

chez les sujets atteints de paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte que j'ai observée, après la résection du récurrent, chez le tabétique opéré par M. Charles Monod et dont j'ai cité antérieurement l'observation. D'ailleurs, chez les ataxiques, la pathogénie des accidents laryngés spasmodiques, aussi bien que celle des laryngoplégies, paraît être très variable et souvent complexe.

Les accès de spasme glottique consécutifs à la présence d'un corps étranger, d'une tuméfaction œdémateuse, ou d'une accumulation de concrétions muqueuses dans la région sous-glottique du larynx, doivent encore très vraisemblablement être considérés comme des accidents réflexes ayant leur point de départ au niveau des filets sensitifs des nerfs laryngés. Dans les cas de ce genre où il existe un degré marqué d'obstruction mécanique, on a incriminé, comme cause des accès spasmodiques, l'action sur les centres bulbaires du sang désoxygéné. Il est possible que l'anoxémie puisse jouer un rôle de ce genre, mais il ne doit être qu'accessoire, car ce n'est pas qu'au larynx et aux voies aériennes qu'on voit les rétrécissements organiques se compliquer de spasmes. Lors donc que le spasme glottique se produit chez des sujets ayant un polype volumineux de la région sus-glottique du larynx, c'est encore à une action réflexe qu'il faut attribuer les accidents dyspnéiques paroxystiques; et, en pareil cas, le point de départ du réflexe siège au niveau des terminaisons sensitives du laryngé supérieur, comme lorsque le spasme est déterminé par un corps étranger sus-glottique, une inflammation diffuse intense du vestibule laryngé, le contact de vapeurs âcres ou irritantes, de substances caustiques ou simplement d'instruments introduits dans le larynx dans un but thérapeutique.

Chez les névropathes et les hystériques, on observe encore assez souvent des spasmes glottiques réflexes à points de départ plus ou moins éloignés du larynx : ils peuvent survenir ainsi à l'occasion des lésions du pharynx, des fosses nasales surtout, et parfois aussi consécutivement à des troubles gastro-intestinaux ou utéro-ovariens. Les hystériques peuvent en outre présenter du spasme laryngé qu'il n'est pas possible d'attribuer à une lésion déterminée quelconque et qu'on doit considérer comme un accident d'origine centrale : il n'est pas rare en effet d'observer chez ces sujets des spasmes glottiques violents à la suite d'une émotion, d'une contrariété, d'une cause banale ou insignifiante, ou même sans cause appréciable.

Je ne ferai que signaler ici le spasme glottique qu'on observe dans la coqueluche, celui qui se produit constamment au moment de la grande attaque épileptique, etc. La pathogénie de cet accident est complexe ou inconnue dans ces divers cas, et il est inutile d'y insister.

Quelle que soit sa cause déterminante, le spasme de la glotte se produit de préférence chez des gens nerveux : accident le plus souvent d'origine réflexe, il est d'autant plus fréquent que les sujets ont eux-mêmes une hyperexcitabilité réflexe générale plus accusée : c'est un des accidents les plus communs des névropathes dits « spasmodiques ». Indépendamment de la prédisposition constitutionnelle et de celle, douteuse d'ailleurs, que paraît présenter le sexe féminin, l'âge est un facteur étiologique d'une importance considérable. Les jeunes enfants, surtout jusqu'à l'âge de 7 ans, sont infiniment plus exposés que les adultes au spasme glottique. Ce fait ne tient pas seulement à ce que les jeunes sujets sont atteints de préférence des principales affections prédisposantes (obstruction nasale et naso-pharyngienne par des tumeurs adénoïdes, adénopathie trachéo-bronchique simple, post-coquelucheuse, post-rubéolique, etc.), mais encore à des conditions de prédisposition particulières à cet âge : chez eux, la moindre

laryngite a tendance à gagner la région sous-glottique du larynx et amener ce que Bretonneau appelait si justement « l'encliffement des cordes vocales », en prenant la forme spasmodique.

