

ont été signalées plus haut. L'influence de l'état du naso-pharynx sur l'organe de l'audition sera envisagée avec la pathologie de celui-ci.

L'influence des affections des fosses nasales ou du pharynx sur l'organe de la vision a été étudiée en détail (p. 256); aux faits signalés, nous ajouterons la guérison d'une névrite optique unilatérale après l'ablation de végétations adénoïdes (Königshöfer).

VII. ETAT GÉNÉRAL. — Chez l'enfant, l'influence de l'obstruction nasale ou des infections nasales chroniques sur la *croissance* est manifeste : on ne compte plus les cas où le développement régulier et rapide a succédé à l'ablation de végétations adénoïdes par exemple. La pâleur, la faiblesse, la nervosité, qui sont les caractéristiques de cet état général défectueux, disparaissent quand disparaît la cause originelle. La *scrofule* des enfants dans ses diverses manifestations est considérée par certains (Gallois) comme la conséquence immédiate des végétations adénoïdes. Chez l'adulte, c'est surtout l'action des infections chroniques sur l'état général qui est évidente. Dans les sinusites chroniques les malades peuvent en arriver à une véritable *cachexie*, capable de faire croire à de la tuberculose (Lichtwitz). Ziem croit même à la possibilité de métastases à distance, d'infections articulaires par exemple, d'origine naso-pharyngée et surtout sinusale.

Enfin soit par la détérioration de l'état général, soit en offrant sur place un milieu de culture favorable aux germes, certaines affections des voies aériennes supérieures, et en particulier celles des amygdales palatines et pharyngée, faciliteraient l'accès de l'organisme aux agents pathogènes de certaines *infections*, principalement des fièvres éruptives et en particulier de la scarlatine (Lavrand). L'origine nasale de la méningite cérébro-spinale, de la grippe, est considérée comme vraisemblable. L'ensemencement du bacille de la tuberculose pourrait également être préparé par les troubles consécutifs à l'état pathologique des voies aériennes supérieures. Quant à l'origine amygdalienne de nombre d'infections générales, telles que la streptococcie, la pneumococcie, la coli-bacillose, elle est admise, sinon démontrée, pour un assez grand nombre de cas observés.

§ 4. Influence des maladies générales et des affections des divers organes et appareils sur les affections des voies aériennes supérieures.

Ce sont en somme les rapports entre la médecine générale et la pathologie spéciale des fosses nasales, du pharynx et du

larynx qu'il y a lieu d'étudier sous ce titre. De très nombreuses monographies ont été consacrées à ces questions. Le principal travail d'ensemble est celui de Friedrich.

I. RELATIONS AVEC LES MALADIES INFECTIEUSES. — 1° La *rougeole* compte au nombre de ses symptômes de début le catarrhe de toutes les muqueuses des voies aériennes supérieures. De plus, il se produit sur les muqueuses une éruption qui précède de 12 à 24 heures celle de la peau. On la constate surtout sur le voile du palais, les piliers postérieurs, les parois postérieure et latérale du pharynx, la paroi postérieure du larynx. Sur le fond rouge, légèrement tuméfié par plaques isolées ou confluentes, se produisent parfois des exulcérations par nécrose épithéliale superficielle. La diphtérie se greffe volontiers sur ces lésions. Des pseudomembranes non diphtéritiques peuvent s'y développer aussi, quoique rarement, et entraîner ultérieurement des sténoses.

2° La *scarlatine* frappe le pharynx d'emblée et presque exclusivement, du moins au début, épargnant le nez et le larynx. La muqueuse du voile du palais, des amygdales et du pharynx est gonflée, sèche, de couleur rouge sombre ou violacée, un ou plusieurs jours avant l'éruption cutanée; cet aspect du pharynx peut exister sans exanthème du tégument dans des cas graves de scarlatine fruste. Sur ce catarrhe des muqueuses peuvent se développer des membranes diphtéroïdes par l'aspect, mais bactériologiquement et cliniquement distinctes de celles de la diphtérie (scarlatine diphtéroïde). Tantôt ce sont de petites plaques blanches, minces, peu adhérentes, auxquelles succèdent des ulcérations vite guéries elles-mêmes. Tantôt le processus diphtéroïde gagne en surface, atteignant le nez et le larynx, et aussi en profondeur, produisant des ulcérations et des abcès avec retentissement ganglionnaire précoce, entraînant ultérieurement soit des pertes de substance, soit des synéchies qui rappellent les cicatrices post-syphilitiques. Il y a enfin une forme septicémique, avec atteinte rapide de l'état général, infiltration profonde, adénopathie volumineuse, eschares cutanées, parotidite.

