

durables, qu'Hamburger a décrits sous le nom de *névralgie épileptiforme du nerf vague* et qui confinent à l'hydrophobie. Le rétrécissement spasmodique de l'œsophage dure toujours quelques semaines. Il est rare qu'il dépasse deux ou trois mois. Selon quelques observateurs, on l'aurait vu persister pendant de longues années : vingt ans (Raynaud), trente ans (Lassègue). Béhier croit, mais sans raison suffisante selon nous, que beaucoup de ces cas ont été mal interprétés et qu'il y a eu erreur de diagnostic. On comprend très bien que le spasme œsophagien puisse, au bout de plusieurs années (comme dans le cas de Raynaud rapporté par Seney), conduire à une ectasie de l'œsophage; on ne voit pas au contraire comment l'ectasie de l'œsophage aboutirait à l'œsophagisme. Nous n'en dirions pas autant d'un diverticule.

Aussi longtemps que dure l'œsophagisme, il est remarquable par l'irrégularité de ses accidents. Il survient souvent des exacerbations qui, pour un temps, aggravent singulièrement l'état du malade; tel qui tout à l'heure avalait, péniblement il est vrai, un bol bien mastiqué, va se trouver tout d'un coup dans l'impossibilité de déglutir même les liquides. Cette situation durera plusieurs semaines, interrompue à peine par quelques rémissions survenant à des intervalles irréguliers. La moindre cause provoque le retour de semblables crises. Sous l'influence de cette dysphagie, le malade est véritablement inanité. Il maigrit, sa santé s'altère, et, selon quelques observateurs, il peut succomber. La terminaison fatale est heureusement fort rare.

Le diagnostic trouve dans le cathétérisme son principal appui. La sonde œsophagienne rencontre un obstacle, mais un obstacle changeant. Aujourd'hui il est si résistant qu'on n'ose le franchir. Il faudrait agir de force, et par conséquent s'exposer à commettre quelque lésion grave. Demain la sonde passera sans grande peine. L'obstacle a-t-il été franchi une première fois, il le sera l'instant d'après, presque toujours sans aucune difficulté. L'instrument ne trouvera plus aucun signe de rétrécissement. Enfin ici, comme pour le spasme de l'urèthre, une grosse bougie passera sans peine là où une petite se trouve arrêtée.

Ces alternatives de perméabilité et d'obstruction pourraient faire penser à un diverticule. Mais, alors même qu'elle est engagée dans le diverticule, la sonde œsophagienne ne peut pas accomplir toute

sa course. Bientôt elle bute sur le fond et s'arrête. Elle disparaît tout entière dans l'œsophage lorsqu'elle a franchi le rétrécissement spasmodique. Ni le cancer de l'œsophage, ni le rétrécissement inodulaire, arrivés à leur état de perfection, ne seront confondus avec l'œsophagisme; mais il ne faut pas oublier que toutes les lésions du conduit, à leur début, peuvent se compliquer de spasme œsophagien. Dans les cas où l'âge du sujet, les antécédents, la marche de l'affection, éveilleraient l'idée d'une altération organique commençante, on aurait à se tenir sur la réserve.

Le traitement est médical et chirurgical. Les moyens médicaux consistent surtout dans l'usage des antispasmodiques : belladone, jusquiame, opium, acide cyanhydrique, assa fœtida, valériane, bromures, employés soit à l'intérieur, soit au niveau de l'œsophage, même sous la forme de pommade enduisant une bougie œsophagienne. Il faudrait songer aujourd'hui à la cocaïne.

On a encore fait des injections sous-cutanées de morphine ou d'atropine, électrisé l'œsophage, pratiqué la cautérisation ponctuée au devant du cou et de la poitrine. Tous ces moyens ont procuré quelques succès.

Le traitement chirurgical comporte la dilatation graduelle avec des bougies ou des boulets de diamètre croissant, ou bien la dilatation brusque, pour laquelle on emploie surtout les longues pinces de Broca.

Dans un cas d'œsophagisme symptomatique d'une lésion du larynx, et qui frappait sur la partie la plus élevée du conduit, Watson a pratiqué l'œsophagostomie. Le malade a été nourri par la fistule pendant trois mois.

VI

MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

La plupart des maladies du larynx sont étudiées dans les traités de pathologie interne. Nous ne pouvons songer à donner dans cet ouvrage leur description complète. Nous retiendrons seulement celles qui prêtent le plus à un traitement chirurgical.

