

asphyxie. Dans d'autres cas, il succombe à une maladie aiguë intercurrente, pendant le cours de laquelle les accès spasmodiques font ordinairement défaut. La guérison est rare dans les formes graves, où les accès sont fréquents et intenses; mais elle se voit dans un bon nombre de cas où la maladie présente une forme atténuée et relativement bénigne.

Le pronostic est toujours très grave cependant, car plus des deux tiers des malades succombent; et ceux qui guérissent restent longtemps exposés à des accidents convulsifs de divers ordres. D'après Lorent, les guérisons s'observeraient plus fréquemment chez les petites filles.

Étiologie. — Le spasme phréno-glottique atteint presque exclusivement les enfants à la mamelle: il est rare avant le deuxième mois, exceptionnel après le dix-huitième et surtout à partir de la deuxième année. Il est environ deux fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Il atteint de préférence les enfants délicats, mal nourris, sevrés prématurément ou soumis à un allaitement artificiel mal réglé, et prédisposés par l'hérédité aux névroses convulsives. Le rachitisme est une cause prédisposante sur l'importance de laquelle Rilliet et Barthez ont justement appelé l'attention. Les relevés statistiques de Gée (48 rachitiques sur 50 cas) et de Henoch (45 sur 61) sont particulièrement démonstratifs. Il n'est pas rare de voir le spasme atteindre successivement plusieurs enfants de la même famille. L'influence de la dentition est douteuse. La maladie est plus fréquente dans les pays froids et humides. Elle apparaît surtout pendant l'hiver, ou plutôt à la fin de l'hiver, en mars particulièrement.

Les opinions anciennes attribuant la maladie à l'hypertrophie du thymus, du corps thyroïde ou des ganglions cervicaux ou bronchiques, au cranio-tabes même, à la persistance du trou de Botal, etc., ne présentent plus aujourd'hui qu'un intérêt purement rétrospectif. Les résultats négatifs ou contradictoires des nécropsies ont montré surabondamment qu'elles ne reposaient sur aucun fondement positif, et que la maladie, comme le donne à penser son évolution clinique, n'est bien qu'une forme de l'éclampsie.

Diagnostic et traitement. — Il importe de distinguer le spasme phréno-glottique du spasme isolé du larynx, celui-ci pouvant survenir chez les enfants âgés de quelques mois, aussi bien que chez les sujets plus âgés, sous l'influence de causes diverses. Le plus souvent, les renseignements donnés par les parents sont insuffisants et ne permettent pas au médecin de se faire une opinion ferme; mais pour peu qu'il lui arrive d'assister à un accès, il ne pourra manquer de reconnaître qu'il a affaire à une convulsion interne. L'apnée au milieu de l'inspiration, suivie d'une série de petites inspirations successives sifflantes, bruyantes, très courtes, identiques à des secousses de hoquet, est déjà tout à fait caractéristique; la concomitance de contractures tétaniques des extrémités ne laisse plus aucune place au doute.

Le traitement est avant tout hygiénique; l'enfant doit être maintenu au repos dans le calme; les fonctions digestives doivent être attentivement surveillées; l'aération de l'habitation où il séjourne doit être assurée. Le transport des enfants de la ville à la campagne donne parfois des résultats inattendus. On a prescrit, sans grand succès, tous les antispasmodiques; le musc, à la dose de 5 à 10 centigrammes, paraît avoir été utile à Salathé et à Bouchut. Les accès ont une durée d'ordinaire si courte, qu'il n'y a pas souvent possibilité de les com-

battre par des moyens spéciaux. En cas d'accès subintrants, les inhalations de chloroforme peuvent cependant être utiles.

2° TOUX NERVEUSE LARYNGÉE

La dénomination de *toux nerveuse laryngée* ne peut s'appliquer exactement, à mon avis, qu'aux cas dans lesquels le point de départ du réflexe est le larynx lui-même, sans que cet organe présente cependant aucune altération locale. La toux nerveuse laryngée ne peut donc résulter que de l'hyperesthésie, ou mieux de l'hyperexcitabilité réflexe de la muqueuse du larynx; et c'est évidemment par abus de langage qu'on a désigné sous le même titre des accès de toux spasmodiques qui surviennent sous l'influence de lésions irritatives de l'appareil d'innervation laryngien. Ainsi comprise, la toux nerveuse laryngée est une affection rare, dont l'étiologie la plus fréquente est une hyperesthésie de la muqueuse laryngée ayant survécu à une inflammation catarrhale antécédente, condition qui s'observe à peu près exclusivement chez des personnes nerveuses, irritables, anémiques, dyspeptiques et hypocondriaques.

