

Vrai ou faux asthme ?

Nous allons aborder ici une curiosité.

L'asthme est une dyspnée expiratoire, la cause est entendue.

Pourtant, j'ai pu constater sur bien des sujets qu'il n'en était pas toujours ainsi.

Je vais citer un cas qui m'a posé problème pendant des années :

- ce patient était sujet à de violentes crises d'asthme lorsque je l'ai vu pour la première fois. Après quelques séances, l'on peut dire que ses symptômes avaient régressés de près de 90%. Il ne lui était plus nécessaire d'utiliser régulièrement ses médicaments habituels. Travaillant dans un milieu pourtant très chargé en poussières il n'avait plus aucune manifestation allergique mais dès qu'il était couché, il était pris de toux et voyait apparaître une crise "d'asthme".

Ses étages thoraciques ne présentaient aucune restriction de mobilité articulaire et il n'existait aucune sub-luxation chondro-costale résiduelle.

Cette personne venait (gratuitement) une fois par an pour bénéficier des améliorations portées à mes techniques et je ne l'avais jamais vu en état de crise, jusqu'au jour où :

- lors d'une palpation effectuée pour contrôler la position de sa première cervicale, je lui provoquais une violente crise de toux dispnéisante qui m'obligea à le faire asseoir car il s'étouffait réellement.

Intrigué par cette réaction, je constatai, à ma

grande surprise, que sa dyspnée n'était pas expiratoire mais **inspiratoire** !

Je me souvenais alors avoir lu dans l'ouvrage de Guy Lazorthes (le système nerveux péri-phérique) qu'il signalait

- "*le réflexe de la toux produit par l'excitation de la membrane du tympan et de la partie profonde du conduit auditif externe passe dans son arc afférent par la branche tympanique (nerf de Jacobson).*"

Il me vint alors l'idée de toucher son conduit auriculaire à l'aide d'un coton tige :

- même réaction violente de toux.

Cette personne avait ce réflexe dès l'entrée du conduit auditif externe.

Je procédais alors à la levée de la restriction articulaire de sa première cervicale, puis renouvelai le test du coton tige et constatai avec surprise qu'**il ne se produisait plus de réflexe de toux.**

Par la suite, ce sujet n'a plus fait aucune "crise d'asthme".

Depuis cette découverte, je pratique systématiquement ce test et constate qu'il existe un certain nombre de sujets qualifiés "d'asthmatiques" qui présentent non pas une dyspnée expiratoire mais inspiratoire, toujours précédée de paresthésies pharyngées et de toux assez violente.

Il m'est possible, aujourd'hui, de préciser que ce réflexe de toux, produit par l'excitation du conduit auditif externe, n'est présent que dans les cas où il existe une restriction articulaire importante du premier étage cervical.

Chez un sujet normal, il n'existe pas.

Pour en savoir un peu plus, relisons ce que dit Guy Lazorthes au sujet du nerf sensitif du conduit auditif externe et du X :

- "le rameau sensitif du conduit auditif externe s'anastomose avec le pneumogastrique (nerf du 4^e arc branchial).

- "le X^e nerf crânien est un nerf mixte somatique et viscéral. Par ses fibres sensitives, il innerve une partie de la peau du conduit auditif externe et la muqueuse de la partie inférieure du pharynx et de tout le larynx."

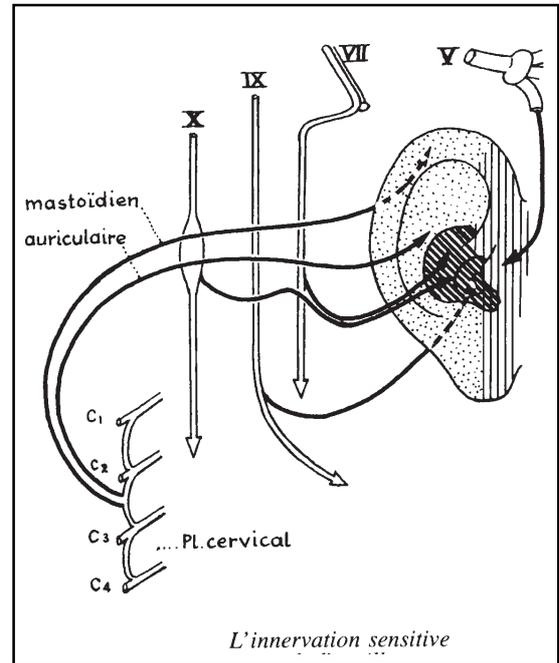
- "Par ses fibres neurovégétatives, afférentes et efférentes, il innerve la trachée, les bronches et les poumons."

