

malade ou ses parents donnent au médecin d'utiles renseignements sur la nature de l'objet, sur l'origine et la marche des accidents. Les symptômes subjectifs, en particulier la douleur localisée en un point fixe, les mouvements que perçoit le malade quand le corps étranger se déplace, suffiront ensuite pour affirmer le diagnostic. Il faut toutefois se rappeler que ces phénomènes sont communs aux corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes; aussi pour éviter l'erreur est-il bon de prier le malade de manger un peu de mie de pain, et d'examiner comment se fait la déglutition, ou mieux d'introduire une sonde œsophagienne. Malgré ces précautions il est parfois impossible de se prononcer.

2° En quel point s'est arrêté le corps étranger? L'examen au laryngoscope permettra de voir s'il est fixé dans le larynx ou les premières parties de la trachée; si cet examen est négatif, si des alternatives de suffocation et de calme se manifestent, on peut supposer que le corps n'a fait que traverser le larynx et qu'il siège plus bas. Le bruit de grelottement, le bruit de voile, feront alors reconnaître si le corps est mobile dans la trachée.

Le diagnostic du siège des corps étrangers dans les bronches est très souvent difficile; il n'acquiert une certitude absolue que dans un cas, quand une bronche est complètement obstruée par un objet plein; et encore faut-il que l'accident ne remonte pas à une époque trop éloignée. Le spasme de la rage, la laryngite striduleuse, l'œdème de la glotte, le croup, les polypes du larynx ont pu faire croire à la présence de corps étrangers: l'étude des antécédents, le spasme initial, l'examen au laryngoscope, le bruit de drapeau, suffiront au chirurgien pour établir son opinion sur des bases sérieuses.

**Pronostic.** — Étant donné ce que nous venons de dire, il est inutile d'insister sur la gravité de l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes. La tolérance est loin d'impliquer la sécurité, la mort peut arriver brusquement au bout d'un temps variable. Le pronostic est subordonné à la situation du corps, à son volume, à sa nature. Les substances susceptibles de gonflement, comme les haricots, les éponges, offrent un danger plus sérieux que les matières inertes; il en est de même des caustiques. Chez les enfants le danger est toujours plus grand que chez les adultes; enfin l'expulsion du corps étranger ne doit pas faire porter un pronostic absolument favorable; on a vu des malades emportés ensuite par les complications.

**Traitement.** — Le traitement des corps étrangers des voies respiratoires comprend deux grandes méthodes qui sont :

- 1° L'expulsion et l'extraction par les voies naturelles.
- 2° L'expulsion et l'extraction par les voies artificielles.

La première manière de faire, seule usitée jadis, a acquis de nos jours une grande précision, grâce au laryngoscope et au perfectionnement des instruments. Les sternutatoires, les injections d'huile, les vomitifs ont été tour à tour employés. La suspension par les pieds, l'extension sur un plan incliné, la tête en bas, pendant qu'on frappait dans le dos des malades, ont pu amener la guérison en favorisant la chute du corps étranger dans la bouche. Il faut être sobre de semblables manœuvres.

L'extraction par les voies naturelles est assurément la méthode la plus

rationnelle, mais elle est rarement possible et exige de la part du chirurgien une dextérité assez grande. Il existe dans l'arsenal chirurgical un certain nombre de pinces avec lesquelles on peut pénétrer facilement dans le larynx, même dans la trachée. En tout cas il faudra toujours au préalable procéder à l'examen au laryngoscope, de façon à déterminer le point où est situé le corps étranger.

Si la sténose augmente, si l'asphyxie devient imminente, il faut rapidement recourir à la trachéotomie.

Les auteurs ont essayé de tirer de la statistique des renseignements en faveur de l'intervention ou de la non intervention en présence des corps étrangers du larynx. Déjà DURHAM avait rassemblé sept cent vingt-deux cas de ce genre; l'ouverture de la trachée, pratiquée trois cent soixante-six fois, fournissait une mortalité de 23,2 p. 100, pendant que l'expectative, dans trois cent cinquante-six cas, donnait une mortalité de 40,5 p. 100.

