

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

sourde, ou au contraire stridente (*spasme des tenseurs* de Morell-Mackenzie) : mais le malade ne peut parler longtemps sans fatigue, même à voix chuchotée. Certains malades enfin ne souffrent pas de ces accidents d'une façon constante : ils peuvent tenir assez convenablement, ou même normalement une conversation interrompue ordinaire, et les troubles laryngés ne surviennent que pendant l'exercice professionnel de la voix. A peine ont-ils parlé quelques minutes dans ces conditions, qu'une sensation d'étranglement, de constriction gutturale graduellement croissante, apparaît, et les réduit bientôt au silence (1). Il importe d'ailleurs de remarquer que l'aphonie spasmodique débute en général de cette façon, et ne devient absolue que progressivement ; mais les choses peuvent s'arrêter en route, de façon que l'affection réponde à l'un des trois types décrits ci-dessus.

Ces troubles nerveux peuvent être considérés comme de véritables névroses professionnelles ; elles sont, par exemple, tout à fait analogues à la crampe des écrivains. Leur pronostic, au point de vue du retour à la normale de la fonction compromise, est également détestable. On obtient bien, par le repos prolongé et en même temps les antispasmodiques, l'hydrothérapie, etc., des améliorations manifestes, mais les résultats obtenus ne sont que passagers et les récidives presque fatales, en dehors de certains cas se rapportant à des hystériques, et chez lesquels le début des accidents a été brusque, sans que les fatigues professionnelles y aient joué un rôle prédominant.

Dysphonie nerveuse chronique. — Sous le nom de *dysphonie nerveuse chronique*, M. Brissaud (2) a décrit récemment un trouble de la phonation tout spécial, à physionomie nettement tranchée, et relevant directement d'une prédisposition névropathique presque toujours héréditaire. Le caractère particulier et caractéristique de l'affection est qu'elle est en quelque sorte congénitale, dure toute la vie, et constitue à proprement parler, plutôt qu'une maladie, une manière d'être de l'individu qui en est atteint. Dès sa première enfance, il a une voix rauque, le plus souvent de tonalité abaissée, à timbre désagréable, cuivré, enrroué ou voilé (*voix de rogomme*) ; la mue ne fait qu'aggraver momentanément les troubles vocaux, et quand le développement du larynx est achevé, la voix redevient, à l'acuité près, ce qu'elle était dans l'enfance, ou conserve les caractères de la voix de fausset enrrouée.

L'examen laryngoscopique montre qu'il s'agit de troubles de l'accommodation musculaire vocale, et donne des résultats variables d'un jour à l'autre et même d'un instant à l'autre chez le même sujet : les cordes se tendent inégalement, mais c'est tantôt l'une, tantôt l'autre, dont la tension se montre insuffisante. De plus, chez les individus à voix de fausset enrrouée, l'adduction des cordes, au niveau des apophyses vocales, est trop faible.

Chez un certain nombre de ces sujets, l'éducation de la voix donne quelques résultats : ils peuvent arriver à déclamer, parfois même à chanter, avec une voix

(1) B. Fränkel a décrit, sous le nom de *mogiphonie*, des accidents analogues se produisant dans les mêmes conditions, mais aboutissant à l'aphonie à la suite d'une sensation de fatigue, d'impuissance vocale, graduellement et rapidement croissante. Mais ses malades n'avaient pas de spasme phonique ; au contraire, l'adduction des cordes vocales n'était plus qu'ébauchée. Je pense qu'à côté de la *mogiphonie* de Fränkel qu'on pourrait dénommer *mogiphonie paralytique*, il y a lieu de décrire comme une *mogiphonie spasmodique* le trouble moteur que je signale ici. Plusieurs observations répondant à ce type ont été publiées déjà par divers auteurs, et j'en ai moi-même rapporté un cas (*Archives de laryngologie*, 1888).

(2) BRISSAUD, De la dysphonie nerveuse chronique ; *Archives de laryngologie*, 1890, n° 1.

à peu près normale, mais la voix parlée ordinaire reste constamment défectueuse.

Voix eunuchoïde. — Je ne dirai ici que quelques mots de la *voix eunuchoïde*, parce qu'elle ne reconnaît pas seulement pour cause un trouble de l'accommodation vocale des muscles du larynx dans la majorité des cas, et que le plus souvent elle est le résultat d'un arrêt, d'une insuffisance ou d'une irrégularité de développement du larynx au moment de la puberté. Elle s'observe chez des sujets qui n'ont présenté aucun trouble vocal dans l'enfance, mais chez lesquels, à la fin de l'adolescence, la voix n'a pas mué. Au lieu de se modifier et de s'altérer plus ou moins à cette époque, pendant quelques mois, pour prendre ensuite ses caractères définitifs, elle a conservé la tonalité aiguë de la voix de fausset infantile, et elle reste plus élevée d'une octave environ que chez les adultes de même stature et de même sexe que le sujet. C'est chez l'homme surtout que cette condition est fâcheuse, car elle le rend toujours plus ou moins ridicule et lui défend l'exercice d'un bon nombre de professions.

Dans un certain nombre de cas, il ne s'agit que d'une *mue tardive* ; à un moment donné, vers 18 ou 20 ans, la voix se modifie d'elle-même, elle devient d'abord inégale ; le sujet parle tantôt en voix de fausset, tantôt en voix de poitrine, et après quelque temps, il finit par prendre une voix normale qu'il conserve ensuite. Chez d'autres, au contraire, la *voix eunuchoïde* n'a aucune tendance à se modifier, et persiste indéfiniment.

Bon nombre de ces derniers cependant peuvent acquérir une voix à peu près normale, s'ils sont soumis à une gymnastique vocale spéciale qui a été soigneusement réglée par Bruns, Fournié, et plus récemment par M. Garel (1) : ce sont ceux qui possèdent un larynx dont les dimensions ne sont pas exagérément petites, et qui doivent surtout leurs troubles vocaux à un vice d'accommodation phonique de la glotte que révèle l'examen laryngoscopique. Les autres ne retirent aucun bénéfice de ces exercices, qui peuvent même leur donner une voix rauque et inégale plus désagréable encore que celle qu'elle remplace.

§ 4. — NÉVROSES

1° SPASME PHRÉNO-GLOTTIQUE DES NOURRISSONS

SYNONYMIE. — Asthme de Kopp ou de Millar. — Convulsion interne.

Nous ne décrivons ici cette maladie que pour nous conformer à l'usage établi par les auteurs classiques, car il n'existe aucune raison qui invite à la considérer comme une affection du larynx. En effet, spéciale aux nouveau-nés et à la première enfance, et procédant par accès, elle est caractérisée par un spasme tonique simultané de la glotte, du diaphragme et des muscles thoraciques accompagné ou suivi le plus souvent par des convulsions toniques des extrémités ; elle doit donc, de toute évidence, rentrer dans le cadre de l'éclampsie infantile, dont elle n'est en réalité qu'une forme clinique particulière. Il est vraisemblable que si cette névrose a été jusqu'ici étudiée avec les maladies du larynx, c'est parce qu'on a confondu sa description avec celle de certaines

(1) GAREL, *Province médicale*, 1886.