

par exemple, amène nécessairement de la contracture musculaire réflexe durable, persistante (sans phénomènes douloureux d'ailleurs), alors que d'autre part la paralysie est la règle, et la contracture l'exception.

Il n'est donc pas étonnant que, dès leur apparition, les travaux de Krause aient trouvé des opposants énergiques. O. Rosenbach, B. Fränkel, F. Semon, Gottstein, ont vivement critiqué ses expériences et l'interprétation que leur auteur en avait donnée, et je ne sache pas que Krause soit parvenu à démontrer le mal fondé de l'argumentation de ses adversaires. Il n'a pas répondu à la question de Semon lui demandant pourquoi il se produisait une contracture là où partout ailleurs on observe une paralysie, et lui opposant, pour preuve de la fragilité plus grande des muscles abducteurs, ses recherches nécropsiques qui, en montrant que la glotte sur le cadavre est plus étroite qu'au repos chez le vivant, obligent à penser qu'au moment de la mort les fonctions des dilateurs cessent les premières, ainsi que les constatations de MM. Jeanselme et Lermoyez citées antérieurement.

Bien qu'un certain nombre d'auteurs, en dehors des opposants cités plus haut, aient admis en partie les idées de Krause et pris une position en quelque sorte intermédiaire entre la nouvelle théorie et l'ancienne (Moser, Gerhardt, Gouguenheim, Michaël, etc.); que d'autres auteurs, avec Massei, aient adopté avec ardeur la manière de voir de Krause; et qu'en réalité il ne soit plus douteux aujourd'hui que les observateurs, sous l'influence des travaux de ce dernier, aient tendance à voir plutôt des contractures là où on croyait précédemment à des paralysies; il est cependant permis de penser que cet engouement ne tardera pas à faire place à une plus saine conception des faits cliniques. La doctrine de Krause semble basée sur des faits expérimentaux, mais en réalité elle n'est jusqu'ici qu'hypothétique; et bien que celle de Semon ne soit qu'à demi satisfaisante encore, il ne me semble cependant pas douteux qu'elle se rapproche beaucoup plus de la vérité. L'utilité, incontestable, des recherches de Krause, sera d'avoir rappelé à l'attention des observateurs l'existence des états spasmodiques (rapprochement des deux cordes vocales) qui peuvent se montrer en variant d'intensité mais sans cesser jamais complètement pendant quelques jours ou même quelques semaines avant les paralysies, ou même disparaître sans laisser de paralysies à leur suite. Leur résultat le plus net, ce sera d'avoir démontré que ces spasmes toniques peuvent atteindre une seule corde vocale aussi bien que les deux. Ces troubles spasmodiques ont été bien souvent, le fait est indubitable, confondus à tort avec des paralysies; et il est à présumer que les erreurs de ce genre deviendront dès maintenant de plus en plus rares, bien que jusqu'ici le diagnostic différentiel soit le plus souvent absolument impossible par l'examen laryngoscopique. Mais il n'est pas souhaitable que ces recherches aboutissent à faire tomber les laryngologistes d'une erreur dans une autre, et à leur faire voir partout des contractures laryngées primitives, dont ils arriveraient d'ailleurs difficilement à faire admettre l'existence par les neuropathologistes.

Ce que nous devons, actuellement, considérer comme plus probable, c'est que l'irritation d'un récurrent, telle que la produit par exemple une compression légère, peut amener soit des phénomènes convulsifs cloniques complexes, comme la toux, soit des contractions toniques intermittentes de la corde vocale du même côté, soit plutôt des accès de spasme glottique bilatéral, et quelquefois un état spasmodique à paroxysmes, mais presque permanent pendant quel-

ques jours, une semaine, rarement plus; que ces accidents peuvent disparaître avec leur cause; qu'ils peuvent disparaître et revenir ensuite sans que la cause ait disparu, si celle-ci reste stationnaire; que si la compression continue à progresser, elle détermine très rapidement une paralysie unilatérale, limitée tout d'abord au muscle dilatateur et pouvant se généraliser ensuite plus ou moins rapidement, sans que pendant longtemps le malade soit à l'abri d'accès spasmodiques divers, possibles tant que le nerf malade n'est pas complètement détruit. Ce que nous devons admettre en outre, c'est que si la compression se trouve être, dès son apparition, suffisamment accentuée, elle déterminera d'emblée une paralysie, soit limitée d'abord au dilatateur, soit immédiatement généralisée.

