

TROUBLES DE LA MOTILITÉ

Ces troubles comprennent : 1° des spasmes; 2° des paralysies.

SPASMES

On désigne ainsi un trouble fonctionnel apparaissant sous forme d'accès et résultant de la contraction spasmodique de tous les muscles constricteurs et tenseurs des cordes vocales : contraction tonique qui dure de quelques secondes à plusieurs minutes et peut produire la suffocation, l'asphyxie, parfois des convulsions et enfin, dans quelques cas, entraîner la mort.

Le spasme de la glotte n'est qu'un syndrome, un accident qui apparaît dans le cours d'états pathologiques variés. On sait combien il est fréquent de le voir se développer sous l'influence immédiate des affections inflammatoires ou néoplasiques du larynx. Tel est le cas de la laryngite striduleuse, des accès de suffocation qui traversent ordinairement l'évolution du croup, de l'œdème de la glotte, d'une tumeur, etc. Ces *spasmes symptomatiques* des maladies du larynx ne doivent pas être étudiés ici. Ils sont intimement liés à l'évolution des lésions laryngées qui les provoquent; leur description ne saurait être distraite du tableau clinique de ces affections dont ils font pour ainsi dire partie intégrante. Nous aurons uniquement en vue dans ce chapitre les spasmes qui surgissent en dehors de toute altération primitive du larynx, sous l'influence des lésions organiques très diverses qui peuvent intéresser son appareil d'innervation et ceux qui sont sous la dépendance d'un trouble fonctionnel passager ou d'une névrose générale, telle que l'épilepsie, l'hystérie.

Ces spasmes d'origine névropathique se présentent aux différents âges de la vie dans des conditions et sous des aspects cliniques trop dissemblables pour qu'on puisse les englober dans une même description. Nous étudierons séparément : 1° le spasme de la glotte chez les enfants; 2° les spasmes de la glotte chez les adultes.

1° SPASME DE LA GLOTTE CHEZ LES ENFANTS

Étiologie. — Le *spasme idiopathique* de la glotte, qu'on appelle encore asthme thymique, asthme de Kopp, est une affection de la

première enfance. Elle apparaît en général entre le quatrième mois et la fin de la seconde année, rarement dans le cours des trois premiers mois et exceptionnellement au delà de deux ans.

Elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Parfois, frappant indistinctement tous ou presque tous les enfants d'une même famille, elle se présente avec un cachet de maladie héréditaire très prononcé. Gerhardt et Reid en ont rapporté ou cité quelques exemples très remarquables.

Les éléments étiologiques auxquels, à tort ou à raison, on a attribué une certaine importance dans le développement du spasme de la glotte chez les enfants sont très divers. Le rachitisme a été particulièrement incriminé. Il occupe en effet une place de premier ordre dans les relevés statistiques de Hensch¹, et Flesch, cité par Gottstein², estime que les trois quarts des cas de spasme glottique se produisent chez des enfants entachés de rachitisme. On a encore accusé les troubles digestifs provoqués par une alimentation défectueuse dans le cours d'un allaitement artificiel ou au moment du sevrage, le travail de la dentition, les vers intestinaux, etc. Mais ce n'est là qu'une étiologie pour ainsi dire tirée des circonstances et d'ordre secondaire. Ainsi que nous le verrons en discutant les opinions qui ont été émises sur la pathogénie et la nature du spasme du larynx chez les enfants, aucun de ces facteurs morbides ne saurait à lui seul créer de toutes pièces le spasme de la glotte et sans doute leur rôle se borne, en réalité, à aider au développement de l'affection et à provoquer le retour des accès.

D'ailleurs, il arrive fréquemment que toutes ces causes adjuvantes ou occasionnelles font défaut; en pareil cas le spasme surgit sans motif appréciable, au milieu d'un état de santé en apparence parfaite.

