

la compression directe des nerfs laryngés, surtout du récurrent gauche. Le goitre exophtalmique peut produire le même résultat, ainsi que l'ont vu plusieurs auteurs, M. Garel entre autres (1). Le cancer du corps thyroïde, surtout le sarcome et le carcinome, amènent fréquemment des laryngoplégies, non seulement par compression et à cause de la rapidité de leur marche, mais encore en déterminant de l'inflammation de voisinage portant sur le nerf lui-même ou les petits ganglions qui l'avoisinent.

d. *Tumeurs du médiastin.* — Les rapports des récurrents, et surtout du récurrent gauche, expliquent aisément la fréquence des laryngoplégies dans les cas de *cancer œsophagien*, puisque la tumeur siège le plus souvent à l'origine de la portion cervicale du conduit. Cette fréquence est très grande, et il n'est pas rare de voir la paralysie laryngée se montrer dès le début de l'affection, alors que la dysphagie est encore à peine appréciable.

Les *anévrismes de la crosse aortique*, du *tronc brachio-céphalique*, de la *sous-clavière*, ont très fréquemment pour conséquence des paralysies laryngées par compression des récurrents. En pareil cas, la laryngoplégie peut survenir brusquement ou progressivement, dès le début de l'affection vasculaire, et en cas d'ectasie de très petit volume, sans qu'aucun symptôme et aucun signe stéthoscopique ou sphygmoscopique puisse permettre de rapporter la paralysie à sa cause réelle.

L'*adénopathie trachéo-bronchique* simple, ou consécutive à la coqueluche, ou encore aux pneumokonioses (Baumler), peut avoir le même résultat, mais le fait est exceptionnel en dehors de l'adénopathie tuberculeuse ou cancéreuse.

e. *Affections thoraciques diverses.* — La *pleurésie séro-fibrineuse*, lorsque l'épanchement est considérable, amène quelquefois la paralysie de la corde vocale du côté correspondant (Moser). D'après Moser, il ne s'agirait pas là d'une paralysie; la corde vocale, en position médiane, serait simplement contractée en totalité, et l'auteur base son opinion sur ce fait qu'il a vu la corde vocale reprendre sa motilité normale après la thoracentèse, et se fixer de nouveau en position médiane après la reproduction du liquide. Unverricht a cité un cas de paralysie d'une corde vocale consécutive à une *pleurésie hémorragique carcinomateuse* du même côté. Dans ces différents cas, il est probable qu'il s'agit plutôt de distensions du récurrent dues au déplacement du cœur et de l'aorte par le liquide, que de compressions du nerf par le liquide lui-même. J'en dirai autant des paralysies laryngées unilatérales qu'on a pu voir se produire (Landgraf) dans le cours de la *péricardite* avec épanchement.

Je ne pense pas qu'on ait signalé jusqu'ici de paralysie laryngée consécutive à un *cancer du poumon* (sans pleurésie concomitante). J'en ai observé un cas il y a quelques années. Il s'agissait d'une dame de 76 ans, soignée par le professeur Ch. Bouchard pour un cancer du poumon gauche. L'aphonie s'était montrée dès le début des accidents pulmonaires (douleurs lancinantes en haut et en bas à gauche, toux, crachats, etc.), datant de quatre mois quand j'examinai la malade, qui ne se nourrissait déjà plus et était très amaigrie. La corde vocale gauche était immobile dans la position intermédiaire; pendant la phonation, l'aryténoïde droit venait se mettre au contact de l'autre, mais les bords libres des deux cordes vocales restaient concaves, il n'y avait aucun signe de tension, et la malade était aphone. Les cordes étaient parfaitement blanches, sans trace de

(1) MONCORGÉ, Thèse citée. — J'ai également observé un cas d'hémiplégie laryngée chez une femme atteinte de goitre exophtalmique, mais elle était en même temps tabétique.

catarrhe. Il n'y avait pas de ganglions, ni cervicaux, ni sus-claviculaires, appréciables à la palpation; s'agissait-il cependant d'une compression par une masse ganglionnaire carcinomateuse? ou plutôt d'une compression directe par le sommet du poumon irrégulièrement augmenté de volume? La seconde hypothèse serait peut-être soutenable, bien que la lésion siègeât à gauche, car à l'exploration toute la partie moyenne du poumon était sonore et respirait, tandis qu'on trouvait au contraire deux zones de matité avec absence de murmure vésiculaire, l'une au sommet du poumon et en avant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, l'autre comprenant une partie de la base. L'autopsie ne fut pas faite.