Il est inutile d'insister sur la technique de l'instrument qui, depuis trente ans, a permis de pénétrer réellement dans l'étude de

ces affections. Le laryngoscope est décrit partout. Rappelons, pour nous en servir en temps utile, ce que fournit son application chez l'homme sain. Le miroir laryngoscopique donne une image virtuelle et symétrique du larynx. L'observateur voit les parties comme il se verrait lui-même dans une glace. Il distingue : le bord supérieur du larynx, constitué successivement par l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, un bourrelet muqueux soulevé de chaque côté par les deux petites saillies des cartilages de Wrisberg et de Santorini, enfin le bourrelet médian et postérieur de la commissure aryténoïdienne. L'épiglotte constitue à elle seule plus du tiers de ce circuit. Elle présente des formes un peu variables et laisse voir en avant de l'orifice laryngien : 1° à droite et à gauche, une partie plus ou moins considérable de sa face supérieure; 2° sur la ligne médiane, son repli glosso-épiglottique. Dans l'enceinte arrondie que nous venons de décrire se montre une fente médiane antéro-postérieure. Elle est limitée par une surface rubanée étroite, dirigée d'arrière en avant : c'est la face supérieure de la corde vocale. Au niveau du bord externe de celle-ci on découvre un trait noir plus ou moins marqué, c'est l'orifice des ventricules du larynx, limité en dehors par le bord de la corde supérieure ou bande ventriculaire qui occupe tout le reste de l'image laryngienne, jusqu'à sa limite externe. A la partie externe de la bande ventriculaire, près des replis aryténo-épiglottiques se trouve, surtout lorsque les cordes vocales sont rapprochées, une légère dépression : fossette innommée. L'image des cordes vocales est recouverte à sa partie antérieure par une petite saillie médiane dépendant de l'épiglotte : coussinet de l'épiglotte. Cette même image se confond à sa partie postérieure avec celle de l'apophyse vocale du cartilage aryténoïde. Lorsque les cordes vocales sont écartées, on peut apercevoir, au moyen d'un fort éclairage, le cartilage cricoïde, les anneaux de la trachée et même la bifurcation des bronches.

1° Laringite œdémateuse ou œdème de la glotte.

Laissant de côté les diverses espèces de laryngites aiguës ou chroniques décrites dans les auteurs, nous nous bornons à la laryngite œdémateuse ou œdème aigu de la glotte, affection qui nous intéresse au plus haut point, car elle survient souvent comme complication de lésions chirurgicales diverses, et réclame dans bien des cas une inter-

vention des plus actives. Ziemssen la décrit sous le nom de laryngite phlegmoneuse.

Définition. — On désigne sous ce nom l'infiltration aiguë du tissu aréolaire du larynx par un liquide séreux, séro-purulent ou purulent (Morell-Mackensie).

Étiologie. — La laryngite œdémateuse est rarement *primitive* ou liée à une simple laryngite catarrhale. Elle a pu se développer à la suite de l'ingestion de l'iodure de potassium, d'un empoisonnement par les moules. Sestier, dont le célèbre travail paru à Paris en 1852, sous le nom de *Traité de l'Angine laryngée œdémateuse*, sert encore de base à toutes les descriptions, dit qu'elle est *consécutive* 94 fois sur 100.

L'affection qui la détermine le plus souvent, c'est certainement une *périchondrite suppurée*; nous verrons bientôt que la périchondrite elle-même dépend de causes nombreuses. Les *traumatismes du larynx* : plaies, brûlures de diverses natures, corps étrangers fixés dans la glotte, viennent ensuite. L'œdème aigu peut encore naître par propagation d'une affection inflammatoire de la bouche ou du pharynx, se développer sans ulcération préalable ou après une ulcération de la muqueuse du larynx au cours d'une maladie infectieuse : érysipèle, pyémie, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, etc., succéder aux localisations laryngiennes de la syphilis, de la tuberculose et du cancer. Exceptionnellement, on a rencontré des œdèmes aigus du larynx qui pourtant ne sauraient mériter le nom de laryngites phlegmoneuses, au cours de l'hydropisie scarlatineuse, ou dans la maladie de Bright. Fauvel dit même que ces œdèmes aigus peuvent être le premier symptôme de la néphrite. On pourrait observer le même fait dans la cachexie palustre et à la suite de la stase sanguine déterminée par une compression des veines du cou.

Une cause occasionnelle : coup de froid, abus de la parole, excès alcoolique, fait souvent naître la maladie chez des individus qui depuis plus ou moins longtemps s'y trouvaient exposés. Les hommes y sont trois fois plus sujets que les femmes. Presque tous les malades sont compris, au point de vue de leur âge, entre dix-huit et cinquante ans (Sestier).