Dans un récent travail, WEIST a pu réunir mille exemples nouveaux. Après avoir retranché soixante-trois observations dans lesquelles le corps du délit avait été enlevé par les voies naturelles, les neuf cent trente-sept faits restants se décomposent ainsi : non-opérés, cinq cent quatre-vingt-dix-neuf, mortalité 23,2 p. 100; opérés, trois cent vingt-huit, mortalité 27,4 p. 100. — L'opération est en défaveur dans cette deuxième série de faits. Enfin en réunissant plusieurs statistiques, ce même auteur arrive à dépouiller mille six cent soixante-quatorze observations : neuf cent cinquante-cinq non-opérés, mortalité totale 1/3,5, — sept cent dix-neuf trachéotomies, mortalité totale 1/4.

Ces chiffres ont certainement leur valeur; cependant on ne peut essayer d'en tirer des conclusions absolues, il est facile de comprendre en effet que les cas dans lesquels on opère sont beaucoup plus graves que ceux dans lesquels le chirurgien peut faire de l'expectative. Nous pensons donc que l'imminence de l'asphyxie légitime seule l'opération.

Suivant les circonstances, les chirurgiens ont employé la laryngotomie ou la trachéotomie; cette dernière opération est devenue d'un usage journalier, la première doit être réservée pour quelques cas bien spéciaux.

Après l'ouverture de l'arbre aérien, l'expulsion est primitive ou tardive. Dans le premier cas, à peine l'air a-t-il pénétré dans la trachée qu'un accès de toux se produit, et c'est au milieu des quintes que le corps mobile est rejeté violemment au dehors à travers les fentes de la plaie.

L'expulsion spontanée tardive a lieu de la même manière. Dans ces deux circonstances il est nécessaire que le corps soit libre. Sur les quatre-vingt-trois cas de trachéotomie recueillis par BOURDILLAT, l'expulsion tardive a eu lieu quatorze fois, dix fois dans les vingt-quatre heures, quatre fois beaucoup plus tard.

À l'étranger on a pratiqué assez fréquemment l'extraction du corps étranger par la plaie. Cette façon d'agir mérite d'être prise en sérieuse considération, elle est notée trente-neuf fois, sur cent soixante-sept trachéotomies de la statistique de DURHAM. J. THOMPSON, LAIDLER, TOUBRIGE, HOUSE, etc., lui ont dû des succès. Jusqu'ici cette méthode a été un peu aveugle, mais elle sera beaucoup améliorée par le perfectionnement des moyens d'éclairage et des instruments (*trachéoscopes*).

## § 4. — Polypes du larynx

**Bibliographie.** — EHRMANN, *Polypes du larynx*, Strasbourg, 1850. — FAUVEL, *Gaz. hebdomadaire*, 1862. — VERNEUIL, in *Ibid.*, 1863. — FOLLIN, TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 1863. — M. MACKENZIE, *Essay on, etc.*, London, 1871. — SCHNITZLER, *Med. Press. Wien.*, 1874. — BERGERON, *Soc. méd. des Hôp.*, 20 nov. 1877. — CLENTON WAGNER, *Med. Record*, 9 févr. 1878. — BURNEY LEO et LISTER, *Brit. Med. Journ.*, 2 mars 1878. — BILLROTH, *Wien. Med. Wochenschr.*, 1881. — SEMANOWSKI, *Centralbl. f. Chir.*, n° 25, 1882.

Thèses de Paris. — 1867, CAUSIT. — 1873, LIVON.

En 1767, LIEUTAUD signale pour la première fois l'existence d'un polype du larynx, et c'est avec peine qu'en 1850 EHRMANN (de Strasbourg) peut réunir trente-six cas de ce genre. A partir du jour où le laryngoscope fut découvert, les observations se succédèrent rapidement : tous les spécialistes ont successivement écrit sur ce sujet.

**Étiologie.** — Les polypes du larynx, d'après KRISHABER, se rencontreraient trois fois sur cent malades qui viennent consulter pour des affections de cet organe. Donc, sans être rares, ces tumeurs sont loin d'être communes, opinion que FAUVEL tendrait à faire prévaloir. Les auteurs admettent que les polypes sont particulièrement fréquents à l'âge adulte, et rares chez les enfants. Sur trois cents cas réunis par FAUVEL, nous en trouvons quatorze avant vingt ans et deux cent cinquante-sept de vingt à soixante ans.

