

EXAMEN DU LARYNX

Technique.**Préparatifs.****Éclairage.**

Généralement indirect, avec lampe à pétrole, à huile, à gaz (bec Auer) et miroir réflecteur frontal (concave) assujéti autour de la tête par un bandeau ou sur la tête par un arc métallique (fig. 156).

Miroirs laryngiens.

On a recours de préférence aux miroirs ronds (fig. 157). Il y en a 7 grandeurs, les n^{os} 0, 3, 5 suffisent dans la majorité des cas.

On fixe d'habitude le miroir à un manche métallique mobile.

La désinfection de ces instruments est opérée, en les plongeant dans une solution d'oxycyanure de mercure à 5 p. 1000 (qui n'altère pas les instruments).

Solution.

Carbonate de soude à 1/10 dans une soucoupe (le miroir plongé dans cette solution n'est pas terni par la buée du pharynx).

Compresse.

Carré de linge propre pour tenir la pointe de la langue.

Laryngoscopie.**Position.**

Sujet assis en face de l'opérateur, les jambes écartées.

Source lumineuse (lampe...) placée sur une table, à

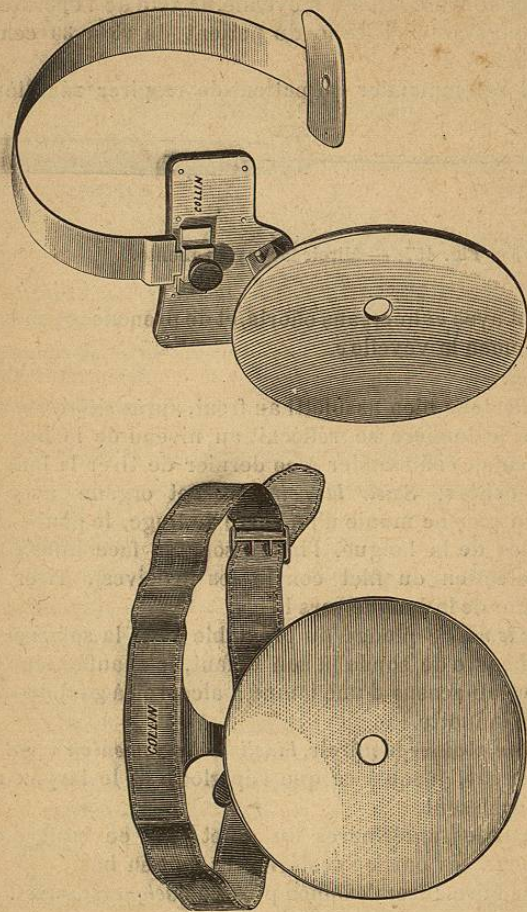


Fig. 156. — A, miroir frontal à bandeau. — B, miroir frontal monté sur un arc métallique, à ressort.

la hauteur de la bouche du sujet et sur l'un des côtés (généralement le droit) de ce sujet. L'opérateur s'assied en face du malade, les genoux entre

ceux de ce dernier, pour pouvoir s'approcher à la distance convenable. En moyenne, la tête de l'opérateur sera distante de celle du patient de 25 à 30 centimètres.

Enfin, recommander au patient de respirer réguliè-

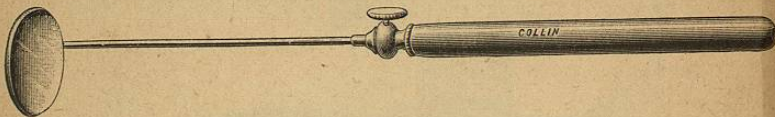


Fig. 157. — Miroir laryngien monté.

ment avec calme, sans efforts, et de prononcer pendant l'examen la voyelle *e*.

Exécution.

Le réflecteur bien assujéti au front, après s'être assuré que la lumière se réfléchit au niveau de la bouche du sujet, commander à ce dernier de tirer la langue au dehors. *Saisir la pointe de cet organe avec la main gauche munie d'un carré de linge, le pouce sur le dos de la langue, l'index sous sa face inférieure (protection du filet contre les incisives). Tirer la pointe de la langue vers le bas.*

Porter le miroir plongé au préalable dans la solution de carbonate de soude [à son défaut, le chauffer légèrement au-dessus d'une lampe à alcool ou à gaz], jusque sous la luette.