Anatomie pathologique. — La lésion caractéristique de la laryngite œdémateuse est le gonflement des diverses parties du larynx, sous l'influence d'un liquide infiltré dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Siège du gonflement. — Les replis aryténo-épiglottiques, grâce à la laxité de leur tissu cellulaire, se prêtent plus que tout le reste à la distension (*œdème sus-glottique*). Aussi est-ce à leur niveau que le gonflement atteint le maximum. Il peut s'y limiter, porter inégalement sur les deux replis, ou les frapper au même degré. A cet œdème se joint assez souvent celui de l'épiglotte et quelquefois, mais plus rarement, celui des parties voisines : pharynx, amygdales, voile du palais, luette. Ainsi infiltrés, les replis aryténo-épiglottiques, dont

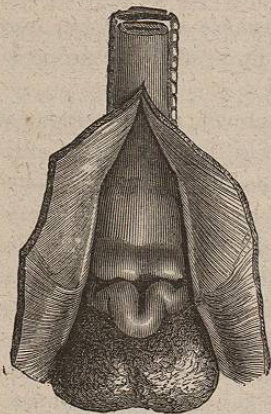


Fig. 17. — Laryngite œdémateuse.

les bords sont minces et tranchants en quelque sorte à l'état ordinaire, deviennent épais, ronds, cylindriques. Dans les cas extrêmes ils se touchent par leurs bords, ou ne laissent subsister dans leur intervalle qu'une mince fente dont le gonflement de l'épiglotte vient encore diminuer l'étendue. La muqueuse qui les recouvre est quelquefois rouge, injectée, ecchymosée; quelquefois (œdème non inflammatoire ou peu inflammatoire) pâle et décolorée.

L'œdème est beaucoup plus rare au niveau de la glotte même (*œdème glottique*). Là ce sont les bandes ventriculaires ou fausses cordes vocales, qui sont le plus souvent atteintes. Le tissu cellulaire sous-muqueux des ventricules amène par son gonflement l'effacement de ces cavités. Les cordes vocales elles-mêmes se tuméfient; mais elles sont rarement très gonflées. La plupart du temps elles le sont inégalement. Presque toujours ces lésions dépendent d'une altération des cartilages du larynx, laquelle est ordinairement limitée, unilatérale.

L'*œdème sous-glottique* est très rare. On l'a rencontré pourtant non seulement au niveau du cricoïde, mais même étendu à la partie supérieure de la trachée.

Cruveilhier a publié un cas unique jusqu'ici de laryngite phlegmoneuse diffuse et suppurée.

Nature du liquide infiltré. — Séreux, séro-sanguinolent, il devient parfois séro-purulent, ou presque complètement purulent. Il est très

rare de voir des abcès circonscrits succéder à l'œdème. On en connaît pourtant quelques cas. Une collection purulente n'apparaît guère qu'au voisinage d'un cartilage malade. Sur le cadavre, la sérosité à demi coagulée s'écoule difficilement quand on incise et même quand on presse les parties tuméfiées.

Symptômes et diagnostic. — La *dyspnée*, symptôme prépondérant de l'œdème de la glotte, fait toute la gravité de l'affection. Légère au début et graduellement croissante, dans quelques cas, elle se montre ailleurs avec une soudaineté effrayante. Dans les blessures, les brûlures, les corps étrangers du larynx en particulier, la mort par suffocation peut arriver quelques minutes après l'apparition de la dyspnée. Même lorsqu'elle s'accroît régulièrement, elle présente des exaspérations subites, accès de suffocation au milieu desquels la mort survient souvent.

La cause de la dyspnée est toute mécanique d'abord. Le larynx est obstrué par le gonflement des replis aryténo-épiglottiques (pour parler des cas les plus fréquents), auquel s'ajoute l'augmentation de volume de l'épiglotte. Son canal peut être réduit au point de n'être plus qu'une mince fente, ou un petit orifice dans lequel une plume de corbeau s'engagerait avec difficulté. A l'obstacle mécanique se joint d'ailleurs bientôt le spasme laryngien. Il prend surtout une large part à la production des accès de suffocation. On a donné longtemps comme caractéristique de la dyspnée laryngienne, par œdème des replis aryténo-épiglottiques, cette particularité, que l'inspiration surtout est difficile. Les replis, pensait-on, agissaient ici à la façon de soupapes qui se fermaient dans le premier temps de la respiration et s'écartaient sans difficulté dans le second. Ziemssen met en doute la valeur de ce signe et fait remarquer que le spasme du larynx produit souvent le même phénomène. La paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur aboutit au même résultat, à la sténose inspiratoire du larynx. Il ne faudra donc pas se hâter de conclure de la difficulté de l'inspiration à l'existence d'un œdème des replis aryténo-épiglottiques. Le diagnostic doit reposer sur des signes plus certains.

On note encore, parmi les symptômes respiratoires de la laryngite œdémateuse, *une douleur* (peu significative) au niveau du larynx, *une toux* éteinte, ou plutôt des efforts continuels pour rejeter quelques mucosités, *une voix* basse, rauque, parfois une aphonie complète.