Parmi les faits de cette dernière série, cent onze ont été rencontrés sur des sujets de trente à quarante ans. Relativement au sexe, ces trois cents observations donnent deux cent trente et un hommes et soixante-neuf femmes.

La congestion chronique des cordes vocales est le facteur le plus actif dans la production des polypes ; aussi cette affection se montre-t-elle spécialement chez les sujets qui, par leur profession, font un usage abusif de la voix (professeurs, chanteurs, orateurs).

C'est encore en favorisant la congestion des cordes vocales qu'agiraient les diathèses, le froid humide et l'abus du tabac.

**Siège.** — Les polypes comme les corps étrangers peuvent être sus-glottiques, intra-glottiques ; cependant la deuxième variété est de beaucoup la plus fréquente. Les tumeurs se forment de préférence sur le bord libre des cordes vocales inférieures, au niveau de la partie moyenne et antérieure. On les rencontre souvent au sommet de l'angle formé antérieurement par ces cordes, en sorte qu'il est bien difficile, comme le fait remarquer FAUVEL, de savoir sur laquelle des deux ils s'insèrent. Sur les trois cents observations de ce spécialiste, deux cent cinquante-six ont rapport à des polypes intra-glottiques, les polypes sus-glottiques sont peu connus, les polypes sous-glottiques fort rares.

**Nombre. Forme. Volume. Coloration.** — Les polypes du larynx, ordinairement uniques, sont sessiles ou pédiculés ; leur forme, très variable, rappelle celle d'un pois, d'une gourde, d'un chou-fleur (fig. 187, 188, 189, 190, etc.).

Ils présentent une grande différence suivant leur nature et le temps qui s'est écoulé depuis leur apparition, et constituent une tumeur dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une grosse noix. En général un polype regardé dans le miroir laryngien paraît toujours plus petit qu'il ne l'est réellement.

**Anatomie pathologique.** — Les tumeurs le plus fréquemment observées sont : les fibromes, papillomes, adénomes, myxomes et sarcomes.

A. *Fibromes.* — Les fibromes du larynx constituent de petites masses blan-

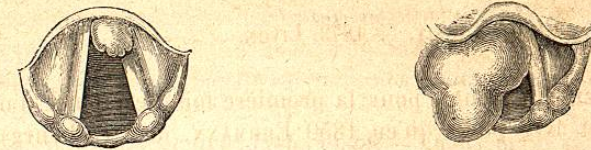


Fig. 187 et 188. — Fibromes.

châtres généralement de la grosseur d'un pois. Sessiles ou pédiculés, ces polypes s'insèrent d'habitude sur les cordes vocales (fig. 187 et 188).

Ils prennent leur origine dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Règle générale, on ne trouve qu'un seul fibrome ; exceptionnellement, deux ou plusieurs. Leur structure est la même que celle des polypes qui se développent dans les autres régions. CORNIL toutefois a fait remarquer que ces polypes sont toujours recouverts de cellules épithéliales pavimenteuses dont les plus profondes se rapprochent comme des cellules cylindriques. Les fibromes du larynx sont loin d'être rares ; cependant, d'après les recherches de MOREL-MACKENZIE et FAUVEL, on a eu tort de les considérer comme la variété de polypes la plus fréquente.

B. *Papillomes.* — Pour les deux auteurs précités, la plupart des polypes du

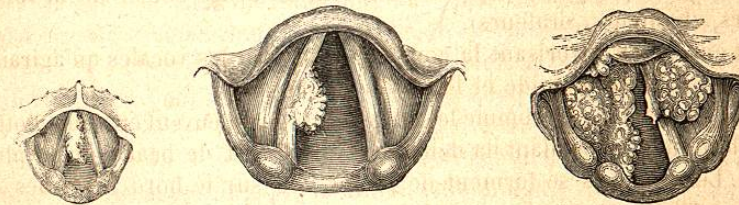


Fig. 189. — Papillome chez un enfant âgé de huit ans.

Fig. 190. — Papillome solitaire chez un adulte.