Description. — Le spasme idiopathique de l'enfance débute assez fréquemment, mais non toujours, pendant le sommeil, comme le faux croup. L'enfant est pris subitement et sans symptômes précurseurs d'une attaque de suffocation dont voici les caractères : brusquement la respiration s'arrête, la tête se rejette en arrière, la bouche est largement ouverte comme pour aspirer l'air; la face, d'abord pâlie, se congestionne, les veines se gonflent, la cyanose apparaît, l'asphyxie est imminente; le thorax est immobilisé, l'air ne pénètre pas dans la poitrine. Si l'on ausculte à ce moment de la crise, on n'entend plus le murmure vésiculaire, les battements du cœur sont faibles, irréguliers ou tumultueux. En même temps, si l'accès est violent, les membres

1. HENCH, *Beiträge zur Kinderheilkunde*, 1868.

2. GOTTSTEIN, *Maladies du larynx*, trad. par Rougier, Paris, 1888.

se raidissent, le pouce se porte vers la paume de la main, les doigts étant allongés ou fléchis sur le métacarpe; des mouvements toniques et parfois cloniques des membres se produisent; des évacuations alvines ont lieu. Quelquefois, après avoir persisté quelques secondes, une minute, deux minutes au plus, l'accès cesse brusquement; la respiration redevient libre tout à coup et l'enfant reprend son air naturel ou se rendort. D'autres fois une série de petites inspirations saccadées et peu sonores, ou bien une inspiration profonde et bruyante marquent la fin de l'accès. Le plus souvent l'intelligence est ou semble conservée, mais elle est quelquefois abolie.

Évolution. — C'est une maladie à marche chronique, qui passe d'ordinaire par des *phases alternantes* de rémission et d'aggravation. Il est rare que l'accès et surtout le premier accès détermine la mort par suffocation. Après la première crise, l'enfant recouvre rapidement les apparences de la santé. Il n'y a chez lui ni fièvre, ni aucun état inflammatoire des voies aériennes. Mais bientôt, soit spontanément, soit sous l'influence d'un émoi, d'une colère, un second accès se produit, puis un troisième; les crises vont se répétant à intervalles plus ou moins éloignés; elles apparaissent indifféremment le jour ou la nuit. Dans les cas graves les accès se rapprochent de plus en plus; le malade perd l'appétit, s'affaiblit, la diarrhée apparaît et l'enfant finit par succomber dans le marasme ou sous le coup d'une affection intercurrente, s'il ne meurt pas asphyxié dans le cours d'un accès.

La survie est loin d'être rare; on voit alors les accès s'éloigner, perdre de leur intensité, en même temps que l'état général du malade s'améliore progressivement.

De grandes crises d'éclampsie parfaitement caractérisées peuvent précéder les accès de spasme, alterner avec eux ou leur succéder.

Pronostic. — Le pronostic est donc très grave, puisque les jeunes enfants, quelque vigoureux qu'ils soient au début de l'affection, sont exposés à périr par asphyxie pendant un accès ou à succomber par la répétition trop fréquente des crises. Il est grave encore, alors même que les crises s'atténuent, s'espacent de plus en plus ou cessent complètement, parce qu'elles sont l'indice d'un état névropathique, héréditaire ou acquis, mais le plus souvent irrémédiable. Elles sont, en effet, d'un fâcheux augure pour l'avenir des sujets qui en sont atteints; elles marquent parfois le début d'une longue carrière convulsive.

Diagnostic. — La *laryngite striduleuse* ne saurait être confondue avec le spasme idiopathique; elle frappe des enfants plus âgés; elle est précédée en général d'un catarrhe laryngien; elle s'accom-

pagne d'une toux rauque ou éclatante, d'inspirations sifflantes; jamais on n'observe au cours des accès qu'elle détermine les contractions toniques ou les mouvements convulsifs de l'accès d'asthme thymique; enfin c'est une maladie à évolution rapide dont le cycle ne comprend guère plus de cinq ou six accès.

On confondra encore moins le spasme glottique avec le *croup*. Le spasme de la glotte est une maladie des enfants à la mamelle; le croup est infiniment rare à cet âge; le croup est une maladie continue et progressive, traversée par des paroxysmes de dyspnée, dans l'intervalle desquels l'oppression et les autres signes de la laryngite persistent, tandis que, l'accès de spasme glottique terminé, la dyspnée est nulle, la respiration et la voix restent normales. Le croup enfin est une maladie fébrile: il n'y a pas de fièvre dans les cas de spasme glottique.

La coqueluche, les abcès rétro-pharyngiens et les accès de dyspnée qu'ils provoquent ont une évolution et une symptomatologie trop spéciales pour qu'ils puissent être confondus avec le spasme de la glotte.

