

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).

3° *Aphonie*. Comme elle peut conférer l'inaptitude temporaire ou définitive au service militaire, elle est de simulation assez fréquente.

Avant de conclure à la simulation, il faut éliminer les aphonies liées à un état objectif particulier du larynx et les aphonies morbides que l'on peut appeler essentielles.

L'aphonie vraie peut être occasionnée soit par un mauvais fonctionnement de l'appareil musculaire expirateur, soit par une oblitération partielle indirecte (compression) ou directe du conduit aérien, soit par des lésions appréciables de la glotte ou de son voisinage, soit par l'altération des muscles des cordes vocales, soit enfin par des troubles de l'innervation, névrites et paralysies de causes diverses (intoxication par le plomb, le phosphore, compressions, maladies infectieuses, surtout la diphtérie, hystérie).

Dans ce diagnostic différentiel de la simulation, l'hystérie, en particulier, doit attirer, pour le larynx comme pour l'œil et pour l'oreille, l'attention du médecin militaire, car elle est assez fréquemment observée sous ses diverses formes sur le larynx : elle produit soit des spasmes, soit surtout des paralysies. Le spasme glottique hystérique, fort rare, spasme clonique par contraction des adducteurs, s'accompagne d'aphonie, mais il survient uniquement à l'occasion des mouvements volontaires de phonation, et entraîne aussi un état de cyanose qui disparaît dès que cesse l'effort volontaire de phonation. La véritable aphonie hystérique, intermittente ou permanente, est due à la paralysie bilatérale des adducteurs et des tenseurs des cordes vocales ou à celle des adducteurs et de l'ary-aryténoïdien, cette dernière forme étant la moins rebelle. Elle débute soit subitement sans cause, soit à la suite d'une émotion, d'une crise, ou bien elle se greffe sur une inflammation aiguë, telle qu'une laryngite a frigore, par exemple. Absolue pendant l'état de veille, elle cesse pendant le sommeil ; la voix chantée est souvent possible, alors que la voix parlée est perdue. La toux, le hoquet, l'éternûment, le cri réflexe provoqué par la douleur peuvent être quelquefois sonores, si la paralysie est incomplète, alors que la voix chuchotée est seule possible. L'examen laryngoscopique montre habituellement une glotte symétrique et des cordes vocales qui sont en position

normale dans la respiration, mais ne se rapprochent plus dans la phonation (émission de la voyelle É, par exemple) ; d'autres fois, cet examen est négatif ou donne des images variées et même différentes d'un jour à l'autre (Thaon). Les stigmates de l'hystérie seront toujours recherchés.

Il existe une variété d'aphonie dans laquelle le malade parle bas volontairement (phonophobie de Coen), parce que la production de la voix détermine une douleur qu'il cherche à éviter.

Dans l'anémie, la chlorose, dans la convalescence des maladies graves, on observe parfois une aphonie intermittente (mogiphonie de Frœnkel), due à une sorte d'impuissance vocale par fatigue rapide.

On rencontre aussi très souvent l'aphonie intermittente dans la tuberculose du larynx, non seulement à la période confirmée, mais encore à la période du début, c'est-à-dire à la période d'infiltration et même peut-être plus tôt, « comme signe précurseur » (Lennox-Browne).

On arrivera donc, par une élimination méthodique, à la conviction d'une aphonie simulée. C'est alors en procédant par surprise, par intimidation ou par persuasion, que l'on pourra obtenir l'aveu ou la preuve de la simulation.

L'examen laryngoscopique donnera déjà des renseignements qui pourront confirmer les soupçons de l'expert. Chez le simulateur, les cordes vocales sont en position normale dans l'inspiration, et, si on l'engage à faire un effort, à pousser comme pour uriner, à émettre la voyelle É, on les voit se rapprocher de la ligne médiane ; mais on remarquera que ce rapprochement ne dure qu'un instant très court, deux à trois secondes au plus, qu'il n'est pas soutenu, et que la glotte se rouvre largement : c'est que le simulateur redoute d'émettre un son qui le trahirait, s'il prolongeait cette contraction de la glotte. Nous avons observé des sujets qui se refusaient à provoquer un mouvement de contraction ou de tension des cordes vocales, les maintenant écartées au contraire comme dans l'inspiration large, profonde, lente, et laissaient échapper l'air par une faible expiration. Seul le simulateur écarte ainsi ses cordes vocales quand on lui dit d'émettre un son (Martel). Le simulateur évite l'effort de peur

de se trahir, le vrai aphone fait au contraire des efforts exagérés.

