alors sur un plan moins élevé que sa congénère. Enfin l'épiglotte serait droite et couchée sur la base de la langue. La voix, bien entendu, serait très enrouée.

Dans le seul cas de paralysie laryngée post-diphtérique du larynx supérieur que j'ai eu la possibilité d'étudier à loisir, cet aspect schématique classique était bien loin d'être réalisé. L'épiglotte, inerte, pendait au-dessus du larynx qu'elle cachait en partie ; les cordes vocales étaient rosées et légèrement enflammées ; non seulement elles ne se tendaient que peu ou pas, mais leur adduction ne se faisait que fort incomplète, et l'ary-aryténoïdien surtout était très parésié. Le malade était très enroué, presque aphone. Les troubles de la déglutition étaient considérables, mais ils dépendaient surtout d'une paralysie concomitante du pharynx et du voile palatin, car le sujet (un homme adulte),

en se penchant en arrière et en prenant des précautions, arrivait à avaler des purées et même à boire en évitant, souvent pendant tout le repas, de s'engouer et de laisser pénétrer quoi que ce soit dans son larynx. Les accidents s'amendèrent d'ailleurs assez rapidement sous l'influence de l'électricité, puis de la strychnine.

c. — ABSENCE D'ABDUCTION

L'absence d'abduction respiratoire, avec insuffisance de tension mais persistance d'adduction vocale, s'observe aussi rarement sur les deux cordes vocales que sur une seule, et cela pour les mêmes raisons. Au bout de très peu de temps le plus souvent, les cordes vocales dont les muscles dilatateurs sont seuls paralysés n'occupent plus pendant la respiration la position de repos respiratoire : elles se trouvent plus rapprochées de la ligne médiane, sous l'influence du tonus de l'ary-aryténoïdien et des adducteurs latéraux. Tout d'abord, la position de repos respiratoire est conservée pendant l'expiration, et c'est au moment de l'inspiration seulement que les cordes se rapprochent : c'est là ce que Rosenbach a appelé le *type respiratoire inverse* (1).

D'abord les cordes vocales, à l'inspiration, se rapprochent au niveau du sommet de leurs apophyses vocales, ce qui donne aux cordes une forme brisée à angles internes très ouverts ; plus tard les cordes se rapprochent l'une de l'autre dans toute l'étendue, parce que le muscle ary-aryténoïdien participe à cette adduction. Dans un grand nombre de cas, enfin, au bout d'un temps variable, l'action de ce dernier muscle finit par devenir prédominante : les corps des cartilages aryténoïdes arrivent au contact et ne quittent plus cette situation, et l'usage laryngoscopique prend une apparence typique, que j'ai proposé d'attribuer à la contracture secondaire du muscle aryténoïdien, et que nous étudierons tout à l'heure en même temps que les paralysies bilatérales totales (cordes en adduction complète). Pour ne pas faire de répétitions inutiles, je parlerai aussi à cette occasion des troubles vocaux et respiratoires présentés par les malades, dans les cas de ce genre.

Paralysies laryngées bilatérales totales.

a. — ABDUCTION EXTRÊME

Lorsque les deux cordes vocales sont en abduction extrême, ce qui est une condition rare et ne s'observant guère que chez quelques hystériques, on a, de chaque côté, l'aspect laryngoscopique décrit précédemment pour une seule corde ; et l'interprétation des signes est identique. L'aphonie est absolue ; la respiration facile et normale. L'occlusion réflexe de la glotte étant impossible,

(1) Ce phénomène particulièrement remarquable, et presque constant en cas de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs surtout récente, n'est d'ailleurs pas spécial au larynx : c'est ainsi que, par exemple, il est tout à fait comparable aux mouvements associés (Hitzig, Nothnagel) qui, ainsi que MM. Debove et Achard en ont rapporté récemment un exemple, peuvent se produire dans les muscles sains du visage chez certains malades atteints de paralysie faciale, lorsqu'ils s'apprêtent à parler ou qu'ils cherchent à exécuter une mimique quelconque.