

de toucher ensuite au galvano-cautère le lieu d'implantation de la tumeur :

« *b*) Les lésions sont-elles plus étendues, en nappe, il y a lieu de recourir au curettage, à moins que la mobilité des parties (épiglotte, aryénoïdes) n'impose la pince coupante :

« *c*) Si le curettage n'a pas suffi ou si les lésions sont d'un abord difficile, on envisagera l'opportunité de la laryngotomie pour employer, s'il y a lieu, la variété de taille laryngée qui correspondra le mieux au siège des foyers tuberculeux :

« *d*) La laryngotomie ne me paraîtrait permise que si, tous les moyens précédents ayant échoué, le malade était menacé de mort par l'envahissement de la tuberculose ou par les fâcheux symptômes de la bacillose laryngée.

« 2° Supposons en dernier lieu le cas du tuberculeux dont poumons et larynx sont atteints ensemble :

« Le curettage est ici le moyen préférable ; il enlève les fongosités, rend moins douloureuses les ulcérations et désinfecte en partie le larynx des microbes variés qui l'habitent.

« La trachéotomie n'est alors qu'un pis-aller dont il ne faut user qu'en cas d'asphyxie menaçante.

« Quant aux contre-indications, nous les trouvons surtout dans l'état pulmonaire et général du malade : tuberculose pulmonaire au troisième degré, amaigrissement marqué, perte des fonctions digestives, absence de sommeil, température élevée, indocilité du patient. Elles s'affirment d'autant plus que l'opération à tenter est plus importante. Les cas de tuberculose à marche rapide sont défavorables à l'opération. L'hybridité (coexistence de syphilis) ne contre-indique pas l'intervention opératoire.

« En résumé, le curettage souvent et la laryngotomie quelquefois sont les deux méthodes de choix lorsque s'impose le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, et c'est principalement à la deuxième période de l'affection que ces moyens trouvent à s'employer. »

PARALYSIES RÉCURRENTIELLES

A l'exception des crico-aryénoïdiens postérieurs, qui sont dilatateurs, tous les muscles du larynx sont constricteurs de la glotte.

Le crico-thyroïdien seul est innervé par la branche laryngée externe, branche du nerf laryngé supérieur. Tous les autres muscles reçoivent leur innervation du nerf laryngé inférieur ou récurrent.

Le récurrent, qui actionne les muscles du larynx, est une branche du pneumogastrique (si l'on admet avec Willis que les racines bulbaires, origine apparente du nerf, se rattachent à la dixième paire).

Il existe deux centres d'innervation laryngée : le centre cortical, d'où partent les incitations volontaires qui président à la respiration et à la phonation consciente ; le centre bulbaire, d'où part l'excitation réflexe. Le faisceau cortico-bulbaire qui les relie paraît se confondre avec le faisceau géniculé. Chacun de ces centres (cortical et bulbaire) est bilatéral et symétrique. Ils sont solidaires, de telle sorte que l'excitation unilatérale d'une zone provoque constamment soit l'écartement, soit le rapprochement des deux cordes vocales.

Chez le singe, le centre cortical existe au niveau du pied de la circonvolution frontale ascendante (Horsley-Semon). Ce centre est purement phonatoire ; son excitation unilatérale produit le rapprochement bilatéral des cordes vocales, sa destruction unilatérale n'est suivie d'aucun effet. Il en résulte que les paralysies d'origine corticale sont toujours dues à une double lésion des centres ; les cordes vocales prennent la position d'abduction et non la position cadavérique.

La clinique est en désaccord sur certains points avec l'expérimentation, en ce qui concerne les paralysies d'origine corticale. Si quelques rares autopsies ont permis de vérifier la localisation corticale que l'expérimentation a révélée, elle a montré d'autre part qu'il peut y avoir une hémiplegie laryngée croisée, et non une paralysie double (diplégie) par lésion unilatérale du centre phonatoire et que, d'autre part, la corde vocale est en position cadavérique.

Jusqu'ici le désaccord entre l'expérimentation et la clinique n'a pu être expliqué.

Le récurrent, depuis son origine réelle jusqu'à ses divisions terminales dans les muscles du larynx, est exposé à de nombreuses causes de lésion, bien que les altérations de la partie périphérique du nerf soient de beaucoup les plus fréquentes.

Il est plus clinique d'envisager ces causes suivant le point où elles exercent leur influence que suivant leur nature.

Lésions périphériques. — Un traumatisme accidentel, beaucoup plus souvent opératoire (opération de la thyroïdectomie, de l'œsophagotomie externe, opérations portant sur les ganglions du cou), peut occasionner la section du nerf.

Parmi les causes de compression et de névrite, les plus fréquentes sont les anévrismes thoraciques et les adénopathies cervicales et thoraciques.

Dans le cas d'anévrisme, le récurrent gauche est beaucoup plus souvent atteint que le droit, ce qui s'explique aisément en raison de la longueur de son trajet et de ses rapports avec la crosse de l'aorte. La paralysie, habituellement unilatérale et siégeant à gauche, ainsi qu'il vient d'être dit, est parfois bilatérale. Dans ce dernier cas, elle peut être causée par un anévrisme unique, très volumineux, mais, plus souvent, elle résulte de la présence de deux anévrismes distincts, dont l'un a été généralement méconnu (Lermoyez).

Il est de notion classique que du siège de l'anévrisme dépend uniquement la paralysie. Un très petit anévrisme la détermine fatalement, s'il se développe au niveau de la concavité de la crosse de l'aorte ; le récurrent est alors comprimé entre cette crosse et la bronche gauche sous-jacente (anévrisme à type récurrent). Il est à remarquer que la paralysie est, dans ce cas, le plus souvent, un indice révélateur, l'anévrisme en raison de la profondeur de sa situation ne se traduisant pas par les signes habituels (double centre de battements, etc.).

La constatation d'une paralysie de la corde vocale gauche en position médiane ou en position cadavérique (c'est-à-dire en position intermédiaire entre la position phonatoire et la position inspiratoire de la corde), cette constatation, disons-nous, doit faire suspecter l'existence d'un anévrisme de la crosse. Si la corde vocale est en position médiane, il n'y a pas de symptômes ; si elle est en position cadavérique, la voix prend le caractère bitonal.

Exceptionnellement, les deux cordes vocales sont paralysées. Il peut alors y avoir compression effective des deux récurrents ou bien contracture à droite et non paralysie des dilatateurs de ce côté.

L'anévrisme de l'aorte peut donner lieu à des spasmes qui déterminent des accès de dyspnée suffocante. Ce spasme s'observe surtout dans les cas de paralysie double des dilatateurs.

Les paralysies des récurrents sont très souvent d'origine ganglionnaire, l'hypertrophie des ganglions étant due à l'une de ses nombreuses causes secondaires, c'est-à-dire, par