Parmi les moyens de surprise, que chacun peut s'ingénier à varier, nous citerons, comme nous ayant réussi, celui qui consiste à faire entraîner le sujet dans une partie de cartes ou de dames, activement conduite; il pourra arriver que, dans un moment d'oubli, il se trahisse brusquement. On pourra, aussi, le faire surveiller à l'appel des lettres par le vagemestre.

Lorsque l'on renverse la tête du simulateur en arrière, en l'invitant alors à exécuter une expiration qui doit être suivie d'un son, on voit ses muscles faciaux, sa bouche, agités de contractions volontaires, grimaçantes, résultats des efforts qu'il fait pour ne pas faire vibrer ses cordes vocales (Martel). Souvent aussi, quand on demande au simulateur de siffler, il prétend ne pas le pouvoir (Zuber), de crainte de se compromettre en émettant un son, fût-ce avec les lèvres sans participation du larynx. On a conseillé également les substances sternutatoires (tabac ou ipéca en poudre), dont l'action démontre que les cordes vocales peuvent vibrer, tout au moins sous l'influence d'une expiration puissante. L'électrisation du larynx, faite extérieurement avec un courant modéré, les deux excitateurs étant placés sur les côtés de l'organe, provoque dans un grand nombre de cas l'émission du son, en particulier si l'on invite le sujet à émettre la voyelle É. En interrompant de temps à autre le passage du courant et en invitant constamment le sujet à émettre la voyelle É, on arrive, ordinairement, à le dérouter, à affaiblir sa résistance, et il finira par émettre le son É avec une intensité plus ou moins forte. Si ce traitement lui est très pénible, il cédera de lui-même en peu de jours. Nous avons pu, par ce moyen, amener à résipiscence un certain nombre de simulateurs; l'un d'eux, en particulier, continuait à émettre le son É, alors que nous avons fait détacher à son insu l'un des fils conducteurs d'une des bornes de la pile, tandis que les excitateurs étaient maintenus en place sur les côtés du larynx.

4° *Bégaiement*. C'est une affection d'ordre purement nerveux, indépendante de toute lésion anatomique de la langue, du nasopharynx ou du larynx, un vice de prononciation, variable dans son intensité, qui peut être simulé avec un peu d'exercice et

beaucoup de force de volonté de la part du sujet: il doit être très prononcé pour entraîner l'inaptitude au service militaire. Il apparaît dans l'enfance, souvent à la suite d'une émotion, augmente dans la puberté et diminue dans l'âge mûr, sans cependant jamais disparaître.

Les troubles d'où résulte le bégaiement portent à la fois sur la respiration, la phonation et l'articulation: ils ont comme caractère commun principal le défaut de coordination. Ainsi, si la respiration ordinaire chez le bègue est normale, il n'en est plus de même de la respiration vocale, c'est-à-dire de la respiration faite en vue de la phonation: au lieu d'inspirer avant de parler et de laisser ensuite écouler l'air par une expiration graduée, le bègue ferme sa bouche et sa glotte avant de parler, puis inspire brusquement et expire de même en émettant un son bref. La phonation, qui est normale pour certains sons, pour les voyelles isolées émises pendant l'examen laryngoscopique par exemple, devient incoordonnée quand il s'agit de prononcer certaines consonnes: des contractures involontaires de la glotte s'opposent à l'émission du son normal qui est remplacé par une sorte de « rugissement ». L'articulation est très pénible pour les consonnes labiales, linguales et gutturales, surtout les explosives B, P; D, T; K, G. La langue est agitée de mouvements désordonnés et se place parfois de champ. Le bégaiement est intermittent, très variable d'ailleurs chez le même sujet selon les circonstances, disparaît dans la parole chantée ou rythmée; il cesse aussi pour un instant, si un mot ou une phrase sont prononcés après une inspiration profonde, dès le début de l'expiration et en allant lentement. Certains bègues répondent correctement, sans bégayer, aux questions qui leur sont adressées, mais sont incapables de commencer une phrase de leur propre initiative sans mettre en jeu leur infirmité; d'autres ne bégayent plus dans l'obscurité.