La *déglutition* est gênée, de son côté, par le gonflement de l'épiglotte, surtout la déglutition des liquides. Ceux-ci se déversent facilement dans le larynx; chaque tentative de déglutition devient alors l'occasion de suffocation.

Tous ces symptômes, surtout chez un malade qui présentait déjà quelque altération du larynx, permettent assurément de soupçonner l'invasion de la laryngite œdémateuse. Mais le diagnostic n'est certain que lorsqu'il repose sur l'examen physique des parties malades.

L'exploration de ces parties se fait avec le doigt ou par la vue au moyen du laryngoscope. Le *doigt* fournit d'excellents renseignements. Il permet d'apprécier l'augmentation de volume de l'épiglotte et de sentir les replis aryéno-épiglottiques gonflés, arrondis au point de donner une sensation semblable à celle que font éprouver les amygdales (Krishaber); mais cet examen doit être fait avec précaution. Il expose à la production d'accès de suffocation. Le *laryngoscope* conduit à des résultats encore meilleurs; il permet de reconnaître non seulement l'œdème des parties supérieures du larynx, mais celui de la glotte proprement dite et même des parties plus profondes; par malheur son application est souvent difficile, parfois impossible. Avant d'employer le toucher digital ou d'essayer du laryngoscope, on s'efforcera toujours d'obtenir l'anesthésie du pharynx par les solutions de cocaïne.

Cet examen permettra d'éliminer toutes les affections qui, par la dyspnée et les accès de suffocation qu'elles provoquent, ressemblent à l'œdème du larynx: nous ne ferons que signaler la laryngite striduleuse, le croup, les polypes et les corps étrangers du larynx, maladies à accès de suffocation, et les abcès rétro-pharyngiens, le rétrécissement de la trachée, l'anévrysme de l'aorte, qui déterminent plutôt une dyspnée continue, mais qui peuvent aussi s'accompagner d'accès plus ou moins graves.

Marche. — Terminaison. — Pronostic. — Il n'y a pas une laryngite œdémateuse, mais des laryngites dont la marche et la terminaison varient beaucoup suivant les cas qui les ont produites. L'affection atteint souvent des malades qui jusque-là n'avaient présenté aucun trouble laryngé. Chez eux, elle peut apparaître brusquement, de la façon la plus inattendue, ou être précédée de légers troubles de la voix. D'autres, au contraire, étaient manifestement atteints depuis plus ou moins longtemps d'une maladie du larynx.

Une fois établi, l'œdème laryngé ne rétrocede guère. Les phénomènes vont au contraire en augmentant progressivement, coupés plus ou moins souvent par des accès de suffocation. On a devant les yeux l'effrayant tableau d'une asphyxie qui graduellement s'accroît de plus en plus, ou qui tout d'un coup est portée au plus haut degré. On voit alors le malade se lever, s'accrocher aux objets qui l'entourent, ouvrir la bouche dans des efforts désespérés de respiration. Malgré ces efforts suprêmes, l'air n'entre pas dans la trachée, la face et les extrémités se cyanosent, les yeux font saillie hors de l'orbite, des convulsions se produisent et le malade souvent succombe rapidement.

Quelques malades guérissent spontanément, même après plusieurs accès de suffocation; d'autres sont sauvés par l'intervention chirurgicale; mais, il faut en convenir, c'est la minorité qui échappe à la mort. Sur 215 cas relevés par Sestier, la terminaison fatale s'est produite 158 fois.

Certaines formes sont nécessairement plus graves que d'autres: celles qui frappent sur des sujets débilités, celles qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde, celles qui s'accompagnent de lésions profondes du larynx et du cou. Les œdèmes qui surviennent au cours de la syphilis ou de la tuberculose sont les moins graves (Morell-Mackenzie). La trachéotomie ne fournit pas autant de guérisons qu'on pouvait s'y attendre. Les complications pulmonaires sont communes après l'opération et emportent souvent les malades. Selon Sanné, la mortalité la plus grande s'observe de dix à trente ans, puis de cinquante à soixante-dix ans. C'est entre trente et cinquante que les malades résistent le mieux.

Traitement. — Les *moyens médicaux* sont médiocrement efficaces. Citons les pulvérisations dans la gorge de liquides astringents comme une solution de tannin (Trousseau), l'application sur les replis épiglottiques d'une solution de nitrate d'argent à 1/20 ou 1/50 au moyen d'un pinceau; les sangsues placées de chaque côté du larynx; les compresses chaudes sur le cou, la glace à l'intérieur par petits morceaux fréquemment administrés, les purgatifs, les pédiluves aussi chauds que possible, etc.