La toux, dans ces conditions, ne présente aucune particularité spéciale, et c'est par l'anamnèse et par exclusion seulement qu'on peut la différencier des différentes variétés étiologiques de toux nerveuses réflexes à points de départ pharyngé, nasal, auriculaire, gastrique, hépatique ou utérin. Chaque malade tousse à son heure; le matin, le soir ou dans la journée; souvent à cause de ses conditions d'existence et des occasions qu'il a d'exposer son larynx à une irritation quelconque déterminant l'apparition des quintes de toux. Il s'agit toujours de quintes de toux sèche de durée et d'intensité variables, provoquées par une sensation de démangeaison ou de picotement au niveau du larynx sans expectoration, et laissant à leur suite une sensation de piqûre persistant un temps variable et rendant la phonation fatigante ou même douloureuse. L'affection a une durée indéterminée; mais elle guérit le plus souvent au bout de quelques mois. Sa disparition est graduelle, elle peut être entrecoupée de périodes d'aggravation avant de devenir définitive. Les récurrences sont fréquentes.

Le diagnostic de cette toux laryngée nerveuse est toujours très délicat. Lorsqu'elle dure depuis quelque temps, elle peut coïncider avec une congestion plus ou moins marquée de la région interaryténoïdienne, et l'on peut être tenté de considérer à tort cette hyperémie comme la cause de la toux, alors qu'au contraire elle n'en est souvent que la conséquence. La constatation d'une hyperémie de la muqueuse trachéale doit faire penser à certaines formes de *trachéite* subaiguës, prolongées, mais en pareil cas, l'expectoration de crachats muqueux fait rarement complètement défaut. L'hypertrophie et l'inflammation des *follicules lymphatiques de la base de la langue*, l'*amygdalite chronique* scléreuse ou lacunaire, la *mycose leptothrixique* amygdalienne et périlaryngée, sont des causes fréquentes de toux tenaces qu'il faut se garder aussi de méconnaître. Je n'insiste pas sur le diagnostic des autres variétés de toux réflexe à points de départ divers, sur l'adénopathie trachéo-bronchique, etc. Quant à la *toux hystérique*, qu'elle ait apparu comme un symptôme isolé de la névrose, ou qu'elle coïncide avec des manifestations choréiformes de même nature, elle se présente toujours sous l'aspect de l'un ou de l'autre de quelques types tellement spéciaux, tellement particuliers et caractéristiques, qu'elle ne saurait être

méconnue par le médecin familiarisé avec les symptômes de l'hystérie. Mais il y a à distinguer entre la *toux hystérique spontanée*, d'origine évidemment centrale, et la *toux des hystériques* d'origine périphérique. Une lésion laryngée ou pharyngée peut être capable, chez un hystérique, de provoquer une toux dont les caractères ne différeront pas notablement de la toux hystérique spontanée, mais qui serait susceptible de disparaître avec la cause locale qui a déterminé son apparition. Il ne faut pas cependant s'exagérer l'importance de cette distinction; car en pareil cas la toux peut parfaitement survivre à la cause qui l'a provoquée, de même qu'elle peut disparaître sans que celle-ci ait subi aucune modification.

Aujourd'hui que l'hystérie est de mieux en mieux connue, que sa fréquence chez l'homme n'est plus douteuse, que l'existence de l'hystérie monosymptomatique est prouvée par la connaissance des divers stigmates caractéristiques dont la recherche éclaire le diagnostic dans les cas douteux, il n'y a plus lieu d'admettre l'existence de l'affection décrite en 1879 par Schrötter sous le nom de *chorée laryngée*. La description de Schrötter se rapporte sans aucun doute à des cas de *toux hystérique*; et les caractères différentiels qu'il a invoqués pour l'en séparer sont absolument illusoire. Il est donc à souhaiter que la dénomination de chorée laryngée, qui d'ailleurs a été appliquée à divers autres troubles moteurs laryngés, n'ayant non plus rien de commun avec la chorée, soit définitivement abandonnée.