Fig. 191. — Papillomes multiples chez un adulte.

larynx sont des tumeurs papillaires. Ces néoplasmes, ordinairement sessiles, souvent multiples, offrent l'aspect de crêtes de coq (fig. 189, 190 et 191). Ils présentent une coloration rougeâtre ou gris-rougeâtre, une consistance peu considérable qui facilite l'extraction. On les rencontre, par ordre de fréquence : 1° à la partie antérieure des cordes vocales inférieures ; 2° dans les ventricules de Morgagni.

La structure des papillomes du larynx n'offre rien de spécial; ils se développent avec rapidité.

C. *Adénomes*. — L'adénome du larynx, plus rare que les variétés précédentes, résulte de l'hypertrophie des glandes de la région. L'aspect de l'adénome est caractéristique. Il présente une forme sphéroïdale, constitue une tumeur le plus souvent sessile, quelquefois cependant attachée à un pédicule rabané.

C. *Myxomes* et *Sarcomes* sont peu communs (fig. 192). On a encore signalé quelques cas d'angiomes et de lipomes (FAUVEL, MOREL-MACKENZIE).

**Symptômes.** — 1° *Troubles fonctionnels*. — Les troubles déterminés par l'existence d'un polype du larynx portent sur les fonctions auxquelles participe cet organe, aussi avons-nous à étudier les altérations de la voix et de la respiration.

A. *Altérations de la voix*. — MOREL-MACKENZIE considère les altérations de la voix comme très fréquentes; toutefois, d'après cet auteur, elles ne seraient

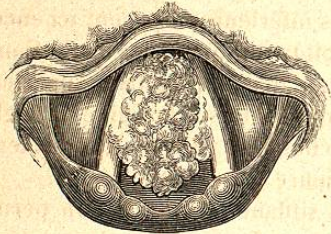


Fig. 192. — Myxomes du larynx.

pas constantes, FAUVEL au contraire déclare avoir toujours rencontré ce symptôme.

La voix peut être altérée dans son intensité ou dans son timbre; dans le premier cas les troubles varient depuis le simple enrrouement jusqu'à l'aphonie complète. Le timbre est parfois élevé, mais beaucoup plus souvent abaissé. Ces altérations dépendent du point d'implantation, de la situation et du volume de la tumeur.

Les polypes qui affectent des rapports éloignés avec les cordes vocales inférieures, polypes de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, ne peuvent avoir d'action sur la phonation que s'ils arrivent à acquérir un développement considérable.

Au contraire, toute tumeur située sur les cordes vocales inférieures modifiera la phonation. Les altérations seront d'autant plus accentuées que la tumeur sera plus rapprochée de l'angle antérieur d'insertion des cordes vocales. Le sommet de cet angle, en effet, représente la charnière d'un compas entre les branches duquel on introduirait un corps étranger. Plus le corps se rapprochera de l'articulation, moins les branches seront susceptibles de se porter à la rencontre l'une de l'autre. Ainsi que l'a fait remarquer CZERNY, les polypes de petit volume gênent souvent beaucoup plus la voix que ceux dont

le développement est déjà avancé. La raison de ce fait est bien simple. Les petits polypes sont habituellement sessiles, et partant modifient toujours la vibration de la corde sur laquelle ils s'insèrent. Au contraire les polypes volumineux sont généralement pédiculés; à mesure qu'ils acquièrent un développement plus considérable ils se logent au-dessus ou au-dessous de la corde vocale, et dès lors gênent peu l'émission normale du son.

Dans quelques circonstances on observe des pertes intermittentes de la voix. Ce phénomène résulte presque toujours de la présence d'un polype pédiculé suspendu à la partie inférieure des cordes vocales. A l'état normal, la tumeur obéissant à l'action de la pesanteur pend dans la trachée et ne gêne en rien la phonation; mais si par une quinte de toux, une expiration brusque, elle est renvoyée au-dessus des cordes vocales, la compression qu'elle exercera sur l'un ou l'autre de ces organes déterminera un enrrouement qui durera jusqu'à ce qu'une aspiration brusque ait ramené le polype à sa place.