3° La *varicelle* atteint les muqueuses en même temps que la peau et fort discrètement : la bouche et le pharynx sont seuls touchés en général ; quelquefois le larynx l'est aussi et il peut en résulter une laryngite suffocante grave.

4° La *variolo* touche, en même temps que la peau, les muqueuses voisines ; celles du nez, du voile du palais et du larynx sont plus

particulièrement lésées. C'est entre 3 et 6 jours après l'éruption cutanée que les vésicules apparaissent sur les muqueuses. Isolées d'abord, puis confluentes, elles ressemblent au début à celles de la peau, mais elles évoluent bien plus vite; l'épiderme qui les couvre tombe par macération en laissant des surfaces excoriées, rouges et saignantes. L'ulcération gagne volontiers en profondeur au delà de la muqueuse, déterminant des abcès profonds surtout dans le larynx. On a signalé des paralysies de l'adduction des cordes vocales: ce sont probablement les conséquences d'arthrite ou d'ankylose crico-aryténoïdienne.

5° Dans la *dothientérie*, la fréquence des lésions des voies aériennes supérieures est impossible à préciser, car les recherches cliniques ou cadavériques laissent toujours échapper un grand nombre de cas: on en constaterait environ cinq fois plus souvent à la salle d'autopsie qu'au lit du malade. Du côté du nez, le premier symptôme révélateur est l'épistaxis, due généralement à une ulcération de la cloison au lieu d'élection. Dans le pharynx et le larynx, on voit la muqueuse rouge par plaques plutôt que sur toute la surface. Des ulcérations se produisent à la surface de la muqueuse tuméfiée, de préférence sur les piliers du voile, sur le bord libre ou la surface laryngée de l'épiglotte, sur les replis ary-épiglottiques et sur la muqueuse sus-glottique, rarement sur les cordes vocales. Elles ressemblent à une poussée de vésicules d'herpès et deviennent vite confluentes: on les appelle ulcérations de décubitus. Ce sont des lésions banales, sans signification spéciale, susceptibles toutefois de devenir le point de départ d'infections associées, quelquefois diphtéroïdes. Elles diffèrent d'une autre variété d'ulcérations qui ont pour siège les follicules clos de la muqueuse et occupent surtout l'épiglotte, les bandes ventriculaires, la face interne des aryténoïdes et l'espace interaryténoïdien: les ulcérations de cette variété ont des bords plus nets, sont plus grosses et entraînent souvent des lésions du cartilage, parce qu'elles sont plus profondes; c'est dans ces cas qu'apparaissent les troubles graves qui caractérisent le laryngotyphus. Des pertes de substance, des cicatrices vicieuses, des sténoses peuvent résulter de ces lésions laryngées. Les divers cartilages du larynx sont atteints avec une fréquence très inégale: le cricoïde est le lieu de prédilection de la fièvre typhoïde. Les paralysies laryngées s'observeraient dans le 1/4 des cas de fièvre typhoïde (Przedborski) et plus particulièrement pendant la convalescence; on les regarde comme dues à des névrites périphériques et elles guérissent souvent en quelques semaines.

6° Il est une forme de *grippe* ou *influenza* que l'on peut appeler catarrhale et respiratoire, par analogie avec la forme gastro-intestinale, la forme nerveuse et la forme purement toxique. Dans les fosses nasales, on observe la rhinite aiguë à suppuration abondante, souvent compliquée de sinusite: celle-ci est spontanément curable, mais elle peut aussi survivre à l'influenza et passer à l'état chronique. Le catarrhe grippal du larynx a les allures habituelles du catarrhe aigu de cet organe, avec une tendance plus grande peut-être à prendre la forme hémorragique. La muqueuse est rouge, tuméfiée, et présente par places des plaques grises formées de fibrine, ou d'épithélium nécrosé. L'œdème et l'abcès du larynx ont été observés, de même que la péri-chondrite. Les ulcérations guérissent en général sans cicatrices. Celles de la région interaryténoïdienne peuvent être assez profondes. Les paralysies consécutives sont rares: celles des abducteurs ont été signalées.