Paralysies laryngées de causes diverses.

Paralysies hystériques. — Les paralysies hystériques du larynx sont assez fréquentes, et c'est chez les jeunes sujets, surtout du sexe féminin, qu'on a d'ordinaire l'occasion de les observer. Leur pathogénie ne diffère pas de celle des autres paralysies hystériques. Elles débent le plus souvent brusquement : à la suite d'une contrariété, d'une frayeur ou de quelque autre émotion plus ou moins vive, d'une chute ou de quelque autre traumatisme, ou encore d'un refroidissement ayant amené un peu de congestion et de catarrhe local passager, la voix se perd tantôt subitement, tantôt au bout d'un temps variable, bien que de courte durée. Cette dernière condition est de beaucoup la plus fréquente : la malade se couche en possession de sa voix, et se réveille aphone; ou bien elle s'enroue tout à coup, et après quelques alternatives de raucité et de phonation à peu près normale, elle devient complètement aphone.

Il s'agit presque constamment d'une paralysie bilatérale des adducteurs. La glotte reste symétrique, les légers mouvements respiratoires des cordes vocales restent absolument normaux, mais au moment des essais de phonation, l'adduction ne se fait pas du tout ou n'est qu'ébauchée. La voix parlée est réduite à un simple chuchotement; la toux, le hoquet et les divers cris purement réflexes restent seuls sonores. Dans un assez grand nombre de cas, on constate la coexistence d'une toux nerveuse sonore, éructante, toute spéciale, qui sans aucun doute n'est qu'une variété de toux hystérique.

La paralysie peut porter sur tous les muscles adducteurs et tenseurs des cordes vocales, ou ne frapper que les adducteurs latéraux et l'ary-aryténoïdien. Dans le premier cas, il existe presque constamment de l'anesthésie de la muqueuse. Les cordes vocales sont rougeâtres, flasques, l'épiglotte procidente. Dans le second cas, les troubles de la sensibilité locale peuvent manquer et les cordes ont très souvent un aspect tout à fait normal. On peut voir conservée la motilité ou mieux la contractilité des bandes ventriculaires, qui se rapprochent pendant la phonation au point de recouvrir plus ou moins les vraies cordes sous-jacentes demeurant écartées l'une de l'autre, ou bien ces dernières arrivent au contact au moment de l'effort de phonation, mais elles s'écartent ensuite aussitôt, et aucun son n'est émis. Parfois la paralysie porte uniquement sur l'ary-aryténoïdien.

La première forme (paralysie vocale totale) est la plus tenace; elle peut durer longtemps et rester plus longtemps encore incomplètement guérie, laissant à

sa suite une parésie très marquée, pouvant par exemple permettre à la malade de parler pendant une ou deux heures, le matin, assez convenablement, mais ne laissant pendant le reste de la journée qu'une voix sourde, enrôlée et très faible. Cet état, qui peut durer des mois et même des années (je l'ai vu dans un cas durer cinq ans chez une femme de 56 à 41 ans), a plus de tendance à se prolonger chez les sujets ayant dépassé la jeunesse. Puis, à un moment donné, la guérison survient progressivement, assez vite.

Les diverses variétés de la seconde forme sont généralement de plus courte durée. Celles-ci toutefois, ainsi que la marche de l'affection, sont très variables. La paralysie hystérique du larynx peut aussi bien être suivie, après quelques jours ou quelques semaines, de mutisme hystérique de durée indéterminée, que d'une guérison complète. Parfois celle-ci est très rapide : la voix revient subitement, et elle peut être normale d'emblée, mais d'ordinaire elle ne recouvre ses caractères normaux que progressivement, au bout de quelques heures, un jour ou plus.