Quant aux crises de suffocation qu'on observe chez les enfants porteurs de fistules congénitales trachéo-œsophagiennes, elles ne sauraient être l'origine d'une erreur de diagnostic. En pareil cas les accès se sont montrés dès les premiers jours qui ont suivi la naissance et se reproduisent seulement à l'occasion des prises de lait.

Chez quelques enfants on voit éclater de temps à autre, toujours à l'occasion d'une violente colère, des accès de suffocation de courte durée. Ces enfants blémissent brusquement et rejettent leur tête en arrière; leurs yeux se convulsent et la respiration paraît un instant suspendue. La rareté de ces accès, leur relation constante avec la cause qui les produit les feront aisément reconnaître.

Nature et pathogénie. — Cette affection est de la nature des névroses. Elle n'est qu'une des formes de l'éclampsie infantile. Elle ne répond à aucune lésion déterminée du larynx, ni de ses nerfs, ni des centres nerveux. Les lésions anatomiques qu'on a rencontrées à l'autopsie des enfants morts de spasme glottique sont ou bien des altérations secondaires, produites par le mécanisme de l'effort et de l'asphyxie pendant les accès eux-mêmes (tels sont l'emphysème pulmonaire, la congestion encéphalique, l'hypérémie et les suffusions sanguines des méninges), ou bien des lésions concomitantes par coïncidence fortuite et complètement étrangères aux accès de spasme essentiel (telles sont, par exemple, les altérations rachitiques des os du crâne, la tuméfaction des ganglions du mésentère, etc.).

Quant à l'augmentation de volume du thymus et à la compression

des poumons par cette glande, invoquées par Kopp¹ comme facteur principal de la maladie, elles ne sauraient être prises en sérieuse considération. Cette théorie, comme celle qui attribuait le spasme glottique à la compression de l'encéphale consécutive au ramollissement rachitique de l'occipital (craniotabes), n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Dans cet ordre d'idées, M. Hérard² a beaucoup contribué à assigner aux faits leur véritable valeur. Il a montré qu'il n'existait aucune relation constante entre l'hypertrophie du thymus ou telle autre lésion et le développement du spasme de la glotte.

En somme, l'opinion qui est aujourd'hui généralement acceptée est celle soutenue par Trousseau (*Journal de médecine*, 1845, *Cliniques* de l'Hôtel-Dieu), par Valleix, puis par Rilliet et Barthez qui, dans la deuxième édition de leur livre, décrivent le spasme de la glotte sous le titre de *convulsion interne*. Ce spasme n'est pas purement laryngien ; le diaphragme, les autres muscles de la respiration, ceux des membres participent aussi à la convulsion (d'où le nom de phréno-glottisme proposé par Bouchut). Il n'est qu'une forme de spasme idiopathique de la glotte, ne se distingue en effet par aucun caractère fondamental des paroxysmes irréguliers de l'épilepsie vraie et l'on sait que les grands accès comitiaux succèdent parfois aux crises de spasme glottique, soit immédiatement, soit après une période de répit plus ou moins prolongée. Qu'il apparaisse spontanément ou sous l'influence d'une des causes accidentelles que nous avons déjà citées, le spasme de la glotte appartient à l'histoire de l'épilepsie essentielle ou des épilepsies d'origine réflexe.

Traitement. — Pendant l'accès on s'efforcera de rappeler les mouvements respiratoires ; on doit débarrasser le cou et la poitrine des vêtements qui l'enserrent, frictionner le thorax, asperger le visage d'eau froide et, si l'asphyxie est imminente, recourir au cathétérisme du larynx et pratiquer la respiration artificielle.

Dans l'intervalle des crises et pour en prévenir le retour, il faut rechercher les causes provocatrices et les supprimer autant que possible, surveiller rigoureusement l'alimentation des enfants, assurer l'aération constante de la chambre et le séjour temporaire en plein air. Les médicaments nervins, le musc, l'asa fœtida, les préparations de zinc, le bromure de potassium ont été recommandés. Mais il y a peu à attendre de la médication interne.

1. KOPP (*Réunion des naturalistes allemands*, Heidelberg, 1829, et *Denkwürdigkeiten, in den ärztlichen Praxis*, Francfort-s.-Mein, 1830).
2. HÉRARD, Spasme de la glotte (Thèse de Paris, 1847).

2° SPASMES DE LA GLOTTE CHEZ LES ADULTES

Il existe, parmi les spasmes d'origine névropathique qu'on peut observer chez l'adulte, un certain nombre de types cliniques bien différenciés. Nous allons les décrire successivement.