- "Territoire sensitif du X : zone cutanée rétro-auriculaire du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe. Une zone muqueuse comprenant l'étage inférieur du pharynx et le larynx. Cette zone est le point de départ de réflexes protecteurs capitaux pour les voies aéro-digestives supérieures (toux). Les troubles sensitifs : les paresthésies du pharynx inférieur et du larynx témoignent de l'atteinte du nerf ou de son noyau.

- "Rôle neurovégétatif du X : au point de vue moteur, il joue un rôle dans la régulation des grandes fonctions végétatives. Il contrôle l'innervation des muscles lisses des appareils digestif et respiratoire.

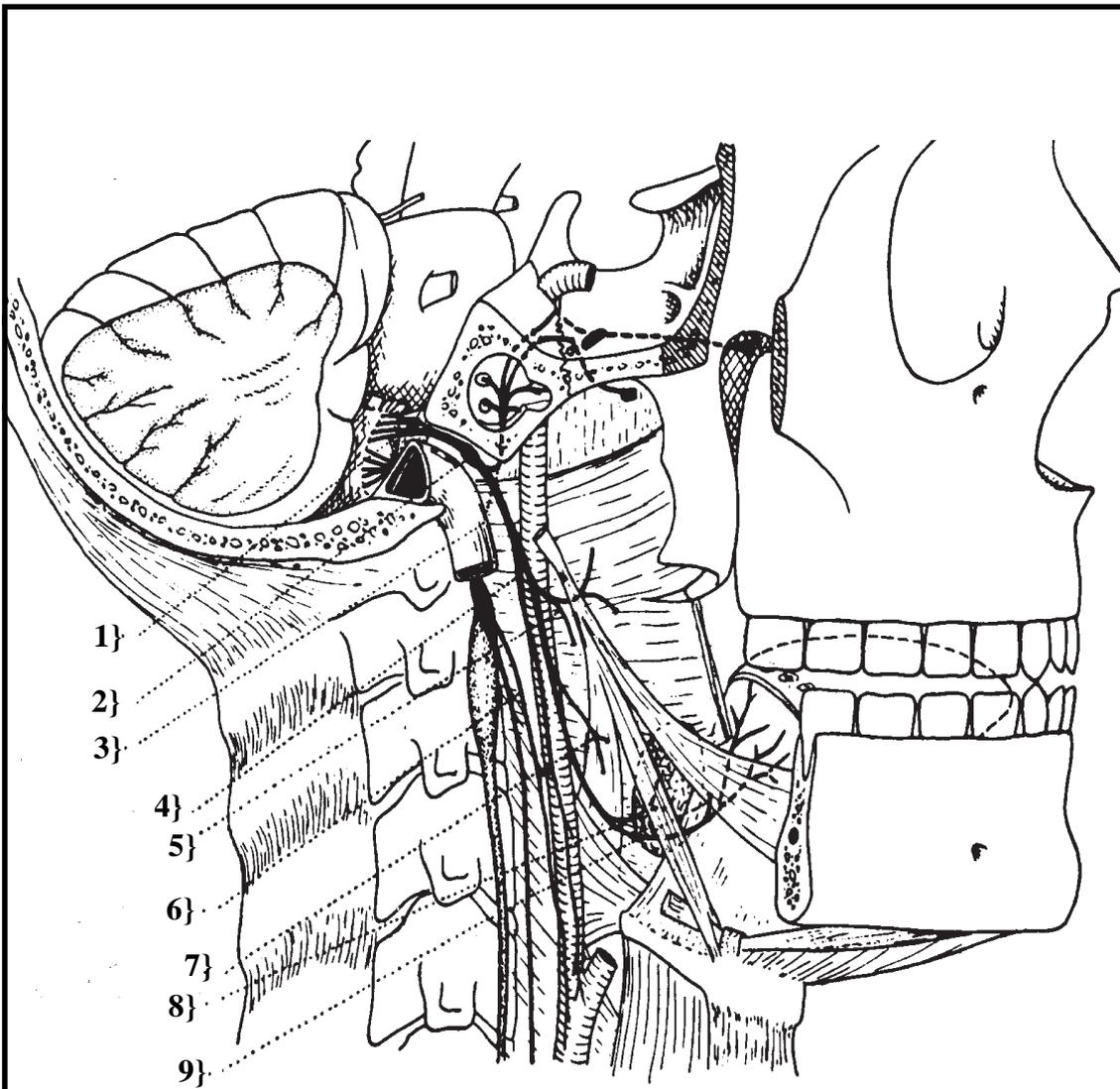
On pourrait donc penser, à la lecture des différents auteurs, à l'observation, à la pratique et aux constatations, qu'une certaine malposition de C1 puisse engendrer une hypersensibilité du nerf du conduit auditif externe et que lorsqu'il est sollicité par un attouchement quelconque, il déclenche im-

médiatement des paresthésies pharyngées suivies d'un violent réflexe de tous à caractère dyspnéisant par voie réflexe sur les muscles lisses des bronches.