La paralysie laryngée hystérique peut-elle se localiser aux muscles dilatateurs et amener la situation médiane des cordes vocales? Le fait me semble très douteux. Je n'ai jamais vu, je n'ai jamais lu d'observation signalant chez un hystérique l'aspect typique (cordes médianes et flasques, aryténoïdes immobiles et au contact) qu'on voit, par exemple, chez des tabétiques. Cet aspect de la glotte peut-il se produire chez les hystériques sous l'influence d'une contracture primitive et isolée de l'ary-aryténoïdien? Rien n'empêche de l'admettre, puisque le même muscle peut aussi se paralyser isolément. Mais les faits précis manquent jusqu'ici. Lorsque l'on trouve à l'examen laryngoscopique les cordes vocales en adduction marquée près de la ligne médiane, tendues, et qu'on les voit même se rapprocher⁽¹⁾ à l'inspiration, il s'agit constamment d'un état spasmodique transitoire, ou plutôt d'une suite de spasmes subintrants, ne cessant jamais complètement pendant une période de temps variant de quelques jours à une semaine et plus, et disparaissant ensuite, pour récidiver dans un bon nombre de cas. Souvent ce spasme frappe à la fois le larynx et les bronches, ainsi que je l'ai vu plusieurs fois chez des hystériques où cet état convulsif était d'origine réflexe, à point de départ nasal. D'autres fois, le larynx seul est pris. Comme j'ai vu plusieurs fois ces accidents disparaître progressivement en 2 ou 5 minutes à la suite d'un badigeonnage ou d'une pulvérisation cocaïnés de la muqueuse nasale rouge et tuméfiée, je ne puis admettre qu'il se soit agi d'une paralysie laryngée. Combien de cas de ce genre ont passé pour des « paralysies des dilatateurs »!

L'opinion que j'émetts ici est à rapprocher de celle qui a été professée par M. Gouguenheim en 1885. Pour cet auteur, il ne s'agirait pas davantage en pareil cas d'une paralysie des dilatateurs, mais bien d'une contracture des crico-thyroïdiens. Cette opinion serait séduisante si, comme le pensait M. Gouguenheim, la paralysie hystérique vulgaire était de même une paralysie des muscles crico-thyroïdiens; et si, en réalité, les troubles laryngés des hystériques ne se passaient que dans le domaine du laryngé supérieur, comme il l'a

(1) Ce rapprochement inspiratoire des cordes vocales se voit chez beaucoup de gens nerveux au moment du premier examen laryngoscopique, ou plutôt de la première application du miroir; et il disparaît au bout de quelques minutes, pour faire place à l'aspect physiologique, dès que l'émotion ou l'appréhension du malade a disparu. Il faut donc se garder de lui attribuer en pareil cas une valeur sémiologique que lui donnerait seulement sa constance.

soutenu. Mais cette théorie exclusive est évidemment inexacte : aujourd'hui d'ailleurs que les fonctions du muscle crico-thyroïdien sont mieux connues, on ne peut plus admettre que sa paralysie soit capable à elle seule d'amener l'abduction, et sa contracture l'adduction des cordes vocales.

Les paralysies laryngées unilatérales sont tellement rares que, lorsque chez un hystérique une paralysie ou une parésie des adducteurs laryngés est unilatérale ou même asymétrique, il y a lieu de faire d'abord des réserves sur la cause réelle de l'affection, et de ne s'arrêter au diagnostic d'hémiplégie laryngée hystérique qu'après un examen particulièrement attentif. La coexistence d'autres manifestations de l'hystérie, et la notion même de la marche des accidents, ne suffisent pas au diagnostic; il faut avoir soin d'exclure toute cause de compression nerveuse. Les adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques, chez les hystériques strumeux, sont une des causes d'erreur les plus communes en pareil cas.

