

1° La laryngite chronique peut exister idiopathiquement, comme la laryngite aiguë. Mais ce n'est que dans des cas très-rare qu'elle peut déterminer seule des symptômes de consommation. La phthisie laryngée est donc une affection très-peu commune.

2° Dans la plupart des cas où des symptômes de phthisie accompagnent une affection du larynx, ces symptômes doivent être rapportés à des tubercules développés dans le poumon, soit d'ailleurs que ces tubercules aient suivi ou précédé la laryngite.

L'observation suivante (1) nous fournit un autre cas de laryngite chronique qui aurait aussi amené la mort par suffocation, si l'opération de la trachéotomie n'avait point été pratiquée. Cette opération fut suivie d'un plein succès, ainsi qu'on va le voir, et plus tard la maladie du larynx put elle-même guérir.

XVII. OBSERVATION.

Laryngite chronique (induration des parties molles intérieures du larynx, et rétrécissement considérable du canal laryngé) succédant à une pharyngite chronique. Marche toujours croissante de la laryngite chronique, malgré les moyens employés contre elle. Menace d'asphyxie. Opération de la trachéotomie. Cautérisations du larynx faites par la plaie d'opération. Amélioration graduelle de la voix, de la respiration, de la constitution de la malade; leur retour à peu près complet à l'état normal. Oblitération de la fistule laryngée au moyen du ravivement et de la suture des bords de la plaie. Signes d'hypertrophie du cœur persistant et s'accroissant.

Joséphine Colar, âgée de vingt-cinq ans, domestique, née dans le département de l'Oise, fut admise, le 8 février 1836, dans le service de M. Andral.

(1) Cette observation a été rédigée par M. Fournet, mon interne, qui a lui-même pratiqué l'opération.

Elle était d'une petite taille, mais d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin. Sa mère était forte et bien portante. Son père était mort jeune, beaucoup amaigri, et avait eu dans sa vie plusieurs crachements de sang.

Avant l'année 1832 Colar n'avait jamais été malade. A cette époque, elle commença à éprouver du malaise, de la faiblesse, un sentiment de fièvre, une douleur vague à la région épigastrique et de la toux. Ces symptômes persistèrent pendant une année. En 1833, sans cause appréciable, la toux devint beaucoup plus forte et plus fréquente, et, pour la première fois, commença à s'accompagner de mal de gorge. Celui-ci augmenta *graduellement*, s'accompagnant de fièvre, de douleur dans les régions gutturale et cervicale supérieure, et, plus tard, d'une telle difficulté à avaler qu'on fut obligé de nourrir la malade avec de la bouillie. L'expectoration se composait d'une matière d'un blanc sale, remarquable par sa fétidité. Pendant quatre ou cinq mois l'état de la malade resta le même; un médecin de son pays lui retrancha avec les ciseaux quelques portions d'amygdales, mais le mal ne fit que s'accroître. Aux phénomènes précédents vinrent se joindre bientôt un affaiblissement considérable de la voix et une altération très-sensible dans son timbre. Des douleurs au niveau du larynx et une gêne de plus en plus prononcée de la respiration accompagnèrent dans leur marche lente mais toujours croissante les altérations de la voix. La faiblesse générale, l'état de malaise de tout le corps, la toux, la douleur vague de l'épigastre augmentèrent dans la même proportion, et les règles qui, jusque là, avaient eu un cours régulier, cessèrent complètement pour ne plus reparaitre que quatre ans après, consécutivement à l'opération de trachéotomie qui lui a été pratiquée. Dès le commencement de cette longue série de symptômes, il s'était manifesté un peu d'amaigrissement, qui, depuis cette époque

jusqu'à l'époque marquée par l'opération de trachéotomie, a toujours été en augmentant. Un peu de surdité avait apparu avec le mal de gorge; un écoulement auriculaire s'était manifesté peu de temps après, pour ne cesser qu'au bout d'un temps fort long. Du dévoiement avait marqué de temps en temps les périodes de récrudescence de cette longue affection.

On avait employé inutilement un grand nombre de moyens, tels que : sangsues, saignées générales, émoullients, vésicatoires sur le cou, quelques autres dérivatifs cutanés un peu plus éloignés du siège de l'affection, divers médicaments à l'intérieur, etc.; la maladie n'en avait pas moins continué sa marche toujours ascendante.

Au moment de son entrée la malade offrait une dyspnée très-grande, qui, les jours suivants, s'éleva jusqu'à l'imminence de l'asphyxie.