*Altération de la respiration.* — Un polype ne peut gêner la respiration qu'autant que sa présence diminuera ou obturera l'ouverture glottique. Cette altération doit donc aussi être en rapport avec le volume et le siège du polype. Les polypes des cordes vocales inférieures tiennent ici encore le premier rang. La gêne respiratoire se produit tantôt pendant l'expiration, tantôt pendant l'inspiration. Si le polype est implanté sur la face supérieure des cordes vocales, le courant d'air aspiré l'appliquera sur l'origine de la glotte, dont il sera chassé pendant l'expiration; les choses se passent inversement si la tumeur s'est développée sur la face inférieure des cordes vocales.

La respiration est rude, sifflante, l'auscultation permet d'entendre un bruit semblable au bruit de drapeau. Lorsque le polype est suffisamment développé, il détermine de véritables accès de suffocation; les observations dans lesquelles un polype a occasionné la mort ne sont pas absolument rares dans la science.

Les troubles de la respiration, d'après la majorité des auteurs, seraient aussi fréquents que ceux de la voix. MOREL-MACKENZIE toutefois ne les a rencontrés que dans un tiers des cas, et FAUVEL les considère comme un symptôme peu commun. Les polypes du larynx donnent rarement lieu à des accès de toux, ce symptôme cependant peut dans certaines circonstances acquérir une gravité exceptionnelle. Enfin quelques malades accusent des douleurs, mais la plupart du temps elles sont indépendantes de l'existence du polype.

2° *Signes physiques.* — On comprend dans ce groupe l'ensemble des renseignements que nous donne l'examen du larynx fait avec le miroir, examen qui permettra d'affirmer l'existence du polype.

Quelques auteurs conseillent encore l'exploration digitale et le catéthérisme du larynx: ces procédés, auxquels il fallait bien avoir recours jadis, n'ont plus aucune utilité aujourd'hui.

**Diagnostic.** — Le diagnostic nécessite la solution d'un certain nombre de problèmes; il faut en effet: 1° établir l'existence du polype; 2° déterminer son siège, son point d'implantation, apprécier son volume; 3° le différencier d'avec les autres tumeurs qui pourraient exister dans le larynx.

Les deux premières questions peuvent être résolues à l'aide des symptômes

ci-dessus énumérés. Les altérations pathologiques qui ont été le plus souvent confondues avec les polypes sont les végétations syphilitiques ou tuberculeuses. Or, les végétations syphilitiques siègent rarement sur les cordes vocales inférieures; elles présentent à peu près la structure du papillome, leur coloration est rouge sombre; de plus il existe presque toujours simultanément dans la bouche ou l'arrière-gorge des lésions sur la nature desquelles on ne saurait conserver le moindre doute. Les altérations tuberculeuses se rencontrent d'une façon constante à la partie postérieure des cordes vocales inférieures, près de leur insertion aryténoïdienne. Elles constituent de petites végétations grisâtres et colorées qui ont une tendance manifeste à l'ulcération. L'auscultation attentive du malade viendra confirmer ces données.

**Marche. Pronostic.** — Abandonnés à eux-mêmes, les polypes du larynx se conduisent différemment, suivant leur nature. Certains polypes fibreux restent pendant des années stationnaires, quelques papillomes au contraire ont un développement assez rapide pour déterminer en peu de temps des accidents de suffocation.

Fort heureusement nous ne sommes plus au temps où cette affection était considérée comme mortelle; aussi, à part les récidives et les cas de mauvaise nature, les polypes du larynx sont en réalité une lésion bénigne au point de vue de la vie du malade. Il est toujours possible en effet d'assurer la respira-

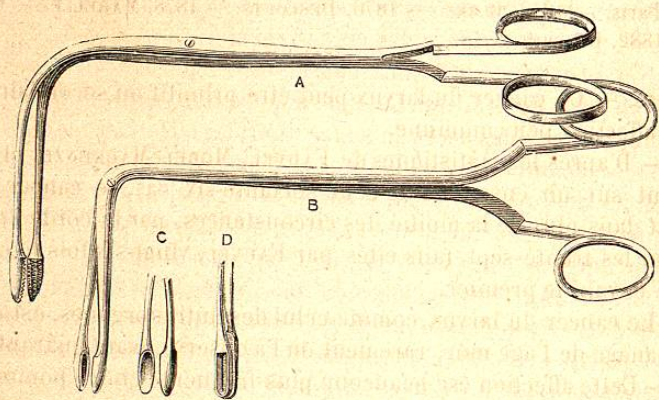


Fig. 193. — Pince coupante de MOREL-MACKENZIE.  
A. Pince latérale. — B. Pince antéro-postérieure. — C. Pince en forme de cuiller. — D. Pince emporte-pièce.

tion par l'ablation de toute ou partie de la tumeur. La phonation en revanche est souvent compromise, il est bien rare que la voix retrouve toute sa netteté. D'une manière générale le pronostic est beaucoup plus grave chez les enfants que chez les adultes, chose très naturelle, étant donnée la difficulté que l'on a pour opérer les premiers.