Paralysies catarrhales. — Le larynx n'échappe pas à la loi de Stokes; et quand il est atteint d'une inflammation catarrhale vive, ses muscles s'en ressentent toujours à quelque degré. Les troubles de la voix, dans la laryngite aiguë, sont dus beaucoup plus à des parésies des muscles périglottiques qu'à la tuméfaction de la muqueuse qui les recouvre. Pour M. Moure, c'est l'ary-aryténoïdien qui est touché de préférence; mais le groupe adducteur latéral l'est aussi souvent au moins. Le plus souvent ces paralysies catarrhales sont asymétriques; un côté est plus parésié que l'autre, et après guérison on peut voir des parésies limitées persister pendant quelque temps et occasionner des troubles de la voix d'assez longue durée. La laryngite chronique s'accompagne aussi assez souvent d'accidents du même genre, frappant de préférence et même presque exclusivement le groupe latéral (thyro-aryténoïdiens surtout).

Les parésies laryngées survenant à la suite d'un catarrhe très léger, d'une simple congestion, lorsqu'elles ne reconnaissent pas pour cause des fatigues musculaires (ainsi qu'on l'observe souvent chez les chanteurs), se voient surtout chez les hystériques ou les névropathes. On peut en dire autant des parésies laryngées des anémiques et des chlorotiques. Chez les vieillards, on observe des parésies de causes complexes, avec émaciation musculaire, comparables à celles qu'on voit dans des cachexies diverses, ou dans des états généraux graves (choléra, etc.).

Paralysies myopathiques. — L'inflammation superficielle de la muqueuse laryngée est-elle capable de déterminer des lésions persistantes, progressives, des muscles sous-jacents? Le fait est probable, mais la question est si mal connue encore qu'il est difficile de s'étendre sur ce point. L'existence de paralysies myopathiques des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs est admise par un grand nombre d'auteurs; récemment encore, MM. Gouguenheim et Tissier ont appelé sérieusement l'attention sur l'existence, chez les tuberculeux, d'une myosite interstitielle de cette région, et MM. Proust et Tissier ont émis l'hypothèse que cette lésion pouvait aussi, chez les tuberculeux, atteindre l'adducteur central. Mais il est encore bien difficile de séparer des myopathies primitives les altérations musculaires régressives consécutives aux névrites périphériques infectieuses, péri-articulaires et autres, primitives ou secondaires; des atrophies consécutives à la dégénérescence du tronc et des filets

nerveux terminaux due à la compression, etc. La question des paralysies myopathiques, qui prend aujourd'hui un intérêt d'autant plus grand qu'on s'occupe davantage des amyotrophies en général, est encore à l'étude, et ne peut être ici que brièvement indiquée.

Diagnostic et valeur sémiologique. — Le diagnostic d'une paralysie laryngée exige un examen laryngoscopique systématique et complet, pratiqué dans de bonnes conditions, c'est-à-dire sans que le malade le gêne par des efforts de vomissements, des contractions pharyngées ou laryngées réflexes, ou autres mouvements intempestifs. La première condition est donc d'obtenir une tolérance absolue du malade au contact du miroir laryngien, ce à quoi l'on arrive à peu près sûrement à l'aide de l'anesthésie locale par la cocaïne. En dehors donc de l'hystérie, et en général des cas où le malade accuse une sensibilité médiocre du pharynx et du voile, il convient, après avoir nettoyé ces régions à l'aide d'un tampon de coton hydrophile du volume d'une noix (fixé au bout d'une longue pince à forcipressure), largement imbibé d'une solution alcaline un peu forte (bicarbonate de soude), de badigeonner la région avec un second tampon imbibé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinquième, et de n'examiner le larynx que lorsqu'au bout de 2 ou 3 minutes le malade, en accusant au fond de la gorge une sensation d'engourdissement, de corps étranger ou de difficulté à avaler, indique lui-même que l'insensibilité est obtenue⁽¹⁾.