A. — Vertige ou ictus laryngé.

Historique. — Les premières observations de vertige laryngé ont été recueillies par M. Charcot en 1876¹. Deux ans après, en 1878, M. Gasquet² publiait un nouveau cas de ce curieux syndrome que Krishaber, Manec, Cartaz, etc. ont observé et étudié ultérieurement.

Description. — L'attaque de vertige laryngé se présente avec les caractères que voici : elle est annoncée par une sensation de chatouillement, de brûlure ayant pour siège apparent ou réel le larynx ou les régions supérieures de la trachée, et cette sensation est accompagnée d'une petite toux sèche, discrète ou quinteuse. Tout à coup le malade perd connaissance et s'affaisse ; en même temps la face se congestionne, devient violacée, turgescence ; il se produit parfois quelques secousses convulsives dans la face ou dans l'un des bras. La crise est de courte durée ; quelques secondes après la chute, le malade reprend ses sens et se relève, conservant à peine dans les idées un peu de confusion qui se dissipe rapidement. La fin de l'accès n'est pas marquée par des nausées et des vomissements ; le malade ne s'est pas mordu la langue ; il n'y a pas eu d'émission involontaire d'urine.

Quand on parcourt les observations publiées, on voit souvent que le vertige laryngé paraît s'être produit sous l'influence plus ou moins directe d'affections laryngo-bronchiques (bronchite chronique, emphyseme, asthme) banales ou relevant d'un état diathésique tel que la goutte, le rhumatisme. Toutefois, dans deux des cas observés par M. Charcot, le larynx, examiné par Krishaber, était indemne ou ne présentait que des lésions insignifiantes ; on n'a pas observé, du moins jusqu'ici, de terminaison mortelle. Presque toujours les accès ont fini par s'atténuer et disparaître complètement.

Nature et pathogénie. — L'ictus laryngé des adultes doit

1. *Société de Biologie*, 19 novembre 1876.
2. *The Practitioner*, août 1878 (analysé in *Revue des sciences médic.*, n° 26, 15 avril 1879).

être rapproché des spasmes de la glotte chez les enfants. Comme ce dernier syndrome il doit faire retour, croyons-nous, au groupe complexe des épilepsies d'origine réflexe. Il est certain, en effet, que le traitement d'une lésion même légère de la muqueuse laryngée, d'une bronchite concomitante, d'un état diathésique coexistant a eu plus d'une fois pour effet la disparition des attaques.

Il est possible également que quelques-uns de ces faits soient de nature purement comitiale ou, en d'autres termes, que parfois l'ictus laryngé ne soit qu'une forme du petit mal épileptique avec lequel il a d'ailleurs, on a pu le remarquer, plus d'un trait de ressemblance. Toujours est-il que les éléments d'une démonstration absolue font encore défaut et qu'on ne saurait formuler à l'heure actuelle une théorie explicative de tous les cas d'ictus laryngé.

Diagnostic. — Les éléments du diagnostic dans le cas de vertige laryngé sont les suivants : la connaissance de l'aura laryngée, la rapidité de l'attaque, la description de ses caractères fournie par les personnes présentes, les résultats de l'examen laryngoscopique, l'absence de tout autre indice pouvant se rapporter à une affection organique intéressant les nerfs du larynx ou les centres nerveux.

Il est clair que, si ces notions essentielles font défaut, le diagnostic deviendra fort difficile et le vertige laryngé pourra être confondu avec l'attaque d'épilepsie vraie, le vertige hystérique, etc., en un mot avec toutes les variétés d'ictus vertigineux ou apoplectiques dont il nous est impossible d'opposer ici les caractères à ceux de l'espèce clinique dont il s'agit.

Le diagnostic de vertige laryngé étant posé, on devra aussitôt rechercher s'il existe quelques symptômes d'ordre tabétique. Assez souvent, en effet, le tabes détermine des accidents laryngés qui présentent, ainsi que nous allons le voir, la plus étroite analogie avec le syndrome que nous venons d'étudier.

B. — *Laryngisme tabétique.*

Historique. — Les accidents laryngés du tabes ont été signalés pour la première fois par M. Féréol en 1868¹. Puis ils ont été étudiés avec soin par MM. Charcot² et Krishaber³, par Cherchewsky⁴, etc.