**Diagnostic.** — Lorsque le médecin se trouve en présence d'un malade ayant déjà présenté plusieurs accès de spasme glottique, le diagnostic se fait aisément par l'anamnèse et les renseignements donnés par les personnes de l'entourage. Mais encore faut-il rechercher tout de suite la cause possible des accidents. Lorsqu'on a affaire à un enfant surtout, il importe de savoir immédiatement si l'on a affaire à un spasme glottique purement névropathique, ou si celui-ci est au contraire symptomatique d'une lésion du larynx, soit d'un corps étranger, soit d'une laryngite. En cas de corps étranger, les commémoratifs éclairent le médecin. En cas de laryngite, la question est grave; il s'agit de savoir si l'on a affaire à une laryngite spasmodique simple ou au croup. Je ne reviendrai pas ici sur cette question de diagnostic différentiel, que j'ai étudiée antérieurement au chapitre *Croup*, dans le volume précédent de cet ouvrage. Je me bornerai à insister sur les services énormes que rend l'examen laryngoscopique, aussi bien chez les enfants, lorsqu'il est possible, que chez les adultes, et sur la nécessité de procéder à l'anesthésie locale du pharynx à l'aide de la cocaïne, avant de pratiquer cet examen, précaution sans laquelle on court le risque de provoquer un accès.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade en plein accès dyspnéique, le tableau symptomatique qu'on a sous les yeux ne peut guère laisser place au doute, tant il est caractéristique; cependant, dans certains cas, il est important de se rendre compte que l'obstacle à la respiration siège bien au niveau du larynx, et qu'il n'est pas dû à une compression ou à un rétrécissement de la trachée. En cas d'anévrysme de l'aorte, par exemple, la solution de cette question préalable s'impose, car elle commande celle de l'opportunité de la trachéotomie lorsque l'asphyxie est menaçante. On se rappellera que dans le cas de dyspnée trachéale, on n'observe pas pendant le tirage le mouvement d'abaissement en masse du larynx, à l'inspiration, qui ne fait jamais défaut dans le cas contraire. De plus, le stridulisme inspiratoire est sifflant et bitonal dans le cas de dyspnée trachéale; le malade, au lieu de renverser la tête en arrière, a plutôt tendance à la pencher en avant; enfin la voix n'est pas altérée, mais seulement plus faible qu'à l'état normal, au lieu d'être étouffée comme dans le spasme glottique. D'ailleurs, sauf en cas de corps étranger volumineux, la dyspnée trachéale s'installe progressivement et ne débute pas subitement comme l'accès de spasme glottique. En tout cas, l'examen laryngoscopique lèvera les doutes, s'il en existe. Si cet examen fait constater que la muqueuse du larynx est normale, mais que pendant la respiration, les cordes vocales restent en position médiane, rigides et tendues, ne laissent passer l'air inspiratoire qu'à grand-peine et en vibrant, et sont légèrement soulevées, au niveau de leurs bords libres et à leur partie moyenne surtout, par le courant d'air expiratoire, il s'agira évidemment d'un spasme de la glotte, et toutes les affections laryngées capables d'amener de la dyspnée se trouveront éliminées du même coup. Mais il sera indispensable, lorsque la respiration reste tant soit peu difficile en dehors des accès, de pratiquer de nouveau l'examen du larynx à ce moment, afin de savoir s'il ne s'agit pas d'une paralysie des dilatateurs. Nous avons déjà vu que la question n'est pas toujours facile à élucider, et que souvent le diagnostic entre le spasme modéré persistant et cette forme de paralysie bilatérale peut rester en suspens.

Un examen clinique complet du malade peut seul permettre de faire le diagnostic causal, lorsque le spasme ne dépend pas d'une affection intra-laryngée. On ne négligera pas, dans les cas où l'examen du médiastin et des centres nerveux serait négatif, de s'enquérir de l'état des fonctions digestives et génitales; on ne devra pas non plus oublier d'examiner les fosses nasales, car la pituitaire est bien souvent le point de départ des spasmes réflexes. La constatation d'une hyperémie marquée de cette région, le retour du spasme lorsqu'on titille la pituitaire avec une sonde, sa cessation presque immédiate après un badigeonnage intra-nasal à la cocaïne, permettront de faire un diagnostic exact.

**Pronostic.** — Il est rare que l'accès de spasme glottique se termine par la mort du malade, sauf dans les cas de paralysies des dilatateurs, ou chez les sujets atteints d'accidents bulbaires. Cependant on a vu des hystériques atteints de dyspnée laryngienne d'une intensité telle, que la trachéotomie a dû être pratiquée d'urgence. En dehors de ces cas exceptionnels, le pronostic du spasme glottique dépend beaucoup plus de sa cause que des effets immédiats du symptôme lui-même; il est donc, suivant celle-ci, extrêmement variable.

**Traitement.** — Je ne m'occuperai pas ici du traitement causal, mais bien seulement du traitement propre à arrêter l'accès, ou tout au moins à diminuer son intensité et sa durée. Les moyens locaux les plus efficaces sont les pulvérisations de cocaïne dans les fosses nasales et dans la gorge; les applications de compresses imbibées d'eau très chaude au devant du cou; ou encore l'application d'un petit sac de glace sur la nuque. Les pulvérisations cocaïnées doivent être faites très discrètement et avec des solutions très faibles (2 pour 100), si l'on veut éviter l'intoxication, surtout chez les enfants. Les compresses chaudes doivent être renouvelées et laissées en place quelque temps; tandis que le sac de glace doit être enlevé au bout d'une demi-minute ou une minute. Si ces moyens locaux échouent, et que la dyspnée soit assez intense pour faire vaincre l'asphyxie, il faut avoir recours à la chloroformisation: dans certains cas, surtout chez les hystériques, ce moyen est presque infaillible, et la respiration se rétablit immédiatement; mais parfois aussi les accidents disparaissent dès que l'anesthésie a cessé, et il faut y revenir à plusieurs reprises. La trachéotomie est une ressource ultime: avant d'y recourir, on devra essayer du tubage de la glotte, en prenant, bien entendu, toutes les précautions possibles pour ne pas léser la muqueuse laryngée.