Le 14 février, l'examen attentif de la malade fournit le résultat suivant : absence complète des bruits inspiratoire et expiratoire vésiculaires dans toute l'étendue de la poitrine, et en avant, et en arrière. Les bruits sont partout remplacés par les bruits de l'inspiration et de l'expiration laryngées. Partout le son fourni par la percussion est exalté. Les mouvements inspiratoire et expiratoire sont lents, difficiles, fréquents, accompagnés d'un bruit à timbre aigu, sans être sifflant, perçu par l'oreille libre, et plus marqué pour l'inspiration que pour l'expiration. Toux ressemblant assez à celle d'un chat enrhumé. Voix restant basse malgré les efforts dépensés par la malade pour sa production. Aucune douleur ni au larynx ni dans la poitrine. Pas de gonflement ou de déformation sensible du cou dans la région du larynx.

Le voile du palais, divisé sur la ligne médiane avec perte de substance, représente une sorte de cintre en ogive, et offre

ainsi un large espace triangulaire par lequel on peut examiner l'état du pharynx; les bords de cette arcade sont volumineux, durs, irrégulièrement arrondis, rappelant tout-à-fait le tissu de cicatrice des membranes muqueuses. La muqueuse pharyngienne est, de même, d'un rouge brunâtre, beaucoup épaissie et indurée, marbrée de teintes diverses, inégale à sa surface et striée de lignes blanchâtre, vrai tissu de cicatrice. Dans d'autres points, elle est molle, un peu fongueuse, et saigne facilement au contact du doigt. On constate par le toucher que les mêmes caractères anatomiques, avec les mêmes alternatives d'induration et de mollesse, se continuent dans toute l'étendue du pharynx, sur les deux faces de l'épiglotte et sur le contour de l'ouverture supérieure du larynx. Là la sensation du toucher fait reconnaître distinctement que le gonflement des ligaments aryéno-épiglottiques, gonflement tel, que le bout du doigt ne peut pénétrer dans l'ouverture supérieure du larynx, est plutôt de nature squirrheuse que de nature œdémateuse. Mais cette exploration provoque de la part de la malade des efforts convulsifs tels qu'on est obligé de la cesser rapidement. L'expectoration représente dans le crachoir une masse continue, filante, d'un blanc sale, non homogène. A la difficulté que l'on éprouve à faire pénétrer dans le larynx, par un cathétérisme ménagé, une sonde de gomme élastique d'un fort petit calibre, à la sensation de résistance qu'éprouve la main qui cherche à l'enfoncer à travers le rétrécissement laryngé, aux phénomènes pressants d'asphyxie qui suivent chaque sensation de ce genre, on reconnaît que ce rétrécissement est extrêmement considérable.

Les battements du cœur sont vigoureux et fréquents, mais sans bruit anormal, sans irrégularité, sans caractère anormal bien remarquable du pouls, sans accompagnement d'œdème nulle part.

Bouche naturelle; appétit, digestions; urines et selles naturelles. Jamais de sueurs. L'amaigrissement général représente au moins le deuxième degré du marasme à un degré très-prononcé.

Chaque soir des jours suivants, l'agitation générale, la dyspnée, ont été plus prononcées et se sont accompagnées d'un peu de mouvement fébrile. Chaque matin, au contraire, après le repos de la nuit, la malade était beaucoup mieux. Pendant les jours qui ont suivi le premier examen, les crachats ont changé de caractère: c'étaient de petites masses d'un blanc sale, isolées, un peu frangées à leur circonférence, formées de stries blanchâtres comme enroulées et englobées ensemble, et nageant au milieu d'un mucus spermeux.

Le diagnostic que nous portâmes fut le suivant: absence très-probable de tubercules pulmonaires; emphysème pulmonaire général encore peu avancé; induration chronique des tissus muqueux et cellulaire sous-muqueux du pharynx et du larynx.

M. Andral décida qu'il y avait lieu à pratiquer la trachéotomie, et me confia cette opération. Je la pratiquai le surlendemain, 20 février, en observant tous les préceptes que j'ai développés dans le travail qui suit cette observation (1). J'en retranche les détails afin d'abrèger.

Le temps qui consiste à ouvrir la trachée, temps le plus délicat de l'opération, le plus exposé aux accidents, fut pratiqué selon la méthode exposée dans le travail qui suit, et fut le plus simple et le plus rapide; il en fut de même de l'introduction de la canule. Par là la pénétration du sang dans la trachée fut évitée, et nous n'eûmes aucun des accidents qui résultent ordinairement de cette pénétration.

(1) Voyez ce travail dans l'appendice placé à la fin du présent volume.