Lorsque ces moyens échouent, que la dyspnée augmente encore, il faut recourir aux *moyens chirurgicaux*; ils sont au nombre de deux, la *scarification* et la *trachéotomie*. La scarification, pratiquée pour

la première fois par Lisfranc, peut se faire avec un bistouri effilé, garni de linge jusqu'auprès de sa pointe, ou avec un ongle taillé en pointe, suivant le conseil de Legroux. Il est préférable de se servir d'un bistouri spécialement construit pour le larynx et conduit au moyen du laryngoscope. On doit, autant que possible, faire d'assez longues incisions; elles permettent mieux le dégorgeement des parties malades. On a ainsi ouvert quelques abcès du larynx.

Malgré les accidents pulmonaires qui la suivent trop souvent, la *trachéotomie* est encore le plus efficace et le plus recommandable de tous les moyens de traitement. Le médecin doit être toujours prêt à la pratiquer. Le malade peut être emporté en quelques minutes s'il n'est pas opéré à temps.

2° *Périchondrite du larynx et nécrose des cartilages.*

L'inflammation du périchondre du larynx et la nécrose des cartilages, qui en est la suite ordinaire, ont été souvent indiquées par différents observateurs. La première monographie importante a été écrite à Berlin par Rühle en 1861. Les descriptions fournies par Ziemssen dans le *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie* et par Morell-Mackenzie servent de base à l'article que nous consacrons à cette grave affection.

Étiologie. — La périchondrite peut être *primitive*; le fait est indéniable, mais sous cette forme elle est extrêmement rare. A peine en compte-t-on 3 ou 4 cas certains. A l'état de maladie *secondaire*, elle est au contraire assez commune.

Elle succède le plus souvent à des altérations de la muqueuse du larynx, qui ont intéressé toute l'épaisseur de cette membrane et mis à nu les cartilages. Les ulcérations tuberculeuses tiennent ici le premier rang. Elles se trouvent disséminées sur toute la surface du larynx; mais leur maximum de fréquence est au voisinage des cartilages aryténoïdes; nous aurons à insister sur les conséquences de cette disposition.

Les altérations tertiaires de la syphilis, gommès et ulcérations destructives, doivent être citées après la tuberculose. L'épiglotte est ici plus souvent atteinte que les cartilages vrais; mais ceux-ci sont aussi frappés. On a publié quelques observations de périchondrite chez des enfants âgés de quelques mois et affectés de syphilis héréditaire.

Le cancer du larynx très souvent encore s'accompagne, lorsqu'il s'ulcère, de la nécrose des cartilages. L'accident n'ajoute pas beaucoup à la gravité de l'affection primitive.

Les ulcérations profondes qui entament la muqueuse du larynx au cours de la fièvre typhoïde peuvent conduire au même résultat. Il semble, suivant la remarque de Ziemssen, que le périchondre soit moins souvent atteint depuis que les typhiques sont soumis méthodiquement à un traitement antipyrétique et tonique. Dans quelques cas de laryngo-typhus, le cartilage semblait frappé tout d'abord, avant qu'il se fût produit aucune ulcération de la muqueuse.

Restlag a noté un cas de périchondrite dans la pleurésie purulente, et un autre dans une myélite.

Sur 65 autopsies relevées par Morell-Mackenzie et par Restlag, nous trouvons 49 hommes et 16 femmes. C'est de vingt à trente ans que la maladie est la plus fréquente.

Anatomie pathologique. — La périchondrite du cartilage thyroïde est relativement peu commune. Celle du cricoïde et de l'aryténoïde le sont beaucoup plus. L'une de ces dernières se présente à peu près aussi souvent que l'autre. Très souvent elles coexistent. La maladie est presque toujours, comme nous l'avons dit, le résultat d'une inflammation propagée de la muqueuse, au niveau d'une ulcération destructive. Le périchondre mis à nu s'altère, il s'épaissit, s'infiltré de pus et bientôt se trouve séparé du cartilage par une collection purulente. Ce décollement se produit le plus souvent à la face interne du cartilage, du côté du canal laryngien lui-même; mais il peut siéger aussi à sa face externe. Il se complique souvent, dans ce dernier cas, d'un phlegmon de voisinage. Les abcès périchondriques s'ouvrent, suivant leur position, à l'intérieur du larynx, ou au dehors du côté de la peau. Ils présentent quelquefois cette double ouverture.

Séparé de son enveloppe nourricière, le cartilage s'est altéré de son côté. Les cellules ont subi la dégénération graisseuse, la substance intercellulaire elle-même s'est gonflée et ramollie. A la fin il se nécrose en totalité ou en partie. Après un séjour plus ou moins prolongé dans le pus qui le baigne, on le retrouve fragmenté, coloré en gris sombre, brun, ou noir, même, si le foyer purulent communique avec l'air extérieur. Lorsque l'abcès est ouvert d'une façon suffisante, le cartilage est éliminé, soit en totalité, s'il s'agit d'un

cartilage de petit volume comme l'aryténoïde, soit par fragments. La cicatrisation du foyer purulent peut s'obtenir après cette élimination, non sans que la glotte se trouve déformée, rétrécie, d'une façon plus ou moins sérieuse.