7° Le *rhumatisme polyarticulaire aigu* produit volontiers des angines et des pharyngites; ces inflammations catarrhales aiguës n'ont pas de caractères propres. Dans le larynx, au contraire, le rhumatisme peut se manifester sous deux formes typiques: la première est la forme articulaire, qui atteint les articulations crico-aryténoïdiennes et crico-thyroïdiennes de 4 à 12 jours après le début de la polyarthrite; la seconde forme de laryngite rhumatismale est la forme circonscrite, noueuse, caractérisée par une infiltration limitée, rouge ou bleuâtre, grosse parfois comme une amande, siégeant dans le repli aryépiglottique ou près de l'articulation crico-aryténoïdienne.

8° La *diphthérie* prend dans le nez, le pharynx et le larynx, l'aspect classique dont la description n'est pas à refaire ici. Elle laisse comme suites des paralysies sensitivo-motrices, par névrite périphérique, débutant 2 à 6 semaines et plus encore après la diphthérie. La plus fréquente est la paralysie du voile du palais; les paralysies des cordes vocales sont bien plus rares: elles portent généralement sur les abducteurs; quelquefois celle des adducteurs apparaît quand la première est guérie. La paralysie peut être limitée au nerf laryngé supérieur.

9° L'*érysipèle* primitif des voies aériennes supérieures est rare, si l'on ne réunit point sous cette appellation tous les états septiques aigus graves du pharynx et du larynx. Les excoriations des narines sont une fréquente porte d'entrée de l'érysipèle de la face, surtout de l'érysipèle récidivant, qui des narines gagne le nez, les joues, le front.

Mais des érysipèles à marche inverse ont été observés : l'infection n'est devenue cutanée qu'après avoir pris naissance sur la muqueuse pharyngée ou linguale.

10° L'*impaludisme* pourrait provoquer des accès périodiques de rhinorrhée ou des épistaxis à répétition. On a signalé des parésies uni ou bilatérales dans le territoire des récurrents commençant et cessant avec l'accès fébrile. On observe l'œdème du larynx au cours de certaines cachexies palustres.

11° La *tuberculose* est, parmi les maladies infectieuses à marche chronique, celle qui se localise le plus volontiers sur les voies aériennes supérieures. Elle le fait quelquefois d'emblée : la tuberculose primitive des fosses nasales, du pharynx et du larynx existe : le lupus de ces régions, la « tumeur tuberculeuse » du septum nasal, la tuberculose amygdalienne, certaines tumeurs tuberculeuses des bandes ventriculaires ou des cordes vocales sont des manifestations sans doute rares, mais cependant admises, d'une tuberculose locale. Le plus souvent l'infection des voies aériennes supérieures accompagne ou suit une tuberculose à manifestations multiples.

12° La *lèpre* atteint les fosses nasales d'une façon constante et le mucus nasal est l'agent de propagation le plus efficace du bacille de la lèpre. Elle s'y manifeste sous forme d'infiltration muqueuse d'abord, puis elle devient ulcéreuse et sécrétante, enfin destructive, simulant tantôt l'ozène, tantôt la syphilis. Dans le pharynx, elle attaque volontiers le voile du palais, les amygdales et la voûte palatine. Dans le larynx, elle a un précoce siège d'élection sur l'épiglotte, qui s'infiltré et se parsème de nodules ; puis l'infection gagne les replis ary-épiglottiques, les bandes ventriculaires, les cordes vocales et même la région sous-glottique, réduisant de plus en plus la lumière du larynx.

13° La *morve* est également une maladie à localisation primitive sur la muqueuse nasale. Ce sont d'abord le catarrhe sec, puis le catarrhe à sécrétion hémato-purulente, enfin le catarrhe avec croûtes qui traduisent ces lésions ; elles aboutissent souvent à la nécrose des cartilages ou des os. Dans le larynx, des œdèmes, des ulcérations, des pertes de substance sont les lésions possibles de la morve.

14° L'*actinomycose* n'envahit le pharynx et le larynx qu'en les englobant dans les tumeurs dont elle détermine la formation. Les cas publiés en sont rares.

15° *Maladies vénériennes*. — La blennorragie peut infecter la muqueuse nasale, au même titre que la conjonctive, à la suite du contact.

L'arthrite blennorragique est susceptible de se localiser sur le larynx et de préférence sur l'articulation crico-aryténoïdienne.