**Traitement.** — Le traitement des polypes est l'extraction qui se pratique de deux manières différentes: 1° par les voies naturelles en s'aidant du laryngoscope; 2° par les voies artificielles, incision directe du larynx; 3° enfin, si

les polypes déterminaient des accidents de suffocation, on ferait d'abord la trachéotomie, puis ultérieurement le néoplasme serait enlevé (méthode mixte).

1° **Destruction par les voies naturelles.** — Le chirurgien peut choisir, ayant à sa disposition: l'arrachement, l'écrasement, l'excision, la cautérisation, le galvano-cautère. L'arrachement est de tous ces moyens le plus employé, il existe pour le pratiquer un certain nombre de pinces. Les plus commodes sont celles de FAUVEL et de MOREL-MACKENZIE (fig. 193). Quel que soit le procédé choisi il faut, avant d'en venir à l'opération, habituer le malade à supporter le laryngoscope puis à tolérer l'introduction des pinces dans le larynx. Ces manœuvres préparatoires demandent un certain temps, mais elles sont indispensables si l'on ne veut s'exposer à un échec.

2° L'extraction par les voies artificielles doit être réservée aujourd'hui aux seuls polypes non accessibles par les voies naturelles; suivant les cas, c'est alors à la laryngotomie ou à la trachéotomie qu'il faut avoir recours.

#### § 5. — Cancer du larynx

**Bibliographie.** — LAROYENNE, *Gaz. hebd.*, 1873. — SCHRËTTER, *Laryngol. Mittheil. Wien.*, 1875, p. 65 et 70. — ISAMBERT, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1876. *Extirpation du larynx.* — SOLIS COHEN, *St-Louis Courier of medicine*, août 1883. — G. DÉZAS, *Arch. de Virchow*, juin 1884, 13<sup>e</sup> congrès des chirurgiens all. Berlin, 1884. Thèses de Paris. — 1842, BLANC. — 1876, DESCOUTS. — 1878, MARELLE. — 1881, AUGIÉRAS. — 1882, DESPRET.

**Étiologie.** — Le cancer du larynx peut être primitif ou secondaire, il constitue une affection peu commune.

**Siège.** — D'après les statistiques de FAUVEL, MOREL-MACKENZIE et ZIEMSEN, qui portent sur un ensemble de cent soixante-six cas, le cancer du larynx débute dans plus de la moitié des circonstances, par la corde vocale supérieure; sur les trente-sept faits cités par FAUVEL, vingt-six fois le côté gauche aurait été envahi le premier.

**Age.** — Le cancer du larynx, comme celui des autres organes, est en quelque sorte l'apanage de l'âge mûr, rarement on l'a observé avant quarante ans.

**Sexe.** — Cette affection est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, les statistiques précédentes, en effet, donnent cent trente-six hommes et trente-six femmes. Nous ne connaissons pas plus les causes du cancer laryngien que celles des tumeurs similaires des autres régions. On a invoqué l'hérédité, l'existence d'un traumatisme antérieur, l'abus de la parole, du tabac, des alcooliques, etc.

**Anatomie pathologique.** — On rencontre ici les deux variétés principales de cancer, l'épithélioma et l'encéphaloïde. La première forme est de beaucoup la plus fréquente; sur les cent soixante-six cas précédents, on trouve cent vingt-neuf tumeurs épithéliales. Les cartilages sont souvent altérés; tantôt la substance propre est transformée en tissu fibreux, tantôt sous l'influence de l'irritation se développent de véritables plaques calcaires ou osseuses. Dans un tiers des autopsies faites par MOREL-MACKENZIE, les cartilages étaient né-