Le simulateur exagère l'incoordination qui produit le bégaiement, alors que le vrai bègue cherche plutôt à la maîtriser. Il ne modifie en rien l'articulation des mots dans la parole rythmée ou chantée ou dans les exercices de prononciation méthodique auxquels on le soumet. Cependant, malgré les quatre signes considérés comme pathognomoniques du bégaiement (début dans

l'enfance, troubles respiratoires, intermittence, disparition totale dans le chant), il est parfois très difficile de se prononcer sur la simulation (Chervin). Enfin la surveillance du sujet suspect faite à son insu et surtout une enquête sérieuse de notoriété publique sont d'importants éléments d'appréciation dans certains cas difficiles.

§ 2. — Conditions spéciales de l'examen des voies aériennes supérieures au point de vue de l'aptitude au service militaire.

Il va de soi qu'un examen méthodique et raisonné est le point de départ et la base indispensable de l'expertise médico-légale militaire. Les conditions spéciales dans lesquelles opère le médecin militaire ont été assez longuement exposées au chapitre I de la première partie pour nous permettre d'être brefs en ce qui concerne l'examen des voies aériennes supérieures.

I. INSTRUMENTATION. — Les instruments que tout médecin militaire doit posséder pour explorer les voies aériennes supérieures sont peu nombreux : un miroir frontal, un spéculum nasi et un stylet nasal ; un abaisse-langue, trois miroirs laryngiens inoxydables, dont deux ronds n° 3 (20 millim.) et n° 5 (23 millim.) et un ovale (pour les sujets à amygdales développées), un grand stylet laryngien pour redresser au besoin l'épiglotte (cas très rares) et deux petits miroirs ronds pour la rhinoscopie postérieure n° 0 (14 millim.) et n° 2 (17 millim.). L'usage des *anesthésiques* est interdit par l'instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique, en ce qui concerne les examens devant les conseils de révision. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une affection pour en instituer la thérapeutique ; d'ailleurs nous ne parlons ici que de l'anesthésie locale à la cocaïne ; le titre de la solution ne devra pas dépasser 4 0/0 ; du reste, en ce qui concerne le larynx, l'anesthésie du voile du palais est rarement nécessaire pour une simple exploration et le devient d'autant moins qu'on acquiert plus d'expérience ; pour la rhinoscopie postérieure, elle est presque toujours inutile.

Dotation du service de santé en instruments. Le nouvel arsenal de chirurgie possède une boîte (n° 30) de laryngoscopie, rhinoscopie et staphylorrhaphie destinée aux hôpitaux de plus de 400 lits. Mais

les médecins-chefs des autres hôpitaux peuvent demander, comme instruments isolés, ceux qu'ils jugent nécessaires, à provenir soit de cette boîte n° 30, soit des boîtes n° 12 et n° 15 de l'ancien arsenal. Ces boîtes contiennent, entre autres instruments, des miroirs frontaux, laryngiens, des spéculums nasi, un laryngoscope avec appareil de concentration se montant sur une lampe, des stylets, etc.

Le conseil de révision de Paris possède une boîte d'exploration des plus complètes.

II. CONDITIONS DIVERSES DE L'EXAMEN. — 1° *Au conseil de révision*, l'examen sera fait dans une chambre noire, ainsi qu'il a été exposé pour l'examen des yeux (page 11), et on se conformera pour la décision à prendre à l'instruction du 31 janvier 1902.