Les manifestations de la syphilis sur les voies aériennes supérieures ont été étudiées à propos de chaque organe et il n'y a pas lieu de revenir sur ce sujet.

II. RELATIONS AVEC LES INTOXICATIONS. — Les intoxications produisent localement soit une simple irritation, soit des inflammations, aboutissant généralement au catarrhe chronique. Par leur action sur le système nerveux, elles déterminent aussi des troubles moteurs des cordes vocales (arsenic, acide prussique, plomb). Le nitrate d'argent donne une pigmentation spéciale aux muqueuses. L'antipyrine, la quinine, l'acide salicylique produisent des érythèmes, des éruptions, des hémorragies même, sur les voies respiratoires supérieures. Dans les intoxications alimentaires, on a signalé la sécheresse des muqueuses, la toux, l'enrouement, et même les paralysies laryngées par lésions bulbaires. Enfin l'alcool et le tabac jouent dans le développement et l'aggravation des catarrhes chroniques un rôle qui est bien démontré.

III. INFLUENCES PROFESSIONNELLES. — La plupart sont le résultat de l'action déjà étudiée des poussières ou des intoxications sur les fosses nasales, le pharynx et le larynx.

En ce qui concerne ce dernier organe, il y a lieu cependant de signaler, en outre, les altérations vocales observées dans le milieu militaire chez les instructeurs, obligés de beaucoup parler et crier.

Tantôt il s'agit d'enrouement, de fatigue vocale, dus au malmenage plutôt qu'au surmenage du larynx : il n'y a pas de lésions et le repos, combiné à des exercices méthodiques d'intonation, suffit à la guérison. Tantôt il s'agit de dysphonie et d'aphonie, de « voix cassée », dues à des lésions inflammatoires aggravées par le surmenage vocal : ces états ne sont pas curables quand les causes qui les ont créés et entretenus ont engendré des lésions définitives. Nous avons signalé plus haut (p. 447) le nodule des chanteurs.

IV. RELATIONS AVEC LES MALADIES PAR TROUBLES DE LA NUTRITION. — Le *rachitisme* jouerait un rôle considérable et se rencontrerait dans 95 0/0 des cas de spasme phréno-glottique des nouveau-nés ou des enfants en très bas âge (Loos).

L'*acromégalie* se traduit par l'hypertrophie diffuse de la peau, du squelette et de la muqueuse et par la dilatation des cavités naturelles (nez, sinus, larynx).

Le *diabète* se révèle précocement par la sécheresse et l'aspect granuleux et vernissé de la muqueuse pharyngée ou laryngée.

La *goutte* peut provoquer une pharyngite aiguë éphémère (Lermoyez); en général, elle détermine du catarrhe chronique du pharynx nasal et buccal; dans le larynx, elle se révèle par des infiltrations circonscrites des cordes vocales ou des bandes ventriculaires, ou plus souvent par des arthrites.

L'ictus laryngé s'observe chez les goutteux, les diabétiques, les obèses, coïncidant souvent avec un catarrhe chronique des voies aériennes supérieures, pharynx ou larynx.

V. APPAREIL RESPIRATOIRE. — C'est surtout sur le larynx qu'agissent les états pathologiques du poumon.

L'*insuffisance respiratoire* est responsable d'un certain nombre de troubles phonétiques, susceptibles de disparaître par la rééducation de la respiration volontaire (Natier et Rousselot). Il suffit de signaler comme exceptionnels les cas aigus de *catarrhe ascendant*, débutant par une bronchite et finissant par une laryngite et une pharyngite. Une simple mention suffit aussi pour les catarrhes avec tendances à la stase et aux hémorragies, consécutifs à l'*emphysème pulmonaire*, et pour les ulcérations des cordes vocales observées au cours des *pneumonies* graves. En général ce sont surtout les *affections chroniques* à sécrétions épaisses et visqueuses (asthme et emphysème) qui déterminent les lésions du catarrhe chronique du larynx et du pharynx.

La *tuberculose pulmonaire* est capable d'agir sur des ulcérations catarrhales pour les infecter secondairement, mais le fait est rare: en effet la plupart des lésions laryngées spécifiques sont intra ou sous-muqueuses au début, ce qui implique l'infection par voie lymphatique ou vasculaire.