Mais il s'agit alors :

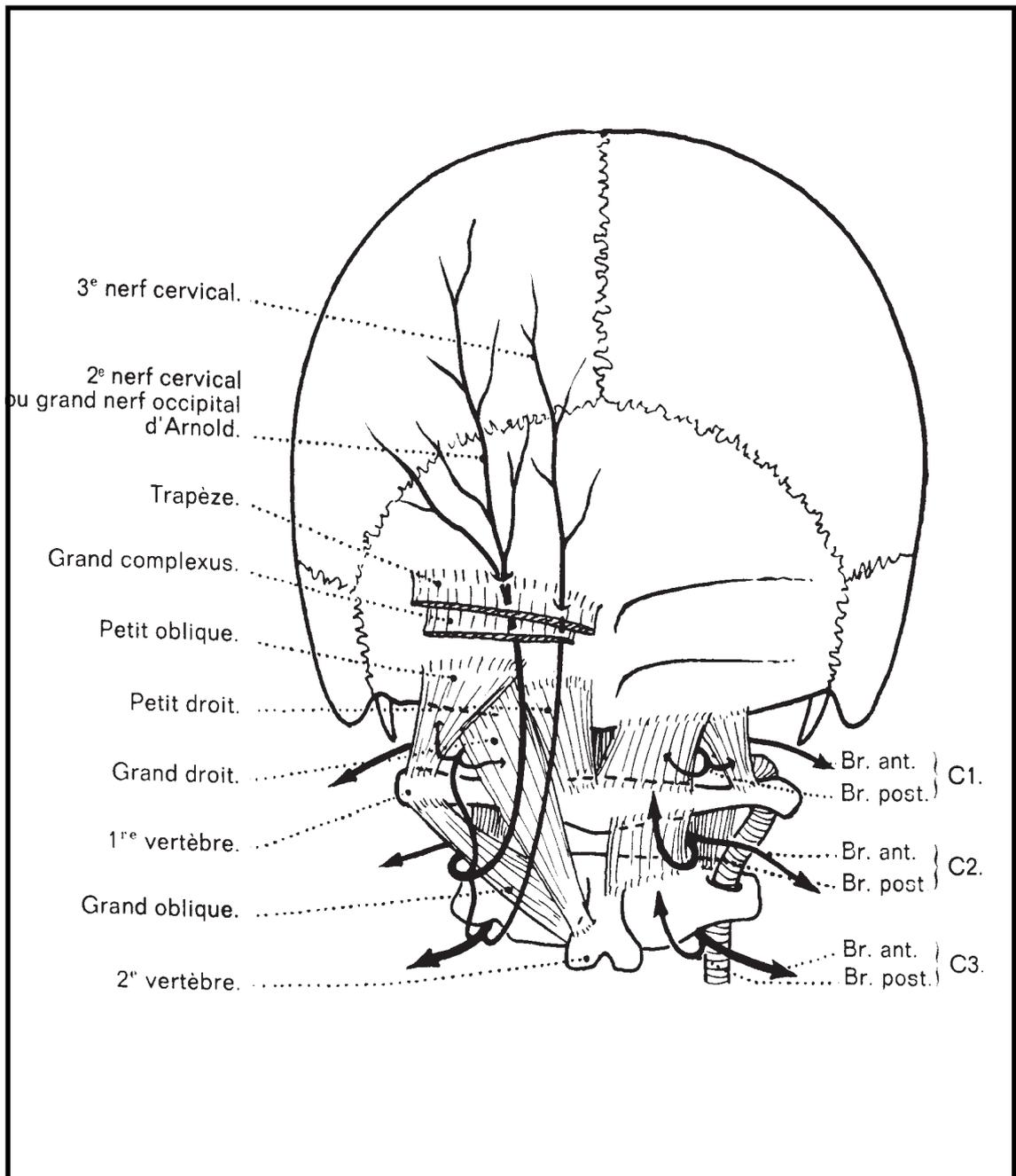
- d'une dyspnée inspiratoire.



Le trajet et la distribution du glosso-pharyngien

1 : Ganglion d'Ehrenritter ; 2 : Ganglion d'Andersh ; 3 : Nerf de Jacobson ;
4 : Nerf intercarotidien du IX ; 5 : Nerfs pharyngiens ; 6 : Nerf intercarotidien du X ;
7 : Nerf du stylo-pharyngien ; 8 : Nerfs tonsillaires ; 9 : Nerf du stylo-glosse.

(Guy Lazorthes -Le système nerveux périphérique - Masson Ed.)



Les branches postérieures des trois premiers nerfs cervicaux

(Guy Lazorthes -Le système nerveux péryphérique - Masson Ed.)