L'examen laryngoscopique doit ensuite être pratiqué avec un miroir laryngé de dimensions un peu plus étendues, une bonne lampe et un miroir réflecteur frontal percé à son centre, afin que l'œil de l'observateur puisse se trouver bien exactement dans l'axe du faisceau lumineux. Enfin il faut avoir soin de placer le malade bien en face de soi et bien droit, et de ne pas donner au miroir laryngien une position oblique latéralement. Toutes ces précautions sont extrêmement importantes en pareil cas, afin d'éviter toute asymétrie de l'image laryngienne, accidentelle et due à une position défectueuse du malade, du miroir laryngoscopique, ou de l'observateur. Ceci posé, ce dernier doit examiner avec attention le larynx alternativement et à plusieurs reprises pendant la respiration (tranquille et forcée), et pendant l'émission du son é (fermé) en voix de poitrine (qui fait redresser l'épiglotte), afin de se rendre un compte exact de l'état de la motilité. Il doit prendre pour point de repère une ligne idéale partant de l'angle antérieur des cordes vocales et dirigée dans le plan médian (ligne médiane), ligne que doivent occuper les bords libres des cordes vocales pendant la phonation, et dont elles doivent s'écarter et se rapprocher également pendant les mouvements inspiratoires et expiratoires. Enfin il doit avoir l'habitude d'examiner des larynx normaux et bien connaître l'aspect que présente l'organe pendant la respiration et la phonation.

La constatation d'une diminution ou de l'absence de la motilité normale d'une ou des deux cordes vocales ne suffit pas à imposer à l'esprit la notion d'une paralysie, si le larynx présente des lésions organiques actuelles ou des traces de lésions anciennes et cicatricielles. En pareil cas, le rapprochement

⁽¹⁾ Les solutions de chlorhydrate de cocaïne donnent une anesthésie beaucoup plus complète lorsqu'elles sont neutres ou légèrement alcalines que lorsqu'elles sont acides. Il est donc avantageux, lorsqu'on prépare une solution de chlorhydrate dans l'eau distillée, de la neutraliser ensuite en y ajoutant de la cocaïne pure en excès; et pour conserver la solution, de placer dans le flacon un petit fragment de camphre en suspension, au lieu d'ajouter de l'acide phénique ou salicylique.

phonatoire des cordes vocales peut être entravé par la tuméfaction de la muqueuse inter-aryténoïdienne, ou la mobilité des cordes vocales ou de l'une d'elles empêchée par des lésions articulaires (arthrites, ankyloses). L'infiltration tuberculeuse diffuse peut avoir des résultats analogues. Le cancer du larynx au début, surtout lorsque le point de départ de la lésion siège profondément ou à la face inférieure d'une corde vocale, et que l'aspect de la muqueuse est encore à peine modifié, amène souvent une immobilité plus ou moins complète de la corde malade, en situation intermédiaire, due à l'infiltration carcinomateuse ou à des lésions inflammatoires des tissus voisins de la tumeur. Il ne faut pas confondre cette immobilisation mécanique avec une paralysie. Cette dernière cause d'erreur peut être quelquefois très difficile à éviter, mais les précédentes sont d'ordinaire assez facilement écartées par l'anamnèse et la constatation de lésions matérielles objectives. Je rappellerai, pour mémoire, l'asymétrie du larynx tenant à la déviation en masse de l'organe par une tumeur siégeant à son voisinage.

Le diagnostic de l'existence d'une paralysie unilatérale n'offre pas d'autres difficultés que celle, jusqu'ici insoluble quand la corde n'est pas flasque, de la différenciation de la contraction tonique générale et de la paralysie partielle : une paralysie unilatérale totale frappe l'œil à l'instant même, une paralysie unilatérale partielle se reconnaît toujours avec un peu d'attention. Quant au diagnostic des paralysies bilatérales, généralement facile lorsqu'il s'agit de paralysies de l'adduction et de la tension, il peut encore devenir impossible lorsque l'observateur doit décider, en cas d'absence ou d'insuffisance d'abduction, s'il a affaire à une paralysie ou à une parésie des dilatateurs avec type respiratoire inverse ou non, ou à des accidents spasmodiques. J'ai déjà touché à cette question à propos des paralysies hystériques. On peut être aux prises avec la même difficulté chez des tabétiques, et ici l'embarras devient infiniment plus grand, parce que chez ces malades les paralysies bilatérales des abducteurs à apparence typique sont fréquentes : on est dans l'impossibilité absolue de décider, lors d'un premier examen, s'il s'agit de spasme modéré des adducteurs avec troubles de coordination, ou de parésie des abducteurs; et l'observation répétée et prolongée des malades ne peut même pas toujours permettre au médecin de se faire une opinion. Enfin celui-ci ne doit pas oublier que chez les personnes nerveuses l'appréhension, lors d'un premier examen laryngoscopique, suffit pour produire du spasme des adducteurs ou des abducteurs pendant la respiration; dans le premier cas, lorsqu'on prie le malade de respirer largement, les cordes vocales s'écarterent mal, et peuvent même se rapprocher à l'inspiration; dans le second, lorsqu'on prie, au contraire, le sujet de respirer tranquillement, il maintient ses cordes vocales en abduction extrême. Mais alors, en général, au bout de quelques instants, tout rentre dans l'ordre, et les mouvements laryngés redeviennent normaux.