A propos des paralysies récurrentielles, l'influence des *lésions de la plèvre* et du sommet du poumon, en particulier de la pleurésie sèche tuberculeuse, a été signalée; néanmoins le nombre de ces cas est minime, eu égard à la fréquence de la tuberculose. L'influence des *lésions du médiastin* antérieur sur le récurrent gauche par lésions ganglionnaires péritrachéobronchiques a également été indiquée plus haut (p. 454).

VI. APPAREIL CIRCULATOIRE. — Les affections de l'appareil circulatoire qui entraînent de l'*hypertension* (artério-sclérose au début), ou de la *stase* par défaut de compensation (lésions mitrales) déterminent surtout des hémorragies nasales, qui se différencient des épistaxis de cause locale en ce qu'elles ont pour origine le tissu érectile de la

paroi externe. Les veines de la base de la langue, dilatées et varicueuses, donnent parfois lieu à des hémorragies dans les cas d'insuffisance mitrale.

Enfin les *lésions des gros vaisseaux* (aorte et artères du cou) entraînent, en raison de leurs rapports avec les récurrents, des parésies ou paralysies qui ont été étudiées plus haut. Les battements de l'éperon de séparation des bronches, visibles à l'examen laryngoscopique, quand la forme du larynx s'y prête, sont très marqués dans les cas d'anévrysme aortique, avant que la pulsation soit rendue apparente par les mouvements de la trachée et du larynx perceptibles de l'extérieur.

Dans la *leucémie*, tout le tissu lymphoïde des fosses nasales, de l'entrée du larynx et surtout de l'anneau de Waldeyer participe aux lésions du tissu réticulé de l'organisme.

VII. APPAREIL DIGESTIF. — Les affections de l'*œsophage* dans sa portion originelle retentissent sur le larynx soit par propagation de proche en proche (abcès, tumeurs), soit par l'intermédiaire des nerfs récurrents. Les maladies de l'*estomac* et de l'*intestin* agissent surtout par voie réflexe: toux d'origine gastrique, démangeaisons nasales, crises d'éternement, quelquefois chez l'enfant spasme glottique, dus à la présence de vers. La *cirrhose* hépatique provoque volontiers des épistaxis; dans le pharynx et le larynx, elle produit des ecchymoses.

VIII. APPAREIL RÉNAL. — La *néphrite* détermine des *œdèmes* à siège sous-muqueux qui se localisent volontiers à la luette, aux piliers postérieurs du voile, à la paroi latérale du pharynx, aux replis épiglottiques, d'où ils peuvent gagner le larynx. Ce dernier œdème peut être un signe précoce de la néphrite: c'est néanmoins une complication rare. Plus fréquents seraient les cas d'*hémorragies* surtout nasales, quelquefois pharyngiennes ou laryngiennes, à la suite des modifications vasculaires qui coïncident avec la néphrite interstitielle.

IX. APPAREIL GÉNITAL. — En raison de sa richesse en tissu érectile, la muqueuse nasale est assez fréquemment le siège de troubles réflexes à point de départ génital. Chez l'homme, la puberté, la masturbation, le coït peuvent produire des congestions actives, de l'enclenchement intense avec névralgies, des épistaxis. Chez la femme, ce sont la menstruation, le coït, la grossesse, les affections utérines qui produisent, dans certains cas, les mêmes phénomènes dans la région nasale. Fliess, à la suite de nombreuses recherches, a été amené à conclure que la tête des cornets inférieur et moyen et la partie correspondante de la cloison méritent le nom de « points génitaux ». Ce sont des modifications vas-

culaires analogues et de même origine génitale, généralement des hyperhémies, rarement des hémorragies, qui produisent certains troubles de la mue vocale, et les altérations passagères de la voix qui accompagnent parfois l'abus du coït, la menstruation ou la grossesse. La grossesse aggrave considérablement la tuberculose laryngée.

X. MALADIES CUTANÉES. — Les *affections cutanées* de la face, telles que l'eczéma, l'impétigo, la furonculose, restent en général limitées à la partie nasale des fosses nasales. L'*herpès* peut s'observer, assez rarement du reste, sur la muqueuse des voies aériennes-supérieures, sur le voile du palais, la paroi pharyngienne postérieure, la base de la langue, l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx. Le *pemphigus* et l'*eczéma* sont rares.