Élever ou abaisser le miroir, l'incliner légèrement en avant ou en arrière, jusqu'à ce que l'épiglotte et le larynx s'y réfléchissent.

Les parties antérieures du sujet sont en haut dans l'image, les parties postérieures sont en bas.

Ne pas faire durer l'examen plus de *quelques secondes*. Le réitérer plutôt, à plusieurs reprises.

Chez certains sujets très excitables, il est bon de préparer l'examen soit par une pulvérisation de cocaïne à 1/10, soit — si rien ne presse — en recommandant

au patient de se toucher plusieurs fois par jour le fond de la gorge avec le manche d'une cuillère (pour diminuer le réflexe pharyngien).

PLAIES DU COU

Organes importants de la région : conduit laryngo-trachéal, pharynx et œsophage, vaisseaux.

PLAIES DU CONDUIT LARYNGO-TRACHÉAL

On peut observer une section (coup de rasoir), une piqûre (coup de fleuret), une plaie contuse (écrasement).

Pronostic. — Réservé (en particulier à cause de l'infection broncho-pneumonique).

Traitement.

A. SECTION DE LA RÉGION THYRO-HYOÏDIENNE.

On voit dans le fond l'épiglotte détachée, le pharynx à nu et, au-dessous, le larynx.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

Opération.

Pas de suture.

Nettoyer aseptiquement les environs de la plaie.

Élargir la plaie, si elle est étroite ; la nettoyer.

Pincer et lier les vaisseaux qui saignent.

Fléchir la tête en avant et mettre un *pansement sec aseptique*, avec beaucoup d'ouate, peu serré par quelques circulaires.

Suites.

Le blessé sera maintenu dans le *calme* et le *silence*, immobile, à demi couché, la tête maintenue fléchie par un bonnet ou un mouchoir.

Il sera nourri à la *sonde œsophagienne* (p. 81).

Faire le *pansement tous les jours* et surveiller la cica-

trisation qui ne doit se produire que progressivement, de l'intérieur à l'extérieur.

Si la *suppuration* se déclare, faire des pansements humides, et bien déterger tous les jours la plaie pour empêcher le pus de tomber dans les voies aériennes.

Éviter tout mouvement de toux. Recourir aux calmants (opium, codéine), si besoin. Une broncho-pneumonie peut se déclarer, consécutive ou non à la suppuration de la plaie.

B. SECTION DU CARTILAGE THYROÏDE.

Le larynx est ouvert.

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 407).

[*Instruments.*

Catgut fin (n^{os} 0 et 1).

Aide.

Un].

2° de la trachéotomie (p. 225).

Opération.

Position.

Décubitus dorsal.

Exécution.

Faire la *trachéotomie supérieure préventive*. Une fois la canule dans la trachée agir comme suit :

Nettoyer les environs de la plaie et la plaie elle-même.

Suturer les lames thyroïdiennes de chaque côté par deux ou trois points passant dans le cartilage, en dehors de la muqueuse.

Réunir les *plans musculo-fibreux* par un surjet de catgut.

Réunir la peau au *crin*.

Pansement.

Aseptique sec, la tête fléchie en avant et maintenue ainsi par la position dans le lit (nombreux oreillers).

Suites.

La canule sera enlevée au *bout de quelques jours* (le plus

tôt possible). Quant à la plaie thyroïdienne, elle sera pansée à plat, la tête maintenue fléchie.

Le blessé sera nourri à la *sonde œsophagienne* (p. 84), jusqu'à cicatrisation complète (trois à quatre semaines).

C. SECTION DE LA MEMBRANE CRICO-THYROÏDIENNE.

On entend un sifflement aérien.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 407).

[Catgut 00].

Opération.