L'existence d'une paralysie laryngée une fois constatée et les caractères objectifs des troubles moteurs dûment notés, le médecin a mieux à faire que de s'attarder à la recherche d'un diagnostic précis des divers muscles plus ou moins atteints; il doit abandonner le miroir et, par un examen clinique complet de son malade et un interrogatoire bien conduit, rechercher la cause de la paralysie laryngée. Mais, quoi qu'il fasse, il ne pourra espérer y réussir toujours : dans un nombre important de cas, son enquête sera négative. La constatation d'une paralysie totale d'une corde vocale, en position médiane ou en position

intermédiaire, en l'absence de toute cause appréciable, doit toujours lui faire réserver son pronostic; car ce symptôme peut être la première manifestation bien nette de trois états morbides incurables : le *tabes*, l'*anévrisme aortique*, et le *cancer de l'œsophage*. Aussi, en présence d'un cas de ce genre, doit-il reprendre le plus minutieusement possible l'examen de son sujet à ce triple point de vue : trop souvent, il aura l'occasion de se convaincre que les troubles vocaux attribués par le malade à une simple laryngite sans importance sont dus, en réalité, soit à une maladie incurable et à durée indéterminée, soit à une affection rapidement progressive et fatalement mortelle à bref délai.

Marche et pronostic. — La marche des paralysies laryngées est essentiellement variable suivant leurs causes. Quant à leur pronostic, il faut distinguer le pronostic de la paralysie elle-même de celui de l'affection causale.

La paralysie bilatérale des dilatateurs est toujours une affection grave à cause de la constance de troubles respiratoires rendant l'hématose insuffisante, et de l'imminence, toujours à craindre, de paroxysmes dyspnéiques pouvant déterminer la mort rapide par asphyxie. Chez un assez grand nombre de malades, la dyspnée est longtemps peu accentuée, elle peut même décroître à un moment donné, et disparaître définitivement, au moins en partie, grâce à l'atrophie des cordes vocales et à la généralisation de la paralysie aux différents muscles péri-glottiques. Mais lorsque le cornage permanent est un peu accentué, lorsqu'il augmente la nuit au point d'obliger le malade à se lever, et surtout lorsque des accès de suffocations paroxystiques ont commencé à apparaître et se répètent, le pronostic devient très grave et la trachéotomie doit être faite sans plus attendre.

Le pronostic des paralysies bilatérales des constricteurs, et celui des paralysies unilatérales diverses, est intéressant pour le malade au point de vue du rétablissement de la voix. Ce qui le préoccupe avant tout, c'est de savoir si la dysphonie ou l'aphonie dont il souffre doivent disparaître, et quand ce résultat sera obtenu. Lorsqu'il s'agit d'une aphonie hystérique, le médecin peut prédire à coup sûr le rétablissement de la fonction, mais il lui est tout à fait impossible de savoir quand il aura lieu. Ainsi que je l'ai dit précédemment, certains types de paralysies laryngées hystériques sont plus tenaces que d'autres, et c'est là un élément dont on devra tenir compte. J'ai parlé de même, antérieurement, de la suppléance vocale qui s'établit dans le plus grand nombre des cas de paralysies unilatérales complètes du récurrent. On peut donc, en cas d'une paralysie de ce genre encore récente, espérer un retour de la voix, mais on ne peut le prédire à coup sûr, et encore moins préjuger du degré de la dysphonie qui persistera presque toujours. On ne peut jamais espérer, en aucun cas de ce genre, le retour de la voix chantée.