Le tabes détermine soit des paralysies des muscles du larynx, soit des crises de spasme glottique.

1. FÉREOL (*Société médicale des hôpitaux*, décembre 1868).

2. CHARCOT, *Lec. sur les malad. du syst. nerv.*, t. II. — *Lec. du mardi*, 1887-88.

3. KRISHABER (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, novembre 1880).

4. CHERCHEWSKY (*Rev. de médecine*, 1881).

Description. — Les spasmes laryngés que nous allons décrire ici se présentent sous trois formes distinctes qui ne sont, à vrai dire, que les degrés d'un même trouble fonctionnel. On peut d'ailleurs les voir se succéder chez un même sujet.

Ictus laryngé tabétique. — Voici quels sont, d'après M. Charcot, les caractères de l'ictus laryngé tabétique : en général il survient tout d'abord une sensation de brûlure au niveau du larynx, puis quelques petites secousses de toux sèche, sorte d'aura brusquement suivie de chute avec perte de connaissance; la face est ordinairement cyanosée; les membres sont le plus souvent en résolution; mais il se produit assez fréquemment quelques convulsions générales ou partielles. La durée de l'ictus est de quelques secondes; après quoi, brusquement, « comme par enchantement », le malade reprend connaissance, se relève et tout est fini.

Dans une forme moins sévère, les choses se passent de la façon suivante :

Accès de dyspnée ou de suffocation. — Les accès se produisent subitement; qu'ils aient été précédés ou non de sensations diverses vers le larynx (picotements, brûlure, etc.), ou de quintes de toux, le malade est pris soudainement d'une *dyspnée* excessive, angoissante; il étouffe; son visage se congestionne, il exécute des respirations courtes, superficielles, rapides que traverse de temps en temps une inspiration plus profonde, bruyante, analogue à la « reprise » de la coqueluche.

L'accès, presque toujours de courte durée, se termine brusquement; ou bien, après une série de quintes d'une toux sèche, sans expectoration, la dyspnée s'efface progressivement et bientôt le calme renaît.

Le spasme de la glotte des tabétiques, dans sa forme la plus bénigne, se traduit par le trouble que voici : le malade, après quelques secousses de toux, effectue une inspiration bruyante, sifflante et aussitôt tout rentre dans l'ordre; c'est une ébauche de crise, comme une crise avortée.

L'évolution de ces accidents est assez variable; fréquentes chez certains malades, rares chez d'autres, on voit, suivant les cas, les crises augmenter de fréquence et d'intensité, ou bien au contraire s'espacer progressivement et parfois même disparaître pour toujours.

La terminaison des crises laryngées est généralement favorable. Mais il n'en est pas toujours ainsi; dans quelques cas on a vu la mort survenir brusquement au cours d'un accès; on a dû parfois recourir à la trachéotomie.

Dans l'intervalle des accès, la respiration et la voix sont

normales et l'examen du larynx est négatif, à moins qu'il n'existe en même temps une paralysie des cordes vocales.

MM. Charcot et Krishaber ont montré que ces crises sont dues à une contraction réflexe des lèvres de la glotte, conséquence de l'état d'hyperesthésie de la muqueuse du larynx. Ils ont pu provoquer le spasme par l'attouchement de la muqueuse au moyen d'un corps moussé. Ce mécanisme donne l'explication de l'apparition fréquente des crises sous l'influence d'un courant d'air, du contact d'un corps froid, de l'action de parler, de marcher; il s'accorde également avec l'heureuse influence exercée par les antispasmodiques (éther, chloroforme, cocaïne, bromures) sur la durée et l'intensité des crises laryngées.

Diagnostic. — Le diagnostic des crises laryngées repose sur la constatation des caractères qui leur sont propres et sur la recherche des différents symptômes révélateurs du tabes. Il faut se rappeler toutefois que, si les accidents laryngés se développent en général dans le cours du tabes confirmé, ils peuvent aussi apparaître, ainsi que l'a montré M. Fournier¹, pendant la période préataxique, et même à l'extrême début du tabes, avant tout autre symptôme, comme première et unique manifestation de la maladie.

Les lésions qui produisent ces différentes manifestations du laryngisme tabétique seront décrites avec les paralysies auxquelles, du reste, on les voit souvent s'associer.