Les hémiplégies laryngées ne sont pas très rares dans le cours de la *tuberculose pulmonaire*. Leur pathogénie est souvent complexe; aussi chacune des opinions exclusives formulées par les auteurs à ce sujet renferme-t-elle une part de vérité. Mandl a soutenu que les paralysies droites étaient surtout fréquentes, et il explique ce fait par les rapports du récurrent droit avec le sommet du poumon congestionné ou infiltré. Gerhardt incrimine surtout l'adénopathie bronchique. M. Gouguenheim pense que les petits ganglions trachéo-laryngiens, qu'il a étudiés et décrits avec soin, sont plus susceptibles que les gros ganglions trachéo-bronchiques de produire, par propagation, de la périnévrite et de la névrite secondaire. Pour MM. Lubet-Barbon (1) et Dutil, il s'agirait souvent d'une névrite infectieuse identique à celles qui ont été décrites par MM. Pitres et Vaillard et MM. Kiener et Poulet, dans d'autres tuberculoses. Ces dernières hypothèses surtout ont pour elles le contrôle de l'histologie pathologique. Enfin, l'on doit tenir compte encore des altérations du tissu musculaire, sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

f. *Névrites périphériques primitives.* — Nous avons déjà indiqué les névrites périphériques comme cause possible des paralysies laryngées des tuberculeux et des ataxiques. Il nous faut encore signaler, parmi les paralysies laryngées relevant de la même pathogénie, les laryngoplégies diphtéritiques, et peut-être, aussi certaines paralysies laryngées syphilitiques. Il est vraisemblable que c'est de même à des névrites périphériques qu'il faut attribuer les laryngoplégies unilatérales qu'on a eu l'occasion d'observer, dans quelques cas, consécutivement à l'intoxication saturnine ou arsenicale chronique (Morell-Mackenzie).

L'existence d'hémiplégies laryngées dues à des névrites primitives du récurrent (névrites primitives *a frigore*, par exemple) n'est pas encore nettement établie. On peut cependant la considérer comme très probable; Massei (2), qui a été le premier à poser la question, a appuyé son hypothèse sur quelques observations de paralysies laryngées survenues chez des malades en l'absence de toute cause capable d'intéresser les centres nerveux ou de comprimer et léser le récurrent. Ces bases sont évidemment insuffisantes; en l'absence de nécropsie et d'examen histologique complet, nul n'est autorisé à affirmer qu'il n'existe pas quelque lésion dont le trouble moteur laryngé est le seul symptôme appréciable. Il en est tout autrement si, en l'absence de tout symptôme (autre que le trouble laryngé) de lésion centrale ou de compression du nerf, on arrive en pareil cas à découvrir l'existence d'un signe quelconque qu'on puisse relier au

(1) VOYEZ LUBET-BARBON, Étude sur les paralysies des muscles du larynx; Thèse de Paris, 1887, p. 57 et 58.

(2) MASSEI, Névrites primitives du tronc du récurrent; Congrès international de laryngologie de Paris, 1889.

trouble moteur déjà constaté, et qui soit capable de faire présumer que le nerf est malade. Or, si l'on examine attentivement les malades atteints de paralysies laryngées dont on ne peut déterminer la cause, et ces malades sont assez nombreux, on constate que chez quelques-uns d'entre eux la pression digitale, faite profondément, près du larynx, au niveau du cricoïde, est douloureuse du côté malade et indolore du côté opposé, ce qui montre que le nerf souffre. Or, en général, dans la névrite, la douleur à la pression est constante sur toute l'étendue malade du cordon nerveux, tandis qu'en cas de compression nerveuse, la pression n'est douloureuse qu'au niveau du point comprimé ou à son voisinage. La douleur à la pression, en l'absence de toute tumeur ganglionnaire ou autre pouvant comprimer le récurrent au cou, peut donc être considérée comme un signe présomptif de névrite de ce tronc nerveux, et quelle que puisse être sa valeur réelle, je n'hésite pas à en recommander la recherche, le cas échéant : nous sommes encore trop pauvres en documents sur ce point pour ne pas essayer d'ajouter quelque chose à l'histoire des névrites primitives du récurrent, qu'on peut encore considérer aujourd'hui comme « un cadre sans tableau », ainsi que le disait jadis le professeur Charcot pour la névrite en général.

B. — Paralysies bilatérales.

1^o *Paralysies d'origine centrale.* — Les seules observations précises de paralysies laryngées bilatérales d'origine cérébrale que nous possédions ont trait à des sujets atteints de *paralysies pseudo-bulbaires*. Elles sont dues à Lannois, Cartaz (1) et H. Krause. Les deux premiers de ces auteurs ont constaté des paralysies bilatérales presque complètes des thyro-aryténoïdiens et de l'ary-aryténoïdien; le troisième a observé une paralysie bilatérale des récurrents, complète à droite et incomplète à gauche.