Après nettoyage aseptique des environs : 1° *Suturer* au catgut 00, à points séparés, sans traverser la muqueuse, la plaie de la *membrane crico-thyroïdienne*, et les *muscles crico-thyroïdiens* et sous-hyoïdiens.

2° *Suturer la peau*, au crin de Florence.

Pansement.

Sec aseptique. Bandage circulaire.

Tête maintenue fléchie.

Suites.

Enlever les crins au septième jour. Conserver la flexion de la tête pendant une dizaine de jours.

D. SECTION DE LA TRACHÉE.

Section totale. — Le bout inférieur rétracté à la base du cou est encombré de sang, le malade asphyxie.

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 407).

[Catgut fin (n^o 0)].

2° De la trachéotomie (p. 225).

Opération.

La situation est urgente.

Aller à la *recherche du bout inférieur*. Essayer de le saisir et de le relever avec une pince. S'aider, au besoin,

d'une incision descendant sur le devant du cou. Traverser les bords de ce bout avec deux fils, pour le bien tenir en dehors.

Évacuer le sang tombé dans la trachée, avec la toux provoquée, la succion. Faire la respiration artificielle. Inciser sur la ligne médiane, les deux ou trois premiers anneaux.

Introduire une canule à trachéotomie.

Suturer bout à bout les deux tronçons de trachée, par des points de catgut séparés, en ayant soin de ne pas leur faire traverser la muqueuse.

Pas de suture cutanée.

Pansement.

Sec aseptique. Bandage circulaire peu serré.

Tête maintenue à demi fléchie.

Calme et repos.

Section partielle.

Si la plaie est nette, récente, essayer de la suture comme précédemment, sauf à faire la trachéotomie en cas de nécessité.

Si la plaie est infectée ou si le médecin ne peut exercer une surveillance suffisante, il est préférable de faire précéder les sutures de la mise en place de la canule à trachéotomie.

E. PIQURE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE.

Diagnostic. Souvent difficile. Se baser sur la direction et la profondeur de la pénétration probable de l'agent vulnérant, l'emphysème sous-cutané, l'expectoration sanglante.

Traitement.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (sans les instruments) (p. 107).

Opération.

Nettoyage aseptique de la plaie.

Pansement.

Sec aseptique, à plat.

Suites.

Se tenir prêt à faire la trachéotomie, en cas d'asphyxie.

F. PLAIE CONTUSE.

Cartilages fragmentés, déchirures irrégulières de la muqueuse.

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 107).

2° De la trachéotomie (p. 225).

Opération.

Faire tout d'abord la trachéotomie et mettre une canule. Nettoyer la plaie, la déterger, exciser les lambeaux presque séparés des tissus.

Ne pas suturer.

Pansement.

A plat, sec aseptique.

G. PLAIE PAR ARME À FEU.

Préparatifs.

1° Du traitement des plaies en général (p. 107).

2° De la trachéotomie (p. 225).

Opération.

Faire d'abord la trachéotomie et mettre une canule.

Après seulement, s'occuper de la plaie, pour, s'il y a lieu, l'agrandir, la nettoyer, y lier des vaisseaux et la tamponner.

Pansement.

Sec aseptique.

PLAIES DES VAISSEAUX

Ces plaies intéressent les veines superficielles, l'artère carotide primitive ou l'une de ses branches ou la veine jugulaire profonde.

Hémorragies primitives.

VEINES SUPERFICIELLES.

Ecoulement en nappe de sang foncé.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).
(Gaze iodoformée).

Opération.

Après nettoyage aseptique de la plaie (p. 109), la tamponner à la gaze iodoformée.

Pansement.

Sec aseptique, un peu serré par un bandage circulaire.
Retirer le tampon au bout de quarante-huit heures.

ARTÈRES.

Jet de sang énorme, rouge, saccadé.

Si l'on assiste à l'accident :

Compression de la carotide, au bord antérieur du sternocléido-mastôïdien, sur la ligne des apophyses transverses, au niveau du tubercule de la sixième cervicale.

Si le blessé n'est vu qu'au bout de quelque temps, on observe un gros hématome du cou, qui, abandonné à lui-même, peut finir par suppurer ou est une menace constante d'asphyxie.