C. — *Spasmes laryngés des hystériques.*

On observe quelquefois chez les hystériques, indépendamment du spasme laryngé et de la suffocation qui se montrent habituellement soit au début, soit au cours des attaques vulgaires, des accès de strangulation d'une violence et d'une brusquerie d'invasion telles qu'en présence d'une crise de cet ordre, on peut croire à un spasme laryngé de toute autre nature et se trouver entraîné, par l'apparente gravité des accidents, à pratiquer la trachéotomie.

Description. — Ces accès ne se voient guère que chez les sujets atteints de grande hystérie; tantôt ils dérivent de l'attaque banale à laquelle ils succèdent parfois immédiatement, tantôt ils surgissent inopinément sans prodromes, précédés et annoncés seulement par quelques phénomènes d'aura dont la durée en pareil cas peut être extrêmement brève.

Ces crises de strangulation ont une évolution peu régulière. Elles

1. FOURNIER, *Lec. sur la période préataxique du tabes*, Paris, 1885.

varient un peu d'un sujet à l'autre; en général les choses se passent de la façon suivante: la malade est prise tout à coup de dyspnée; elle gémit, déclare qu'elle étouffe, qu'elle va suffoquer, s'agite et porte ses mains à sa gorge; l'inspiration est pénible, sifflante, écourtée; pendant ce temps la face se congestionne; la physionomie exprime l'angoisse la plus grande. Dans les cas légers tout se borne à cela et, brusquement ou progressivement, le spasme cesse et la respiration régulière se rétablit. Mais dans les cas graves on peut voir la respiration cesser brusquement; la malade est immobile, les yeux clos, les veines du cou fortement distendues; la face se cyanose, l'asphyxie paraît imminente. Ce moment d'apnée peut durer quelques secondes, une minute au plus, après quoi une expiration violente, bruyante, comme explosive, se produit qui marque la fin de l'accès à moins qu'elle ne soit suivie, après quelques efforts d'inspiration, d'une nouvelle période d'apnée. Cet état, traversé par des inspirations brèves, incomplètes et sonores, peut se prolonger dix minutes, un quart d'heure et quelquefois plus encore.

Le **diagnostic** de la nature de ces crises n'offre pas de difficultés à qui connaît les antécédents de la malade. Dans le cas contraire, les renseignements faisant défaut, si la compression des ovaires ou des diverses régions où siègent les zones hystérogènes reste sans effet, il nous paraît à peu près impossible d'éviter la méprise.

Traitement. — Ces crises de spasme hystérique n'offrent en général aucune gravité. Il n'est pas du moins à notre connaissance un seul exemple de mort survenue au cours d'un de ces accès, et l'on doit s'en tenir en pareil cas à l'expectation ou à l'emploi de moyens sédatifs (inhalation de chloroforme ou d'éther, piqûres de morphine, etc.).

Cependant l'aspect des grands accès est quelquefois si terrifiant qu'un observateur non prévenu ou même prévenu peut être contraint d'intervenir chirurgicalement.

D. — *Spasmes par compression des nerfs récurrents.*

Nous devons encore signaler, pour terminer et compléter cet exposé rapide des spasmes laryngés d'origine névropathique, les accès de spasmes qui surviennent dans le cours et plus particulièrement au début des compressions exercées sur les nerfs récurrents par une tumeur anévrysmale, un paquet de ganglions dégénérés, etc. La dyspnée accompagnée de cornage et les crises de suffocation qu'ils produisent peuvent se terminer rapidement par la mort; ils nécessitent fréquemment la trachéotomie.

Le **diagnostic** de cette variété de spasmes repose: 1° sur la constata-

tion de la lésion causale (anévrisme de l'aorte, tumeur du médiastin, etc.); 2° sur l'examen laryngoscopique.

Le cornage et les crises de suffocation qui se produisent dans les cas de lésion récurrentielle sont-ils dus à la paralysie des abducteurs ou à la contracture spasmodique des adducteurs? La question, depuis longtemps débattue, reste encore pendante. Chaque parti avec Semon et Rosenbach d'une part, Krause et Gouguenheim de l'autre, met en avant, à l'appui de l'opinion qu'il soutient, de sérieux arguments. Tout récemment, d'Aguzzo¹ a montré qu'on pouvait en pareil cas observer l'un ou l'autre de ces syndromes et qu'il était possible de les différencier par un examen laryngoscopique attentif.