Dès l'instant où l'air put arriver librement dans la trachée et dans les poumons, un mieux très-sensible se manifesta. L'auscultation de la poitrine, pratiquée presque immédiatement après l'opération, permit de constater des changements remarquables dans l'état des bruits respiratoires: le bruit de l'inspiration et de l'expiration *vésiculaires* s'entendirent distinctement dans toute l'étendue de la poitrine, mais beaucoup moins intenses et moins doux, moins purs que dans l'état normal. En outre de ces bruits vésiculaires, que l'on sentait très-bien se passer dans les parties du poumon sous-jacentes à l'oreille, on entendait aussi un bruit tout différent, qu'à son timbre, à son caractère lointain on reconnaissait pour le bruit du passage de l'air à travers la canule, bruit propagé à une certaine distance de son lieu d'origine. Tous les phénomènes d'asphyxie, si marqués quelques instants auparavant, avaient considérablement diminué. La malade était parfaitement calme. Un peu de fièvre se manifesta dans la journée, et le soir une toux convulsive assez pénible qui cessa peu de temps après l'administration d'un grain et demi d'extrait de belladone. Très-bon sommeil la nuit. Rejet, par la canule, de matières blanches, muqueuses, sans aucune teinte sanguine; il en fut de même les jours suivants; aussi la canule ne s'obstruait-elle point comme chez les malades trachéotomisés, chez lesquels du sang a pénétré en plus ou moins grande quantité dans la trachée; il nous a suffi d'écouillonner la canule toutes les vingt-quatre et trente-six heures. Du 21 au 24 le mouvement fébrile, la fréquence de la respiration diminuèrent de plus en plus, et l'auscultation fit entendre de plus en plus distincts, et plus complètement développés, les bruits inspiratoire et expiratoire vésiculaires.

Mais, le 24 au soir, nous constatâmes les phénomènes suivants: obscurité du son dans la partie postérieure inférieure

droite seulement de la poitrine ; caractère bronchique du bruit inspiratoire et expiratoire, surtout dans la même région ; pas de point de côté ; crachats muqueux, sans aucune trace de sang ; état fébrile assez marqué ; rougeur et amélioration de la face (commencement d'épanchement pleurétique à droite). Saignée de deux palettes ; quinze sangsues sur le côté droit de la poitrine, cataplasmes ; diète absolue. Dans la journée du 25 la malade était déjà beaucoup mieux. Une des ligatures faites pendant l'opération tomba ce jour-là. Le lendemain, 26, le caractère bronchique des bruits respiratoires vésiculaires de la partie postérieure inférieure droite avait disparu. Les jours suivants, les bruits vésiculaires de la partie postérieure inférieure droite étaient seulement un peu diminués d'étendue et d'intensité, et le son fourni par la percussion était normal. Un pus de bonne nature s'écoulait facilement par l'angle inférieur de la plaie qu'on avait l'attention de laisser libre. Une petite mèche de charpie, placée dans cette partie de la plaie d'opération, facilitait cet écoulement, en servant de conducteur au pus et aux mucosités. Mais, bientôt, des bourgeons charnus volumineux, d'un très-bon aspect, ont recouvert toute la surface de la plaie fistuleuse, et celle-ci, s'accommodant exactement à la forme de la fistule, en a pris tout-à-fait la forme et la direction. A partir de l'époque à laquelle les bourgeons charnus ont été bien formés, et pendant une longue période, la tendance des parois du canal fistuleux au resserrement a été telle qu'on avait quelquefois beaucoup de peine à réintroduire la canule quand elle était restée enlevée pendant quelques moments. Pour combattre cette croissance trop rapide des bourgeons charnus et cette tendance au resserrement des parois fistuleuses, nous avons pendant fort long-temps cautérisé l'intérieur du canal fistuleux, tantôt avec la pierre infernale, tantôt avec une petite éponge imbibée d'une dissolution

de nitrate d'argent et fixée à l'extrémité d'une baleine. Le lendemain de chaque cautérisation la canule était plus libre dans le canal fistuleux, sa réintroduction était plus facile, preuve qu'on atteignait par les cautérisations le but désiré. Insensiblement l'intérieur du canal fistuleux est devenu moins rouge, moins saignant ; cette surface intérieure, de granuleuse qu'elle était d'abord, est devenue lisse et s'est organisée en une sorte de membrane muqueuse d'autant plus sèche, pâle et résistante qu'on se rapprochait davantage de l'ouverture extérieure, d'autant plus rouge, humide et molle, qu'on se rapprochait davantage de l'extrémité intérieure du canal fistuleux. Dans les derniers jours de juillet, cette membrane muqueuse était déjà bien formée, ferme en avant, un peu fongueuse en arrière comme nous venons de le dire, et on pouvait, sans resserrement bien sensible du canal fistuleux, enlever la canule pendant une demi-heure et une heure.