XI. ORGANES DES SENS. — Entre l'*oreille* et le *larynx*, il n'existe pas de relations autres que celles qu'établit le système nerveux : il suffit de les signaler sans y insister. C'est par l'oreille que se fait l'éducation vocale du larynx : la surdi-mutité congénitale prouve cette influence prépondérante de l'oreille chez le nouveau-né. De même chez l'adulte, l'intégrité de l'ouïe est, surtout pour les professionnels du chant, indispensable au fonctionnement correct du larynx.

Entre l'*œil* et les *fosses nasales*, l'influence prépondérante appartient aux fosses nasales et elle a été étudiée plus haut. Mais s'il est classique d'admettre que les infections conjonctivales résultent, surtout chez l'enfant, de la propagation ascendante d'une infection nasale, la marche inverse, descendante, n'est pas invraisemblable : elle doit être considérée au moins comme possible, sinon fréquente.

XII. SYSTÈME NERVEUX. — Du côté des fosses nasales, les troubles de l'*olfaction* traduisent des états pathologiques assez divers du système nerveux. L'*hyperesthésie* de l'odorat s'observe surtout chez des névrosés (hystérie, neurasthénie, grossesse) ; la *perversion* de l'odorat ou *parosmie* est tantôt d'origine psychique (aliénation mentale, hystérie, grossesse, hypochondrie), quelquefois d'origine centrale (épilepsie). Il convient, avant d'attribuer ces origines à la parosmie, d'éliminer toute cause d'erreur, en pratiquant l'examen soigné du nez et des sinus, des dents, des amygdales, de l'estomac, etc. Quant à l'*anosmie* d'origine non périphérique, elle peut révéler des lésions destructives de l'encéphale (tumeurs, abcès), des lésions cérébrales du tabes ou enfin de l'hystérie ; on l'a observée à la suite de fractures de la base du crâne et elle est alors, presque toujours, incurable.

Les troubles du *gout* analogues à ceux de l'odorat indiquent des affections similaires du système nerveux (hystérie, neurasthénie, lé-

sions encéphaliques ou altérations du nerf glosso-pharyngien).

Du côté du pharynx, la *paresthésie* est révélatrice en général de l'hystérie qui s'y manifeste aussi par de l'*hypoesthésie* ou de l'*anesthésie*. Cette dernière, quand elle n'est pas de nature hystérique, indique rarement une affection cérébrale (apoplexie ou ramollissement), mais plutôt une lésion bulbaire (sclérose en plaques, tabes, syringomyélie, syphilis de la base de l'encéphale). Les modifications du pouvoir réflexe sont parallèles aux troubles de la sensibilité, en général.

Les *paralysies* du voile du palais et du pharynx peuvent être dues à des lésions cérébrales : tumeurs, hémorragies, ramollissement, grommes des noyaux gris de la base, de la capsule interne, de la protubérance. Elles peuvent traduire des lésions bulbaires : paralysie glosso-labio-pharyngée, plus rarement tabes, sclérose latérale amyotrophique, atrophie musculaire progressive, syringomyélie. Enfin elles peuvent être de nature hystérique, mais ce qui caractérise ces dernières, c'est la conservation de la déglutition réflexe, qui est supprimée dans les autres cas. Des troubles de la parole sans lésions du larynx accompagnent souvent ces paralysies pharyngées.

Les *contractures* des muscles du pharynx sont la plupart de nature hystérique, tantôt partielles, tantôt généralisées. Les contractures intermittentes se rencontrent parfois dans la syphilis de la base de l'encéphale atteignant l'émergence des nerfs crâniens et dans la paralysie agitante.

Du côté du larynx, la *paresthésie* est souvent de nature hystérique, combinée à une sorte d'*hyperesthésie* qui détermine de la toux, des étouffements, etc. L'*anesthésie* peut être une autre manifestation de l'hystérie ; elle se rencontre également dans les lésions cérébrales qui entraînent des hémiplegies.

Les *contractures* des muscles du larynx, qui portent sur les adducteurs à l'exclusion des abducteurs, s'observent dans le tabes (crises laryngées ou vertige laryngé) et dans l'hystérie, mais alors moins graves.

Les *troubles de coordination*, qui se révèlent surtout par des modifications de la phonation, se rencontrent dans les affections des centres nerveux (paralysie agitante, sclérose en plaques, tabes).