2° *Engagements volontaires ; enfants de troupe.* — Le médecin doit être plus exigeant et refuser d'accepter un sujet porteur de lésions du nez, du pharynx ou du larynx encore au début, mais qu'il juge susceptibles de s'aggraver rapidement sous l'action des causes inhérentes au service militaire. On se méfiera de la dissimulation et en particulier de l'ozène. Les candidats à l'engagement volontaire doivent être absolument irréprochables au point de vue physique. Les faits recueillis en France par le médecin-major Claoué et en Italie par les médecins militaires Ostino et de Rosa ont démontré clairement l'influence de certaines lésions des fosses nasales et du pharynx sur l'aptitude au service militaire. Elles ont été passées en revue dans le chapitre précédent.

3° *Incorporation.* — Lorsque le médecin aura reconnu une défectuosité des voies aériennes supérieures au point de vue objectif ou fonctionnel, il devra procéder à un examen complet, afin d'établir le bilan du jeune soldat au moment de son arrivée au corps ; il aura ainsi une base pour apprécier plus tard l'influence du service militaire sur l'état local ou général.

4° *Aptitudes spéciales.* — Au cours du service militaire, le médecin peut être appelé à donner son avis à ce sujet. Ainsi les candidats aux emplois de moniteur de gymnastique ou d'escrime, de planton cycliste, et à ceux de clairon et trompette spécialement et même uniquement visés par l'article 38 du règlement sur le service de santé à l'intérieur, doivent être examinés « au point

de vue de l'intégrité des organes de la respiration et de la circulation ». Ils paraissent en bonne logique devoir être également soumis à l'exploration des voies aériennes supérieures (fosses nasales, pharynx, larynx).

5° *Rengagements et commissions*. — Les desiderata exprimés à propos de l'engagement et de l'incorporation s'appliquent aux militaires sollicitant un rengagement ou une commission (gendarmérie, garde républicaine, etc.).

6° *Militaires en activité atteints d'affections des voies aériennes supérieures*. — D'après le degré de gravité de l'affection ou d'après la nécessité d'une intervention chirurgicale, le médecin, au corps, jugera si le malade doit être traité à la chambre, à l'infirmerie ou à l'hôpital (voir la nomenclature de l'instruction du 6 mars 1901 sur la statistique), et si un certificat d'origine doit être établi. A l'hôpital, le médecin traitant envisagera, si le cas ne paraît pas susceptible de guérison avant plusieurs mois, la question de l'inaptitude temporaire; si l'affection est incurable, il proposera le malade pour une réforme définitive.

Certaines maladies des voies aériennes supérieures sont susceptibles de guérir soit par l'usage des bains de mer (lymphatisme), soit par l'action des eaux thermales (hôpital d'Amélie-les-Bains).

7° Pour les militaires dans la *réserve*, dans l'*armée territoriale*, pour ceux en position de *réforme temporaire*, pour les officiers en *non activité* pour infirmités, on se comportera d'après les indications mentionnées au chapitre I, première partie (page 13).

De 1891 à 1900 inclus, sur une moyenne annuelle de 323,831 appelés à participer au tirage au sort, les maladies des voies aériennes supérieures ont entraîné les pertes suivantes, par année. Exemptions : bégaiement 423, aphonie 11, ozène 19, autres affections des fosses nasales 44. — Classement dans le service auxiliaire : affections de la voix et de la parole (bégaiement léger et aphonie), 609.

Les chiffres moyens annuels des réformes diverses au corps ont été pour la période de 1891 à 1899 : laryngite chronique 15; polypes des fosses nasales et du naso-pharynx, 6; ozène, 19.

TROISIÈME PARTIE

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE L'OREILLE

Logiquement, c'est bien à la suite des voies aériennes supérieures que doit être étudiée l'oreille. C'est du carrefour pharyngien, en effet, que dérive embryologiquement son segment le plus important au point de vue pratique, l'oreille moyenne; c'est là aussi que débutent nombre de lésions auriculaires, de telle sorte que le pharynx et l'oreille sont en quelque sorte inséparables, tant au point de vue de l'exploration clinique que de la thérapeutique.

CHAPITRE I^{er}

NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE. EXAMEN PRÉLIMINAIRE.

Il n'est pas utile d'étudier dans tous les détails l'anatomie et la physiologie de l'oreille, dont l'intérêt est plutôt théorique que clinique. Il convient au contraire d'insister davantage sur la séméiologie des principaux symptômes qui se rencontrent au cours des affections de l'oreille.