La nécrose frappe-t-elle sur un des grands cartilages, sur le thyroïde ou le cricoïde, une semblable guérison est à peu près impossible. L'ouverture de l'abcès reste fistuleuse, et comme cette ouverture est souvent double, il se forme des trajets qui font communiquer l'intérieur du larynx avec le dehors.

On connaît des formes atténuées de la périchondrite dans lesquelles, après une période d'inflammation non suppurative plus ou moins longue, le périchondre reste simplement épaissi. Dans d'autres, les cartilages s'ossifient; mais ils finissent quelquefois par être ensuite frappés de carie.

Symptômes et diagnostic de la périchondrite du larynx.

— Comme la périchondrite est dans l'immense majorité des cas une affection secondaire, les symptômes qui lui appartiennent succèdent et se mêlent à ceux de la maladie primitive. Il est donc bien difficile de la reconnaître à son début. On indique comme des symptômes habituels : une douleur sourde au niveau du cartilage malade, douleur laryngée ou pharyngée, augmentée soit par les mouvements communiqués au larynx, soit par l'exercice de la déglutition ou de la phonation; de la toux, une voix sourde et rauque, le gonflement des ganglions lymphatiques avoisinants. On comprend que ces symptômes n'ont rien de pathognomonique.

Un peu plus tard, l'examen physique donne des résultats plus nets. A l'extérieur, dans les grandes périchondrites qui ne sont pas, il est vrai, bien communes, le larynx paraît tuméfié, augmenté de volume, lorsque l'inflammation siège à sa face externe; on constate ensuite l'existence d'une collection profonde, à son niveau. Par l'examen laryngoscopique on découvre toujours, au contraire, une tuméfaction plus ou moins considérable au niveau des parties atteintes. Ce gonflement n'aurait rien d'absolument caractéristique, si l'on ne savait que des lésions de ce genre, limitées à une partie déterminée du larynx, correspondent précisément dans l'immense majorité des cas à des altérations cartilagineuses. Dans cette même inspection on constate souvent la paralysie de tel ou tel muscle, paralysie liée à l'altération du cartilage sur lequel ce muscle prend son insertion

principale. On peut quelquefois, surtout s'il s'agit du cartilage aryténoïde, voir l'orifice par lequel l'abcès périchondrique sera venu se vider, apercevoir et toucher avec un stylet approprié le cartilage nécrosé. Enfin, lorsque le cartilage a été éliminé, la forme de la glotte a subi une altération qui saute aux yeux.

On a cité quelques cas d'emphysème sous-cutané succédant à l'ouverture d'un abcès périchondrique (Ziemssen, Rokitansky, Wilks).

Selon que la périchondrite frappe sur telle ou telle portion du larynx, les phénomènes sont un peu différents; celle du cartilage aryténoïde est remarquable par la limitation du gonflement à la région latérale et postérieure de l'orifice supérieur du larynx, au niveau du siège des cartilages de Santorini et de Wrisberg, et par l'immobilité complète de la corde vocale correspondante. Lorsque l'un des cartilages aryténoïdes a été éliminé, ce qui se fait quelquefois sans trouble excessif des fonctions, la direction de la glotte est modifiée. Au lieu d'être médiane, antéro-postérieure, elle est dirigée obliquement d'avant en arrière et du côté malade.

Le cricoïde est rarement frappé dans ses parties minces, c'est-à-dire dans ses lames antérieures et latérales. Presque toujours c'est sa portion postérieure élargie qui est atteinte. Ordinairement l'affection débute sur un des côtés et porte simultanément sur l'aryténoïde correspondant. La gêne respiratoire est toujours beaucoup plus marquée que dans la nécrose de l'aryténoïde seul. Elle peut être poussée à un degré extrême et devenir rapidement incompatible avec la vie. On constate souvent ici l'immobilité du cartilage aryténoïde par ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne. On trouve aussi des paralysies du muscle crico-aryténoïdien postérieur, par suite de son infiltration inflammatoire ou tuberculeuse. Cette lésion conduit à une véritable sténose inspiratoire de la glotte.

Lorsque la périchondrite du thyroïde est à la fois externe et interne, l'ouverture de la collection donne souvent naissance, comme nous l'avons déjà indiqué, à des fistules qui pénètrent dans le larynx. On a pu dans ce cas apercevoir avec le laryngoscope la pointe d'un stylet introduit par l'orifice cutané (Schrötter), faire passer de la même façon dans le larynx des injections colorées (Ziemssen), constater même la sortie de crachats au niveau de l'ouverture extérieure. Krieg a relevé quatre faits semblables, dont l'un lui est personnel. Un autre appartient à Andral.