Quant au pronostic de la paralysie elle-même, j'en ai parlé en ce qui concerne la paralysie bilatérale des dilatateurs et la paralysie hystérique des adducteurs : les premières ne guérissent pas ou ne guérissent du moins que très exceptionnellement, les secondes guérissent toujours. Les paralysies diphthériques ne sont graves que par les troubles de la déglutition qu'elles entraînent; mais elles guérissent d'ordinaire assez rapidement.

Lorsqu'on a affaire à une paralysie unilatérale due à une lésion fatalement progressive (cancer de l'œsophage ou des ganglions, anévrisme, etc.), il n'y a évidemment pas lieu de penser à sa disparition; mais, d'autre part, la notion de

la curabilité de la lésion causale ne permet pas de préjuger de la curabilité de la paralysie qu'elle a déterminée. C'est ainsi qu'il est absolument impossible de savoir si une paralysie par compression disparaîtra avec cette compression même, en cas d'adénite, de tumeur du cou opérable, ou d'adénopathie syphilitique curable par le traitement spécifique. La possibilité de la guérison dépend de l'état du nerf, et cet état ne pourrait nous être approximativement dévoilé que par une exploration électrique précise, individuelle, des muscles laryngés, jusqu'ici irréalisable. En règle générale, la paralysie a d'autant plus de chance de guérir en pareil cas qu'elle est plus récente. La notion de la marche suivie par la paralysie est aussi très importante à ce point de vue : une corde qu'on a vue d'abord en position médiane, puis qu'on voit plus tard en position intermédiaire dite « cadavérique », a grande chance de rester paralysée; et cette paralysie devra surtout être considérée comme incurable, si la corde est nettement atteinte d'atrophie musculaire. Les mêmes considérations s'appliquent aux paralysies déterminées par des névrites périphériques à marche lente et progressive : si la lésion s'arrête à temps, les fonctions du nerf peuvent se rétablir, mais, à un moment donné, le trouble morbide devient définitif. Je rappellerai ici, en terminant ce qui a trait au pronostic des paralysies laryngées, que chez les ataxiques on peut observer des laryngoplégies transitoires dans quelques cas.

La question du traitement est très importante. Je n'insisterai pas sur l'importance et la nécessité du traitement causal; mais ce qu'il importe de savoir, c'est que lorsqu'on a affaire à une paralysie curable, la guérison s'obtient plus rapidement si l'on a recours à l'électrisation que par l'expectation pure et simple. Les indications du courant continu ou de la faradisation varient suivant les cas; tantôt on aura avantage à recourir à l'électrisation endo-laryngée, tantôt à la méthode percutanée. La discussion de ces indications et la description des procédés techniques des applications électriques ne sauraient trouver place ici; je me bornerai à dire que les résultats obtenus seront d'autant meilleurs que le traitement électrique aurait été plus méthodiquement fait, dans la grande majorité des cas. Mais en ce qui concerne l'hystérie, il n'est pas douteux que bien souvent les résultats de l'électrisation sont plutôt le fait de la suggestion ou de l'auto-suggestion que celui de l'effet physiologique des courants. Les guérisons obtenues chez les hystériques sont parfois tout à fait passagères; et, dans beaucoup de cas, l'électricité échoue complètement. On ne doit jamais négliger d'essayer, chez ces malades, l'administration à l'intérieur de la strychnine à doses élevées (6 à 10 milligrammes par jour); en surveillant, bien entendu, les effets du médicament. J'ai guéri bien souvent en 8 ou 15 jours, par cette méthode, des aphonies hystériques tenaces qui avaient obstinément résisté à l'hydrothérapie, à l'électricité, à la suggestion, etc. Je ne saurais donc trop en recommander l'emploi.

§ 2. — SPASMES DES MUSCLES DU LARYNX

Nous ne nous occuperons ici que des spasmes du larynx proprement dits, et nous laisserons de côté provisoirement l'étude des névroses laryngées complexes dans lesquelles le spasme glottique, tonique ou clonique, est associé à des troubles moteurs de même nature affectant le diaphragme et les muscles