

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

thoraciques en même temps que les muscles intrinsèques du larynx, comme on le voit dans le *spasme phréno-glottique des nourrissons*, et dans les diverses variétés de *toux nerveuse laryngée spasmodique*.

Limités au larynx, les *spasmes cloniques* ne sont qu'un symptôme peu important de quelques maladies des centres nerveux (sclérose en plaques, etc.); et nous ne nous y arrêterons pas. Les *spasmes toniques*, au contraire, par l'importance des symptômes qu'ils déterminent en entravant les fonctions respiratoires et vocales, méritent toute l'attention du médecin. Tantôt ils sont généralisés à tous les muscles adducteurs et tenseurs, et ils ont alors pour résultat l'occlusion plus ou moins marquée de la glotte proprement dite, qui reste fermée pendant toute la durée de la convulsion, sans permettre la pénétration normale de l'air inspiratoire et sa libre sortie à l'expiration. Les troubles respiratoires dominent alors la scène, et l'on peut, avec Juracz, désigner le phénomène sous le nom de *spasme glottique respiratoire*. Dans d'autres cas au contraire, le spasme tonique ne se produit qu'au moment de l'accommodation vocale, et lorsque le malade veut parler; mais il manque pendant l'inspiration et pendant l'expiration silencieuse: les troubles respiratoires sont nuls, alors que la voix est impossible. Il s'agit alors du *spasme glottique phonique* (*aphonie spasmodique* de Traube). Nous n'étudierons ici que la première de ces deux variétés; la seconde sera décrite dans le paragraphe consacré aux troubles de coordination des muscles du larynx, où, croyons-nous, elle trouvera mieux sa place, car elle n'est en réalité qu'un vice d'accommodation vocale de l'organe dont l'étiologie est toute différente de celle du spasme glottique vulgaire.

SPASME GLOTTIQUE DYSPNÉIQUE

SYNONYMIE. — Stridulisme, laryngisme striduleux.

Symptomatologie. — L'accès de spasme glottique débute d'ordinaire brusquement: le malade ressent une sensation de picotement ou de chatouillement qui l'oblige à quelques secousses de toux, à quelques expirations brusques successives, auxquelles fait suite une inspiration bruyante, sifflante, de longueur variable. Après quelques alternatives de ce genre, ou dès le début, la respiration ne se fait plus que par une série d'inspirations bruyantes et d'expirations courtes. L'air ne pénètre dans la poitrine qu'avec peine et au prix de violents efforts inspiratoires, le malade s'accroche aux objets qui l'entourent, de façon à chercher à fixer le mieux possible son thorax dont les mouvements se trouvent entravés; il renverse la tête en arrière en tendant la poitrine, serre souvent les arcades dentaires l'une contre l'autre, fait agir les muscles dilatateurs des ailes du nez; la face se contracte, les yeux s'ouvrent largement et se fixent, et l'angoisse devient rapidement croissante; à moins que le malade, ayant déjà souffert d'accès identiques terminés sans encombre, ne se résigne à son mal et en attende la fin sans inquiétude notable, ce qui n'est d'ailleurs pas rare, aussi bien chez les enfants que chez les adultes. A chaque inspiration, le larynx descend, les parties molles du thorax se dépriment, le *tirage* s'accuse. Après un temps variable, quelques secondes, une demi-minute, une minute ou parfois davantage, la dyspnée, qui a d'abord été en augmentant, diminue peu à peu ou brusquement; la respiration se rétablit, et le malade, le front couvert de sueur, se laisse aller au repos, et évite tout mouvement. Après

quelques secousses de toux, quelques éructations, tout rentre bientôt dans l'ordre.

La terminaison de l'accès, dans un certain nombre de cas, a lieu brusquement au moment même du paroxysme: le malade perd connaissance plus ou moins complètement, et après une obnubilation de quelques secondes, il revient à lui avec l'intégrité de ses fonctions respiratoires. Dans d'autres cas, heureusement rares, la dyspnée persiste assez longtemps pour que les symptômes d'asphyxie se montrent et augmentent rapidement d'intensité: dans ces conditions la mort peut terminer la scène rapidement, avant qu'on ait eu le temps d'intervenir par l'ouverture chirurgicale de la trachée. Dans d'autres cas enfin, le spasme glottique ne cesse pas complètement avec l'accès: les voies respiratoires restent légèrement contractées, le larynx ne s'ouvre pas largement, l'auscultation fait constater une diminution du murmure vésiculaire vraisemblablement en rapport avec du spasme bronchique concomitant; le malade reste en *imminence d'accès spasmodiques*, et cet état, interrompu par des paroxysmes dyspnéiques laryngés et laryngo-bronchiques de durée, d'intensité et de fréquence variables, peut durer plusieurs jours, une semaine et plus.

Dans les conditions ordinaires, si la cause est persistante, les accès reparaisent avec une fréquence d'abord croissante, puis à des intervalles plus rares, et disparaissent pour un temps ou définitivement. Ils se comportent en somme comme des accès d'asthme, et procèdent par attaques, chacune d'elles étant composée d'un certain nombre d'accès. Souvent ceux-ci sont plus fréquents la nuit; souvent des causes occasionnelles variables, dont nous nous occuperons à propos de l'étiologie, les font apparaître; parfois ils surviennent sans cause déterminante appréciable.

Étiologie et pathogénie. — En étudiant l'étiologie, la pathogénie et la physiologie pathologique des laryngoplégies dues à des lésions de l'appareil d'innervation du larynx, nous avons touché incidemment à celles de spasmes glottiques dus à des causes de même ordre. En effet, toute irritation légère, passagère, intermittente, de cet appareil, est susceptible de déterminer des accès de spasme de la glotte; et la paralysie ne viendra généralement que plus tard, si l'irritation aboutit à une altération inflammatoire, ou à la dégénérescence des nerfs et de leurs centres. Si la lésion est rapidement progressive, le spasme peut manquer et la paralysie apparaître d'emblée; dans le cas contraire, et surtout en cas d'irritation par des tumeurs à volume rapidement variable (adénopathie trachéo-bronchique simple par exemple), les spasmes sont fréquents, tandis qu'il est plus rare d'observer les paralysies.

Jé ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai déjà dit ailleurs (tome II, p. 741 et suivantes) du rôle du spasme trachéo-bronchique dans la genèse de la dyspnée et du tirage.

Il importe encore de remarquer que les accès de spasme glottique peuvent se produire même chez des sujets atteints d'anévrysme aortique ou de cancer de l'oesophage, et ils doivent être considérés, en pareil cas, comme des phénomènes réflexes. Il est vraisemblable en effet que l'irritation, transmise au bulbe par les fibres centripètes du bout central du récurrent lésé, est réfléchie par le centre voisin vers les filets moteurs du nerf laryngé supérieur. Cette dernière condition paraît très probable dans certains cas, particulièrement lorsqu'il s'agit de spasmes glottiques donnant lieu à des accès dyspnéiques paroxystiques