En somme, le diagnostic de la péri-chondrite se base sur l'exploration extérieure, sur la recherche de la douleur spontanée ou provoquée, sur l'existence d'une suppuration et d'une fistule du larynx, et surtout sur l'examen laryngoscopique. Sans ce dernier moyen, la plupart des cas passeraient inaperçus.

Les phénomènes de sténose laryngée donnent souvent l'éveil, quoiqu'ils puissent manquer. Les commémoratifs sont de la plus haute importance.

Terminaison. — Pronostic. — Le pronostic de la péri-chondrite est extrêmement grave. A part les cas légers dont nous avons parlé,



Fig. 18. — Dilatateur pourvu supérieurement d'une anse de fil qui permettra de le retirer; comme on le voit, ce dilatateur se continue en bas par une partie rétrécie, sorte de collet qui s'engage dans une fenêtre de la canule trachéale, la petite boule qui termine en bas le dilatateur.



Fig. 19. — Pince destinée à maintenir fixée dans une fenêtre de la canule trachéale, la petite boule qui termine en bas le dilatateur.

et qui presque tous sont de nature syphilitique, les autres ont pour terminaison ordinaire la mort. Celle-ci arrive par le fait de la maladie primitive que la complication aggrave singulièrement, ou par suite de l'état de marasme dans lequel la suppuration péri-chondrique jette peu à peu les malades, ou bien encore sous le coup d'un œdème de la glotte qui peut toujours se produire subitement. Quelques malades guérissent après avoir subi la trachéotomie. Chez eux les cartilages frappés s'éliminent heureusement; mais leur disparition laisse le plus souvent le larynx déformé et si rétréci que l'ablation de la canule devient impossible.

Traitement. — Au début, surtout si l'on croit avoir affaire à une péri-chondrite primitive, on a d'abord recours ou traitement que nous indiquons à propos de la laryngite phlegmoneuse; on met en usage tous les moyens antiphlogistiques possibles. Les scarifications et les incisions profondes faites au niveau de la surface interne du larynx, au moyen d'un couteau approprié, et avec l'aide du miroir laryngoscopique, combattent l'œdème de la glotte, et permettent même d'ouvrir des collections purulentes intra-laryngées. Si des collections du même genre se montrent au dehors, à la surface externe des cartilages du larynx,

il y a tout intérêt à les ouvrir de très bonne heure. Quoiqu'il en soit, la trachéotomie devient le plus souvent nécessaire. Elle permet de prolonger quelque peu la vie chez les malades atteints déjà d'une affection mortelle comme la phthisie. A d'autres (syphilis, lésions traumatiques), elle procure une guérison définitive, mais presque toujours imparfaite, en ce sens que l'établissement d'un rétrécissement du larynx après la péri-chondrite est presque fatal.

Dans ces conditions, l'opéré est obligé de conserver la canule tant que le passage de l'air par le larynx n'est pas rétabli. Or, la reconstitution du canal laryngien est une entreprise des plus difficiles. On cite quelques rares observations de *section de brides* intra-laryngiennes. La plupart du temps le canal doit être ramené à un calibre convenable par la *dilatation*. Pratiquée quelquefois de

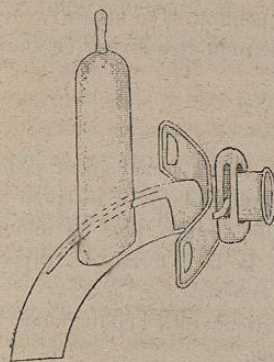


Fig. 20. — Bagues et canules de Schrötter.

bas en haut, surtout dans les lésions traumatiques de la trachée et du larynx, la dilatation se fait surtout de haut en bas au moyen d'instruments introduits par la bouche. Ce sont : des pinces dilatatrices, comme la pince à trois branches de Morell-Mackensie, ou l'olive à valves mobiles de Navratil, etc., ou encore des bougies de diamètre croissant, et surtout suivant la méthode

actuellement pratiquée par Schrötter, une série de petits tampons métalliques creux construits de telle façon qu'ils puissent être portés au moyen d'une tige recourbée dans l'ouverture du larynx, accrochés à une fenêtre faite à la partie convexe de la canule trachéale et laissés en place aussi longtemps qu'on le désire. On les retire au moyen d'un fil dont ils sont pourvus à leur partie supérieure. — Schrötter paraît avoir obtenu

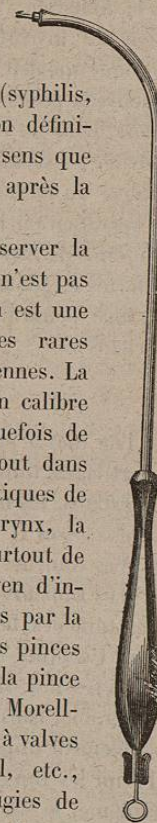


Fig. 21. — Conducteur qui sert à porter dans le larynx le dilatateur et à ramener par la bouche les fils qui permettent de l'extraire.

de cette façon de nombreux succès. Mais entre les mains des praticiens la dilatation a rarement produit des effets bien utiles. L'introduction des instruments est difficile, pénible pour le malade; elle a provoqué souvent de la fièvre, de l'œdème du larynx, voire même une nouvelle péri-chondrite.