L'indication est d'ouvrir cet hématome.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Aiguille de Deschamps.

Deux écarteurs.

Catgut fort (n° 2 ou 3).

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides :

Au moins deux (un pour l'anesthésie)].

Opération.**Position.**

Décubitus dorsal, les épaules soulevées par un coussin, la tête inclinée du côté opposé à la lésion.

Exécution.

Débrider la plaie en long sur le *bord antérieur* du sternomastôïdien. Récliner ce muscle en arrière.

Nettoyer la profondeur des caillots et du sang qui s'y trouvent.

Pincer solidement le vaisseau qui donne : c'est le *bout inférieur*.

Rechercher ensuite le *bout supérieur* pour le pincer ; en faire autant pour les autres artérioles.

Après avoir dénudé les bouts de l'artère un peu plus loin que le niveau de la section, faire de chaque côté une double ligature au catgut, conduit soit avec l'aiguille de Deschamps, soit avec une sonde cannelée. Serrer le fil progressivement et fort.

Lier les artérioles pincées et nettoyer soigneusement le foyer.

Diminuer la longueur de la plaie par *quelques points* de suture.

Pansement.

Sec aseptique, un peu serré. Bandage circulaire du cou.

Suites.

Enlever les crins le septième jour.

Continuer le pansement aseptique pendant quelques jours.

VEINE JUGULAIRE.

Cette veine, affaissée, est difficile à trouver dans la plaie.

Préparatifs.

Les mêmes que pour les plaies en général (p. 107).

(Gaze iodoformée).

Opération.

Ligature circonscrite des deux bouts dans la plaie avec du fort catgut.

Ne jamais faire de ligature latérale.

Lorsqu'il y a de grandes difficultés de recherche, mieux vaut recourir de suite à la *ligature de la carotide primitive* (p. 217).

Une fois cette ligature faite, s'occuper de la plaie. Désinfecter soigneusement le foyer traumatique et le *tamponner* à la gaze iodoformée (pour prévenir le retour du sang par le bout supérieur).

Surveiller attentivement le blessé.

Si l'hémorragie revient, essayer de lier le bout supérieur de la veine. Sinon, lier *temporairement* la carotide primitive (p. 217) du côté opposé. Pour cela, serrer modérément un catgut autour du vaisseau. Au bout de quelques heures, on peut enlever cette ligature.

Pansement, comme précédemment.

Hémorragies secondaires.

Elles sont dues à l'infection de la plaie et apparaissent généralement du sixième au septième jour.

Traitement.

D'urgence et provisoirement : tamponnement de la plaie avec de la gaze aseptique ou iodoformée. Dans les régions profondes (abcès amygdaliens, phlegmons sus-hyoïdiens), employer la *compression locale de la carotide* sur le tubercule de Chassaignac (tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la 6^e vertèbre cervicale), avec les doigts repliés en crochet sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

S'occuper, aussitôt après, d'une intervention définitive.

Préparatifs.

Du traitement des plaies en général (p. 107).

[Instruments.

Deux écarteurs.

Catgut fin (n° 0).

Anesthésique.

Général : chloroforme ou éther.

Aides.

Deux (un pour l'anesthésie)].

Opération.

Si la plaie n'est pas infectée, après les précautions anti-

septiques d'usage (p. 21), « ouvrir la plaie, la débrider, la déterger, chercher et pincer les deux bouts. S'ils sont friables, s'ils se rompent sous le fil, prolonger l'incision par en bas, et à distance suffisante, lier le bout inférieur, le tronc. » (Lejars.)

Dans les plaies manifestement *infectées*, mieux vaut d'emblée faire une incision spéciale au-dessous, pour lier le tronc de la carotide primitive, suturer la peau, et appliquer un pansement aseptique sec qu'on enlèvera au huitième jour.

Si l'hémorragie *reparaît* (grâce aux anastomoses nombreuses avec le système artériel de l'autre côté), faire de la compression digitale de la carotide primitive du côté opposé ou y placer une ligature d'attente ; enfin, en cas de nécessité absolue, lier définitivement la carotide primitive.

LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE (à la partie supérieure).

Points de repère. — Bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien (ligne allant le long de ce bord, depuis l'articulation sterno-claviculaire jusqu'au lobule de l'oreille). — Dans la profondeur, tubercule carotidien ou de Chassaignac (p. 216).

Technique.

Préparatifs.

Comme page 619.

Opération.

Position.

Décubitus dorsal, les épaules soulevées par un coussin, la tête en extension, la face tournée du côté sain (pour l'incision), puis en position directe et même un peu inclinée vers le côté opéré (pour la recherche).

L'opérateur est en dehors, du côté à opérer.

Exécution.

Au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, faire une *incision* de 7 à 8 centimètres, descendant à partir de la grande corne de l'os hyoïde et comprenant la peau, le paucier et le tissu cellulaire sous-cutané.

Avec la sonde cannelée, ouvrir l'aponévrose superficielle et dégager le *bord antérieur du sterno-mastôidien*, qui est rejeté en dehors par un écarteur confié à l'aide placé en face. Avec l'index introduit dans la plaie, sentir le tubercule carotidien et reconnaître l'artère *en dedans de ce tubercule*.

Ouvrir la gaine vasculaire à la sonde cannelée avec beaucoup de prudence, faire tenir la veine jugulaire en dehors par un écarteur. Charger le vaisseau *de dehors en dedans* (pour ménager la veine).

Sutures.

Pansement.

BRULURES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Brûlures soit par inhalation de vapeurs enflammées (alcool, éther...) ou de flammes, alors elles intéressent tout le larynx, même la trachée et les bronches ; soit par ingestion de liquides très chauds ou caustiques, alors elles n'intéressent que la partie supérieure du larynx et ne dépassent jamais la glotte.

Caractères. — *a.* Inhalations de vapeurs ou de flammes : dyspnée et tirage, dysphagie, aphonie apparaissant au bout de quelque temps, dans les heures ou les journées qui suivent.

b. Ingestion de liquides brûlants ou corrosifs : dyspnée, dysphagie, aphonie apparaissant peu d'instants après la brûlure.

Dans les deux cas, accès de suffocation dus au spasme de la glotte.

Pronostic. — Réservé, en raison de la possibilité d'œdème subit de la glotte et d'asphyxie, dans les débuts. — Ultérieurement, rétraction cicatricielle pouvant entraîner de la dyspnée et de l'aphonie définitives.

Traitement.

a. S'il y a *peu de tirage*, se borner à placer le malade au lit dans le calme absolu.

Envelopper le cou de compresses froides recouvertes d'imperméable, renouvelées toutes les heures.

Aspiration de vapeurs chaudes par le nez, en ayant soin de faire pénétrer l'air à travers une compresse placée au-devant des orifices des fosses nasales.

Dans la pièce où se trouve le malade, pratiquer en per-

manence des pulvérisations de vapeur d'eau phéniquée à 1/200, avec le pulvérisateur de Lucas-Championnière (p. 137).

On peut faire avaler de petits morceaux de glace.

b. Si le *tirage est fort*, ne pas hésiter à pratiquer la trachéotomie (p. 223).

Dans tous les cas, l'alimentation consistera en liquides tièdes (lait, bouillon, jaunes d'œufs...).

Suites.

Immédiates. — Surveiller la cicatrisation des plaies. Recourir aux lavages de gorge, aux gargarismes à l'eau bouillie. Se tenir prêt à faire la trachéotomie, si elle n'a pas été pratiquée dès le début.

Eloignées. — Lorsqu'il s'est produit — ce qui est la règle — un rétrécissement du conduit aérien, il faut, une fois que la cicatrisation est complète (de 1 à 2 mois après l'accident), en pratiquer la dilatation progressive par l'introduction quotidienne de bougies et de sondes de Schroetter (s'adresser à un laryngologiste de profession).

La *durée* du traitement est fort longue et exige des mois.

CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Haricots, os, noyaux, cailloux, grains de blé..., arrêtés au-dessus de la glotte, dans la glotte, dans la trachée ou dans une des bronches (à droite surtout).

Symptômes. — Au moment de l'accident, le malade asphyxie, étouffe, présente du tirage sus-sternal.

Après cet accès, calme relatif, mais toujours dyspnée, tirage, voix sourde ou même aphonie ; toux quinteuse, douleur fixe en un point du larynx ou de la trachée.

Pronostic. — Grave ; mort possible par asphyxie.

Diagnostic. — Exploration au doigt recourbé en crochet derrière la base de la langue (corps sus-glottique) ; au laryngoscope et au miroir frontal ; à la palpation externe du larynx et de la trachée (douleur spontanée et à la pression), à l'auscultation de la

respiration (bruit de soupape : corps intra, sous-glottique ou trachéal). Aussitôt après l'accident, diminution du bruit respiratoire dans un des poumons ou même développement de phénomènes broncho-pneumoniques (corps bronchique). — Ne pas négliger la radiographie dans certains cas.

Traitement.

Préparatifs généraux.

Se munir de tout ce qu'il faut pour :
la laryngoscopie (p. 206) et la trachéotomie (p. 223)

Se pourvoir, en outre, d'une pince laryngienne (fig. 158).

Conduite.

I. — Au moment de l'accès initial.

Si, ayant passé l'index en arrière de la langue, à l'orifice supérieur du larynx, on ne sent rien d'anormal, faire la crico-trachéotomie (p. 230).

Se comporter ensuite comme ci-après.

II. — Quelques temps après l'accident.

Situation moins urgente. Pourtant ne pas quitter le

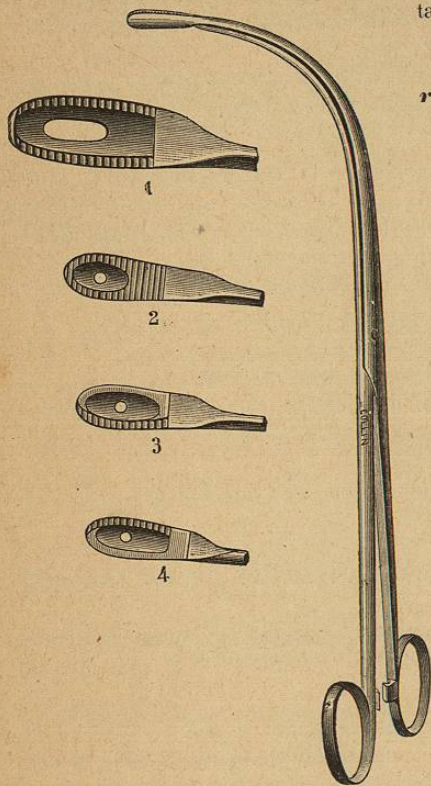


Fig. 158. — Pince laryngienne de Fauvel, nos 1, 2, 3, 4.

malade avant de l'avoir débarrassé de son corps étranger.

Ne jamais user de vomitifs.

Faire le diagnostic du siège. Nous supposons ce diagnostic fait.

A. Corps sus ou intra-glottique. — Tenter l'extraction avec la pince laryngienne; en cas d'échec, recourir à l'expulsion *a tergo*.

1° EXTRACTION A LA PINCE.

Préparatifs.

I. — Avant l'opération.

Instruments.

Pince laryngienne (fig. 158).

Laryngoscope, avec miroir frontal et source lumineuse (p. 206).

Anesthésique.

Cocaïne (en badigeonnages).

II. — De l'opération.

Badigeonner le pharynx avec la solution de cocaïne.

Attendre trois minutes.

Extraction.

1^{er} MOYEN.

Position.

Sujet assis en face du médecin, la langue tenue au dehors par le sujet lui-même, le laryngoscope en position.

Exécution.

Essayer d'abord de l'extraction à la pince sous le contrôle de la vue.

Si l'on échoue, agir comme suit:

2^e MOYEN.

Position.

Sujet à plat ventre en travers du lit ou d'une table, la tête pendante.