Les *lésions bulbaires*, primitives ou secondaires, donnent plus fréquemment lieu à des paralysies bilatérales qu'unilatérales. C'est ainsi que la *paralysie labio-glosso-laryngée* donne lieu constamment à une paralysie progressive des muscles du larynx, apparaissant après les troubles moteurs de la langue, la tension des cordes vocales fait d'abord défaut, et l'enrouement qui en résulte fait place à une aphonie plus ou moins marquée quand les abducteurs se prennent. L'examen laryngoscopique donne alors presque toujours les mêmes renseignements et montre les cordes vocales en situation intermédiaire ou ne s'en écartant que très peu pendant la respiration ou les essais de phonation (Löri, Broadbent, Krause). D'après Gottstein, on trouve dans quelques cas les deux cordes vocales en position médiane. Le même auteur a observé également des paralysies laryngées bilatérales (cordes vocales soit en position médiane, soit en position intermédiaire) dans quatre cas de paralysies bulbaires apoplectiformes.

2^o *Paralysies d'origine périphérique.* — Les paralysies bilatérales d'origine périphérique sont beaucoup plus rares que les paralysies unilatérales. Souvent ces paralysies sont complètes d'un côté et incomplètes de l'autre. Elles sont dues à des lésions récurrentielles (compression, périnévrites par propagation, etc.) reconnaissant pour causes le cancer de l'œsophage, les tumeurs du corps thyroïde, l'adénopathie cervicale ou trachéo-bronchique, ou encore un

(1) CARTAZ, Note sur les paralysies laryngées d'origine centrale; *France médicale*, 1885.

anévrisme double (très rare), comme dans un fait de Ziemssen, le premier de ce genre qui ait été publié, ou l'on trouva un anévrisme du tronc brachio-céphalique en même temps qu'un anévrisme de la crosse aortique.

Lorsque les deux récurrents sont lésés, la pathogénie de la paralysie bilatérale est facile à comprendre; mais il n'en est plus de même lorsque la lésion ne touche qu'un seul des deux troncs nerveux. Il est vrai qu'en pareil cas il s'agit toujours de paralysies de l'abduction; on trouve les deux cordes vocales en abduction complète, et cette situation peut résulter d'une contracture de l'ary-aryténoïdien, sans qu'on soit obligé d'invoquer une pathogénie plus compliquée: une seule corde vocale est atteinte d'une paralysie de l'abducteur, et l'autre ne prend la position médiane que parce que le muscle aryténoïdien, atteint de contracture secondaire, l'y amène.

On peut observer des paralysies doubles dues à des névrites périphériques, surtout du laryngé supérieur, dans la diphtérie; et peut-être aussi dans la tuberculose; mais nous verrons que les paralysies doubles de l'abduction, chez les tuberculeux, sont souvent dues à des lésions musculaires.

Physiologie pathologique des paralysies récurrentielles.

Aujourd'hui qu'on ne peut plus admettre comme un dogme, ainsi qu'on le faisait encore hier, les spécialisations respiratoire et vocale des fibres du pneumogastrique et du spinal, et qu'on est en droit de considérer le nerf récurrent comme un nerf mixte, il semblerait que la physiologie pathologique des troubles moteurs dépendant de lésions du tronc de ce nerf dût être très comparable à celle des phénomènes de même ordre consécutifs aux altérations des autres troncs nerveux. On devrait observer dans le domaine du récurrent des faits très voisins de ceux qui résultent, dans le territoire musculaire d'un membre par exemple, d'une lésion intéressant un de ses nerfs mixtes.

On sait que, dans ces conditions, la section du nerf entraîne une paralysie flasque immédiate, avec atrophie musculaire consécutive et troubles trophiques consécutifs possibles, tandis qu'en cas de compression, de blessure, congestion ou inflammation du tronc nerveux on observe successivement divers phénomènes: d'abord des spasmes, des convulsions cloniques ou toniques, généralement de courte durée, et pouvant même manquer; puis de la paralysie motrice progressive; et plus tard de l'atrophie musculaire et des troubles trophiques divers, si la guérison ne survient pas. Dès le début de la période paralytique, apparaissent en même temps d'autres phénomènes connexes, dépendant de l'intégrité des muscles dont l'innervation est restée intacte: le tonus des antagonistes sains modifie l'attitude du membre, et leur contraction, se produisant seule, modifie de même ses mouvements d'ensemble. Mais il importe de remarquer qu'en dehors des phénomènes spasmodiques éventuels du début, les muscles innervés par le nerf moteur altéré sont presque toujours frappés de paralysie: les spasmes cloniques durables suivis parfois de spasmes toniques, les vraies contractures surtout, ne se voient guère que dans des conditions spéciales (piqûre du nerf, présence d'un corps étranger dans le tronc nerveux, etc.); ce sont des phénomènes exceptionnels.

En est-il de même après une lésion du récurrent? On ne saurait encore aujourd'hui faire à cette question une réponse nettement affirmative ou négative.