#### § 5. — TROUBLES DE COORDINATION DES MUSCLES DU LARYNX

J'ai déjà signalé les troubles des mouvements laryngés respiratoires dépendant d'une perversion momentanée de l'innervation motrice, et déterminant, chez des personnes saines mais nerveuses et impressionnables, le « type respiratoire inverse », c'est-à-dire le rapprochement anormal des cordes vocales à l'inspiration, pendant l'examen laryngoscopique. Ce phénomène, ainsi que nous l'avons vu aussi, peut s'observer d'une façon constante, chez les malades atteints de parésie ou de paralysie des dilatateurs, et notamment chez les tabétiques.

Chez certains ataxiques on observe aussi des troubles moteurs laryngés particuliers, répondant assez bien à ce que Prosser James a décrit sous le nom de « bégayement des cordes vocales ». Lorsque, pendant l'examen laryngoscopique, on invite le malade respirant tranquillement à émettre un son, les cordes vocales, au lieu d'exécuter un mouvement d'adduction continu pour prendre la position médiane, n'y arrivent qu'après une série d'oscillations asymétriques et irrégulières, c'est-à-dire d'écartements et de rapprochements successifs. J'ai observé également ce phénomène chez deux paralytiques généraux, et chez un malade de M. Dejerine atteint de pseudo-paralysie générale syphilitique.

Dans les formes graves de chorée de Sydenham, le larynx n'échappe pas aux troubles moteurs qu'on constate ailleurs. Mais il est difficile de dire ce qui appartient particulièrement au larynx dans les troubles vocaux observés en pareille circonstance, et de distinguer les symptômes laryngés de ceux qui relèvent des convulsions du diaphragme et des muscles thoraciques.

Les troubles de coordination des muscles laryngés les plus intéressants sont ceux qui atteignent certains sujets névropathes ou de souche névropathique en affectant des formes cliniques particulières leur donnant la physionomie de névroses spéciales. Telles sont l'*aphonie spasmodique* dont la forme atténuée prend le nom de *dysphonie spasmodique*, la *dysphonie nerveuse chronique*, la *voix eunuchoïde*.

**Aphonie spasmodique.** — L'*aphonie spasmodique* (ou *spasme phonique*) s'observe presque exclusivement chez des institutrices ou des professeurs, des prédicateurs, des orateurs ou des comédiens, et, en général, chez des personnes obligées par leur profession à faire journellement de leur voix un usage prolongé. Mais il n'atteint guère que des personnes nerveuses, et souvent des hystériques. Le trouble laryngé consiste en une impossibilité plus ou moins constante et absolue d'émettre un son vocal, parce qu'au moment où le malade veut parler, le larynx se contracte en totalité et se ferme énergiquement. Le laryngoscope montre qu'en pareil cas il ne s'agit pas seulement d'une adduction et d'une tension exagérées des cordes vocales, mais encore d'une constriction de l'entrée du larynx semblable à celle qui se produit normalement dans l'effort: les muscles de Rüdinger siégeant dans l'épaisseur des cordes supérieures se contractent énergiquement et déterminent le contact de la partie moyenne des bords libres de ces diaphragmes musculo-membraneux; en même temps que les muscles thyro-ary-épiglottiques rapprochent l'un de l'autre l'épiglotte et la région aryténoïdienne et réalisent l'occlusion complète du vestibule glottique. Non seulement aucun son n'est émis, mais il n'y a même pas de chuchotement; l'air ne sort pas, et tant que le malade continue son effort d'émission vocale, les choses restent dans le même état, à tel point que la face rougit et se cyanose. Dès que l'effort vocal cesse, le larynx se relâche, et la respiration se fait librement. Dans quelques cas, pendant le spasme phonique, on observe quelques légers mouvements convulsifs des muscles innervés par la branche externe du spinal, et parfois aussi des muscles de la face, et le tableau se rapproche alors notablement de celui qu'on observe chez certains bégues, mais ces convulsions manquent le plus souvent.

Dans les cas moins sévères (*dysphonie spasmodique*), le spasme phonique est moins marqué et moins généralisé; il porte seulement sur les adducteurs et les tenseurs des cordes vocales; la voix peut être possible, et seulement faible et