Le traitement de la toux nerveuse est une tâche extrêmement ingrate, lorsqu'on ne peut découvrir l'existence d'aucune cause locale, voisine ou éloignée, dont on puisse soupçonner l'action. Les inhalations, pulvérisations, gargarismes, ainsi que les applications topiques de médicaments émoullissants, anesthésiques et autres, sont presque constamment inutiles; l'administration, même prolongée, des antispasmodiques à l'intérieur, des bromures alcalins, par exemple, est le plus souvent impuissante, quelle que soit la dose prescrite; et les narcotiques, tels que la belladone ou l'opium, si efficaces lorsque la toux est d'origine bronchique, ne réussissent pas davantage. La seule médication réellement utile, et qui donne, dans la moitié des cas au moins, des résultats rapides et certains, est l'administration de la strychnine à haute dose. J'ai déjà appelé l'attention⁽¹⁾ sur la valeur de cette méthode de traitement, qui m'a été enseignée par mon maître le professeur Ch. Bouchard. Elle réussit particulièrement bien chez les hystériques; et même en cas de toux hystérique spontanée, elle amène souvent en quelques jours la disparition d'accidents qui avaient résisté à l'usage prolongé des bromures et de l'hydrothérapie. On donne d'emblée 6 milligrammes de sulfate de strychnine par jour, et on augmente d'un milligramme tous les deux jours jusqu'à 8 ou 9 milligrammes, en surveillant l'action du médicament pour diminuer la dose au besoin. On continue cette médication pendant 10 ou 12 jours, et on la suspend ensuite pour la reprendre, au bout d'une semaine de repos. Mais, dans la très grande majorité des cas, lorsque le succès est obtenu, il est rapide: au bout de 5 à 6 jours la toux diminue, et au bout de 8 à 12 jours elle disparaît. Si la strychnine ne donne rien au bout de 3 ou 4 semaines, on doit se résigner à l'abandonner. Dans quelques cas rebelles de ce genre, le changement d'air, le séjour à la campagne ou dans les montagnes, font parfois disparaître tous les symptômes en quelques jours ou quelques semaines.

(1) Archives de laryngologie, 1889, page 205.

5° VERTIGE LARYNGÉ — ICTUS LARYNGÉS — APOPLEXIE LARYNGÉE

M. Charcot a décrit pour la première fois, en 1876, une névrose rare et singulière, essentiellement caractérisée par une sensation subite, imprévue, de chatouillement au niveau du larynx, provoquant quelques secousses de toux spasmodique et immédiatement après un ictus apoplectiforme. Au moment de l'ictus, la face rougit; et pendant la perte de connaissance, qui est complète, il y a quelquefois des convulsions épileptiformes partielles. Mais cet état est de très courte durée; au bout de quelques secondes, le malade revient à lui instantanément, avec la pleine possession de sa puissance intellectuelle, sans trace d'hébétude et d'amnésie, absolument comme s'il ne s'était rien passé. Chez quelques sujets on peut observer des accès avortés; la perte de connaissance manque, et est remplacée par une simple sensation vertigineuse.

Depuis les premières publications de M. Charcot, de nouvelles observations de vertige laryngé ont été publiées; mais elles sont encore assez peu nombreuses⁽¹⁾. Encore faut-il remarquer que parmi les cas connus jusqu'ici, il en est un bon nombre qui paraissent avoir trait, soit à des épileptiques à auras laryngées, soit à des tabétiques ou à des névropathes souffrant d'accès de spasme glottique se terminant par une perte de connaissance, et qui ne répondent que très imparfaitement au type clinique décrit par M. Charcot. Ce sont des cas d'*ictus laryngés*, et non de *vertige laryngé*, cette dernière dénomination devant être réservée à une variété spéciale d'ictus laryngé indépendante de l'épilepsie essentielle aussi bien que du tabes.

L'*épilepsie à aura laryngée* a des caractères spéciaux qui la distinguent; qu'elle évolue sous la forme vertigineuse ou convulsive, l'attaque a une physiologie propre qui en décèle la nature. La pâleur immédiate de la face, l'hébétude et la sensation de malaise consécutives suffisaient seules à fixer le diagnostic dans certains cas; dans d'autres, au contraire, les difficultés peuvent être assez grandes pour que quelques auteurs aient été amenés à considérer le vertige laryngé comme un accident épileptique. C'est là, d'ailleurs, une opinion que mes observations personnelles me font résolument rejeter.

Chez les personnes sujettes aux accès de *spasme glottique* d'origine purement dynamique, indépendants de toute lésion de l'appareil d'innervation laryngé, tels que ceux qu'on observe de temps en temps chez des individus nerveux ou de souche névropathique à la suite de poussées hyperémiques ou de lésions inflammatoires ou autres de la muqueuse nasale, on voit assez souvent l'accès se terminer brusquement au moment de son acmé par un ictus apoplectiforme: le malade, dont la face est devenue rouge et turgescence, perd connaissance et peut tomber comme sidéré s'il n'est pas assis ou soutenu; mais au bout de quelques secondes, une seconde au plus quelquefois, il revient complètement et immédiatement à lui, en même temps que la cyanose disparaît et que la respiration reprend son fonctionnement normal. J'ai publié⁽²⁾ plusieurs cas

(1) On trouvera la plupart des indications bibliographiques relatives à cette question dans le mémoire de M. WEIL, *Province médicale*, 1887, et dans le travail plus récent de M. CARTAZ, *Archives de laryngologie*, 1889. — Voyez aussi BOTEY, *Revue de laryngologie*, 1889, et *Archivos internacionales de laringología*, Barcelone, 1891. — ROQUER, *Revista de laringología*, Barcelone, 1891. — RUAULT, *Journal de méd. de Paris*, 1892.

(2) *Archives de laryngologie*, 1888, p. 289 et suivantes.