Heine, pour un cas d'extrême rétrécissement succédant à la péri-chondrite, a exécuté la résection partielle, sous-péri-chondrique, des cartilages du larynx (décembre 1874). Bruns a répété avec succès cette opération en 1880; il a extirpé la partie antérieure du thyroïde et du cricoïde sur une largeur de 1 centimètre 1/2. Le larynx transformé en gouttière a subi facilement la dilatation, mais le malade a dû être pourvu, comme l'avait été celui de Heine, d'un larynx artificiel.

3° Tumeurs du larynx.

Si l'on met à part les échondroses développées à la face interne des cartilages, tumeurs dont on compte à peine trois ou quatre exemples certains, les néoplasmes laryngiens peuvent être divisés en deux grandes classes :

- a. Les tumeurs bénignes, ou polypes.
- b. Les tumeurs malignes, ou cancers.

Les tumeurs bénignes sont loin d'être toutes franchement pédiculées. Quelques-unes ont une base absolument large et méritent le nom de sessiles. Mais toutes font une saillie limitée, plus ou moins considérable, dans la cavité laryngienne. De là le terme de polype, passablement impropre, il est vrai, mais consacré par l'usage.

Parmi les tumeurs malignes, nous mentionnerons l'épithélioma, le carcinome, le sarcome, le lympho-sarcome.

§ 1. — Tumeurs bénignes, polypes du larynx.

Cette affection n'a commencé à être connue qu'au milieu du siècle dernier. Koderik, vers 1750, aurait opéré par la bouche un polype implanté sur le larynx. Lieutaud, dans son *Historia anatomica medica*, 1767, rapportait deux cas dans lesquels une mort inattendue fut expliquée par la présence de tumeurs semblables, découvertes à l'autopsie. Après ces deux auteurs, des observations isolées paraissent de temps en temps; mais la première monographie importante, celle

d'Ehrmann, n'est publiée qu'en 1850 à Strasbourg. Middeldorpf à Breslau, en 1854, en écrit une seconde qui porte sur 64 cas. Le nombre des faits connus était arrivé à 80 (Ziemssen) lorsque l'invention du laryngoscope vint faciliter singulièrement l'étude de ces polypes. Une trentaine d'années à peine s'est écoulée depuis lors, et c'est maintenant par centaines ou par milliers que les faits se comptent. Fauvel en avait à lui seul observé 500 et opéré 220 en 1875.

Étiologie. — Causit, dans sa thèse inaugurale, en 1867, a démontré que les polypes du larynx n'étaient pas rares dans la première enfance, et que même ils pouvaient être congénitaux. Depuis lors de nombreux observateurs ont fourni beaucoup de faits nouveaux. Dans la seconde enfance, les polypes sont déjà moins communs. C'est à la période moyenne de la vie qu'on les rencontre le plus souvent. Sur 100 malades traités par Morell-Mackenzie, 72 avaient de vingt à cinquante ans. Sur les 500 malades de Fauvel, 257 avaient de vingt à soixante ans; 111 étaient compris entre trente et quarante ans.

Le sexe masculin est affecté dans une proportion d'environ trois contre un pour le sexe féminin.

Toutes les causes d'irritation fréquente de la muqueuse laryngée, tout ce qui peut engendrer la laryngite chronique, semble propre à favoriser le développement des polypes. L'usage abusif de la voix dans le chant, dans la lecture à haute voix, dans le commandement militaire, joue ici un rôle important. On a incriminé aussi les corps étrangers, les gaz et les poussières irritantes, l'abus du tabac, les maladies aiguës antérieures et surtout les fièvres éruptives, qui ont toutes leurs déterminations laryngées. La syphilis et la tuberculose donnent naissance à des végétations au niveau des parties ulcérées, et non à de véritables polypes.

Anatomie pathologique. — La plupart des polypes du larynx sont des *papillomes*. Mackenzie en comptait 67 sur les 100 cas analysés par lui. Dans les tableaux de Fauvel, le papillome entre pour 206 sur 500 observations. Après lui, si l'on en croit encore Fauvel, le *myxome* se présenterait encore avec une certaine fréquence : 55 observations sur 500. Mais la plupart des auteurs sont d'un avis différent. Pour Ziemssen, le myxome est extrêmement rare, et Mackenzie dit n'en avoir rencontré qu'un seul cas. Le *fibrome*, qui se