Pour les *parésies* ou *paralysies* laryngées, il est une loi presque sans exception qui veut que les lésions atteignant le noyau ou le tronc du pneumogastrique frappent d'abord les fibres présidant à l'abduction (Rosenbach-Semon). Les paralysies isolées des abducteurs sont donc toujours d'origine bulbaire. Au contraire la paralysie des ad-

ducteurs sans participation des abducteurs, quand elle n'est pas de nature hystérique, plaide en faveur du siège cérébral de la lésion (lésions corticales ou sous-corticales). Quant aux paralysies récurrentielles, elles comportent la même interprétation que la paralysie des abducteurs: elles sont d'origine bulbaire ou périphérique.

CHAPITRE II

DE LA SIMULATION DES MALADIES DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES. — CONDITIONS SPÉCIALES DE L'EXAMEN AU POINT DE VUE DU SERVICE MILITAIRE.

Lorsqu'il opère à titre de médecin expert, le médecin militaire doit toujours s'assurer en premier lieu de la réalité et de la nature de l'affection soumise à son examen et se prononcer ensuite, suivant les conditions présentes, soit sur l'admission du sujet dans l'armée, soit sur son maintien au service, soit sur son élimination temporaire ou définitive.

§ I. — Recherche de la simulation.

Un examen méthodique, une exploration complète des fosses nasales, du pharynx et du larynx permettront en général de reconnaître ce qu'il y a de fondé ou de non fondé dans les allégations du sujet examiné.

En ce qui concerne les fosses nasales, certaines simulations grossières, assez fréquentes jadis, ne s'observeront plus sans doute à notre époque et le spéculum nasi permettrait de les démasquer aisément: ainsi les testicules de poulets ou les reins de jeunes lapins introduits dans le nez pour simuler les polypes, ou encore les éponges imprégnées de matières putrides, les morceaux de fromage décomposé simulant l'ozène.

Du côté des organes de la phonation, le mutisme, l'aphonie et le bégaiement ont été et seront encore souvent simulés, car ils ne demandent guère de la part du sujet que de la constance et de la force d'inertie. Cependant les simulateurs sont rarement te-

naces, puisque en trente-sept ans, il n'y aurait eu, d'après les recherches statistiques du médecin-major Huguet, que dix simulateurs de ce genre envoyés aux corps disciplinaires d'Algérie.

Il est évident qu'un examen méthodique des organes s'impose avant tout. S'il révèle une lésion organique suffisante, la question de la simulation est tranchée par la négative. Si non, il faut songer aux formes suivantes de mutisme et d'aphonie que l'on peut appeler en bloc essentielles ou *sine materia*.

1° *Mutisme congénital*. Il ne s'accompagne pas en principe de lésions objectives. Il coïncide fréquemment, mais non toujours, avec de la surdité: il est d'origine cérébrale, de même que la surdi-mutité qui sera étudiée plus loin. L'enquête sur l'enfance du sujet est en pratique le meilleur élément de diagnostic. Cette variété de mutisme est la seule qui entraîne l'inaptitude au service militaire.

2° *Mutisme acquis*. Le *mutisme hystérique*, qui n'est bien connu que depuis une vingtaine d'années, pourrait être confondu, à un examen rapide, avec un mutisme simulé. Cette affection est en principe *sine materia*, c'est-à-dire que les signes objectifs locaux (rougeur diffuse, parésie des cordes vocales, etc.), simples coïncidences, sont ou absents ou variables. Le malade peut souffler, siffler, remuer les lèvres, mais il lui est impossible de prononcer un seul mot, même avec la voix chuchotée, qui pourtant n'exige qu'un concours très limité des organes moteurs du larynx. Il n'a même pas le pouvoir de pousser des cris inarticulés comme le muet vrai. Pendant le sommeil et le rêve, l'aphonie pourrait cesser. Le mutisme hystérique débute souvent après une attaque ou une vive émotion, quelquefois il se développe progressivement; enfin il peut succéder à des phénomènes locaux, aphonie ou signes de laryngite inflammatoire. Le langage mimé et l'écriture sont conservés; le muet hystérique, s'il est intelligent, fait effort pour parler et demande à exprimer sa pensée par l'écriture. Les simulateurs tendent à « ajouter de leur propre cru à cette symptomatologie si complexe et si spéciale à la fois... En général, peut-être pourrait-on dire forcément, le simulateur est un fantaisiste. Il imagine volontiers, il brode et exécute des fioritures ». (Charcot).