PARALYSIES

Symptomatologie. — Nous décrivons les paralysies des cordes vocales dans l'ordre suivant :

- 1° Paralysie des tenseurs des cordes vocales ;
- 2° Paralysie des constricteurs ;
- 3° Paralysie des dilatateurs ;
- 4° Paralysie de tous les muscles innervés par le récurrent.

1° PARALYSIE DES TENSEURS DES CORDES VOCALES. — Les muscles tenseurs des cordes vocales (muscles crico-thyroïdiens) sont innervés par le laryngé supérieur. Ce nerf donne aussi quelques filets aux muscles abaisseurs de l'épiglotte (thyro-épiglottique et ary-épiglottique) et il tient sous sa dépendance la sensibilité de la portion sus-glottique de la muqueuse du larynx.

La paralysie isolée des crico-thyroïdiens n'a pas encore été constatée. On a observé seulement, à la suite de la *diphthérie*, un complexe symptomatique, qui répond évidemment, en partie, à une lésion du laryngé supérieur, et qui se traduit par les symptômes que voici : il y a une anesthésie complète de la cavité sus-glottique, et une paralysie des crico-thyroïdiens combinée avec une paralysie incomplète des autres muscles ; l'épiglotte immobile est déjetée vers la base de la langue ; l'ouverture de la glotte représente une ligne ondoyante ; la voix est troublée ; la respiration est normale ; le défaut

1. *Bollettino delle malattie dell' orecchio*, août et sept. 1891.

d'occlusion de la glotte pendant la déglutition, joint à l'insensibilité du pharynx, expose le malade à la pénétration des liquides ou de parcelles alimentaires dans la trachée.

2° PARALYSIE DES CONSTRICTEURS DE LA GLOTTE. — Les muscles crico-aryténoïdiens latéraux, le transverse, le muscle thyro-aryténoïdien externe et interne peuvent être paralysés ensemble ou isolément. Dans le cas de paralysie de *tous* les constricteurs, le sujet est frappé d'aphonie, mais la respiration est libre ; à l'examen laryngoscopique, les cordes vocales restent écartées, dans l'attitude de l'inspiration ; elles ne se rapprochent pas au moment de l'effort vocal. Cet ensemble de symptômes se retrouve dans l'aphonie hystérique ; mais dans ce dernier cas, l'occlusion de la glotte, incomplète ou nulle dans l'effort vocal, s'effectue complètement dans les actes réflexes de la toux, de l'éternuement¹.

La paralysie isolée du *crico-aryténoïdien latéral* est très rare et difficile à reconnaître. La paralysie du *transverse* a pour résultat d'empêcher le rapprochement exact des cartilages aryténoïdes. Dans la phonation, la glotte ligamenteuse est parfaitement fermée, tandis que la glotte cartilagineuse reste béante.

La paralysie du thyro-aryténoïdien interne, muscle de la corde vocale, détermine de l'aphonie ou de la dysphonie, suivant qu'elle est unilatérale, incomplète ou bilatérale.

A l'examen direct, on voit que la glotte reste légèrement entr'ouverte pendant la phonation ; les cordes paraissent petites ; leur bord libre excavé, non aminci, ne vibre pas, l'ouverture de la glotte prend la forme d'un ovale allongé dont les pointes répondent en avant à la commissure antérieure, en arrière à la partie cartilagineuse.

3° PARALYSIE DES DILATATEURS. — La paralysie *bilatérale* des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs n'est pas extrêmement rare.

Elle a été signalée par Gerhardt. L'étiologie en est complexe et le mécanisme encore obscur. On l'a vue se produire sous l'influence de la syphilis, à la suite de la fièvre typhoïde, dans la tuberculose pulmonaire (Gouguenheim), dans des cas d'anévrisme aortique comprimant l'un des récurrents ou l'un et l'autre de ces nerfs, etc. Elle se caractérise par une dyspnée inspiratoire intense, striduleuse, qui s'accroît au moindre effort ; l'expiration est facile, la voix est normale ; au laryngoscope on constate que la fente glottique est extrêmement étroite, linéaire et qu'elle se rétrécit encore à chaque inspiration.

1. L'aphonie hystérique, on le sait, n'est nullement le résultat d'une paralysie proprement dite des muscles adducteurs des cordes vocales. L'aphonie hystérique, comme tant d'autres phénomènes de même nature, répond simplement à une *idée* fixe, consciente ou inconsciente.