Du reste, un mieux de plus en plus prononcé s'était manifesté dans l'état local, et surtout dans l'état général de la malade : les phénomènes d'asphyxie avaient cessé presque complètement ; la respiration, de trente et trente-six, est tombée graduellement à vingt-quatre et à vingt. La malade a pu prendre un léger exercice dans sa salle et ensuite dans les cours de la maison, sans en être bien fatiguée ; elle a pu monter et descendre assez facilement les escaliers. Sa voix, quoique restant basse, est devenue plus distincte et a exigé moins d'efforts pour sa production. Les bruits respiratoires vésiculaires ont repris graduellement plus d'intensité et plus d'étendue, tout en restant faibles dans la partie postérieure inférieure droite, comparativement à la même région de gauche. La maigreur del malade a sensiblement diminué, et elle a même accusé un mieux général bien marqué. Jusque là cependant aucun traitement local n'avait été mis en usage, et on s'était borné,

comme traitement général, à l'usage de quelques toniques, d'un régime analeptique et du vin de Malaga. Dans les derniers jours de mars, l'auscultation de la partie postérieure et inférieure droite de la poitrine faisait entendre un très-beau bruit de frottement pleurétique parfaitement distinct, et plus marqué pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Ce bruit diminua successivement les jours suivants; le 15 avril il n'en existait plus de traces. A partir de cette époque, les bruits de l'inspiration et de l'expiration vésiculaires de ce côté de la poitrine ont repris graduellement et assez vite leur durée et leur intensité normales. Déjà la malade pouvait respirer par le larynx (la canule étant oblitérée) pendant des heures entières, sans que la respiration devint beaucoup plus gênée.

Quelques frictions mercurielles furent faites à cette époque sur la partie antérieure du col, dans le but de diminuer l'engorgement chronique des parties molles de cette région et du larynx. Une salivation abondante nous obligea bientôt d'y renoncer.

Dans les derniers jours de mai nous fîmes construire par un verrier un petit appareil de verre destiné à porter, à travers l'ouverture fistuleuse de la trachée, des injections caustiques dans le larynx. Cet appareil était composé de tubes recourbés de manière à ce que l'une de leurs extrémités, diversement configurées, pût être portée jusque dans l'intérieur du larynx, et y verser le liquide caustique, tandis que l'autre, évasée, était destinée à recevoir le siphon de la seringue qui composait la seconde pièce de l'appareil. Les premiers contacts de l'extrémité de ces tubes de verre avec l'intérieur du larynx et de la trachée provoquèrent quelques mouvements convulsifs, de la toux et quelques phénomènes d'asphyxie; mais ensuite l'introduction de ces tubes put être faite, et leur contact avec l'intérieur du larynx put être maintenu facilement et sans au-

cun inconvénient pendant le temps nécessaire à chaque injection.

D'abord la plus grande partie du liquide injecté retombait dans la trachée et les bronches, à cause de l'obstruction de la partie supérieure du larynx, mais ensuite une partie s'échappa par en haut, et, au bout de peu de temps, l'injection tout entière ressortait par la bouche, en faisant éprouver à la malade un goût salé très-prononcé. La toux convulsive qui avait accompagné les premières injections et la chute d'une partie du liquide caustique dans les bronches cessa complètement. On réussissait mieux à faire ressortir par la bouche le liquide injecté, et, dès lors, à le mettre bien en contact avec toutes les parties intérieures du larynx quand le piston était poussé par un mouvement brusque et rapide. En ressortant par la bouche, la dissolution de nitrate d'argent, d'incolore qu'elle était avant, était blanchâtre, laiteuse. La quantité de liquide injectée était d'à peu près une demi-once à chaque injection. La dissolution de nitrate d'argent dont nous nous servions avait été d'un grain par once d'eau distillée dans les premières injections; puis d'un grain et demi, deux grains, etc., jusqu'à trois gros par once que nous employions dans la même journée, en deux injections faites, l'une le matin, l'autre le soir. Les premières injections avaient été faites à deux jours de distance, et nous avons pu en venir, au bout de peu de temps, à en faire deux par jour. Aucun phénomène de phlegmasie locale ou d'excitation générale n'a été ressenti par la malade pendant la durée d'emploi de ces injections. Peu de secondes suffisaient pour faire une injection, avec ce petit appareil de verre, à travers le canal fistuleux, tandis que nos essais ont toujours été infructueux quand nous avons cherché à faire les injections, d'une manière régulière, à travers l'orifice supérieur du larynx. Les injections ont été continuées depuis le