

Quand prédominent les signes d'irritation, le malade devra être dirigé vers un traitement thermal qui aura pour but de décongestionner sa muqueuse bronchique hyperémiée : tel est le but du traitement du *Mont-Dore*. Quand prédominent les troubles nutritifs, il est nécessaire de modifier l'état du malade au moyen du traitement arsenical et salin de la *Bourboule* et autres stations similaires. Enfin, l'abondance des sécrétions, sans la coïncidence de la moindre excitation, et avec l'existence d'un état général satisfaisant, pourrait peut-être légitimer l'emploi des eaux *sulfureuses*; mais ce traitement devra toujours se faire avec la prudence la plus extrême; car il n'est pas certain que, sous certaines influences très difficiles à déterminer, la maladie ne soit pas perturbée d'une façon aiguë et fâcheuse, d'où la possibilité d'hémoptysies que les eaux sulfureuses ont la réputation plus ou moins justifiée de provoquer.

2° Il ne me reste plus qu'un mot à dire de l'effet *climatérique* sur la tuberculose du larynx. Il n'y a pas d'hésitation sur le fait de l'action favorable d'un climat approprié sur la phtisie laryngée; c'est même une condition capitale pour l'amélioration de ces malheureux malades, et puisque les favorisés de la fortune peuvent se donner les avantages de ce séjour, il est de la plus haute importance de créer des stations qui puissent servir à soigner les personnes qui ne jouissent pas de cet avantage; mais les installer dans un climat favorable, ce n'est pas tout: l'action médicamenteuse devra être continuée dans des conditions qui sont du reste les meilleures pour permettre au climat d'avoir une action favorable. Des efforts ont été faits dans ce sens, et c'est de ce côté qu'est l'avenir de la thérapeutique de la phtisie laryngée hospitalière.

Il est certain que la connaissance du bacille de Koch nous ayant montré comment naissent et évoluent les tubercules, tous les efforts du médecin doivent tendre autant que possible à l'isolement de cette espèce de malades et à la création autour d'eux d'une hygiène favorable à leur santé, jusqu'au jour où quelque nouveau sérum encore inconnu nous permettra de créer de ce côté les mêmes merveilles que pour la diphtérie.

## CHAPITRE IV

### TRAITEMENT DE LA SYPHILIS DU LARYNX

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

#### I

#### Considérations générales sur les accidents secondaires de la syphilis laryngée.

La syphilis primitive du larynx n'existe pas; les accidents secondaires sont donc les premiers que l'on observe dans le larynx. Ils sont extrêmement variés comme siège et comme aspect; très communs sur l'épiglotte, ils s'y présentent sous la forme d'érosions, en avant, sur le bord libre et en dedans; d'autres fois, sous la forme papuleuse, et alors ils ont une tendance à affecter un aspect hypertrophique parfois très considérable. Sur les cordes vocales, ces accidents peuvent revêtir la forme d'épaississements, d'irrégularités, et même celle de plaques opalines, toujours symétriques. A la face postérieure du larynx, les accidents spécifiques produisent des déformations très sensibles de la muqueuse; on peut y observer de véritables condylomes qui proéminent à la surface de cette muqueuse. Ces atteintes de la face postérieure du larynx sont particulièrement graves, et il peut se faire que le tissu sous-muqueux de cette région se gonfle facilement à son tour, si l'on n'intervient pas rapidement d'une façon très



énergique. Enfin, il peut se faire que la région aryténoïdienne soit le siège de véritables plaques ulcérées, excavées, offrant une ressemblance extraordinaire avec des ulcères tuberculeux, d'autant mieux que toute la région aryténoïdienne est fortement tuméfiée.

Bien que tous ces accidents aient la réputation d'être passagers et anodins, on n'oubliera pas que des altérations des tissus profonds peuvent être rapidement la suite de ces lésions superficielles, que par conséquent des désordres irréparables de la fonction vocale en résultent parfois. Aussi le diagnostic de ces accidents doit-il être soigneusement fait; mais nous ajouterons que cette recherche est, la plupart du temps, singulièrement facilitée par l'existence concomitante sur le gosier et la peau d'accidents caractéristiques et faciles à reconnaître.

## II

### Traitement des accidents syphilitiques secondaires du larynx.

La traitement spécifique est la base de la thérapeutique; ce traitement consiste en

℥ Proto-iodure d'hydrargyre . . . . .	1 gramme.
Extrait thébaïque . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,40
Thridace . . . . .	q. s.
Pour 40 pilules. 1 pilule le matin; 1 pilule le soir.	

Donner du *fer* et du *quinquina*, pour contre-balancer l'action déglobulisante de l'hydrargyre.

Dans les cas où les altérations du tissu laryngien sont plus profondes, faire le traitement mixte : *sirop de Gibert*, 2 cuillerées à soupe par jour. Fer et quinquina comme précédemment.

Quel que soit le traitement interne, il sera indispensable de pratiquer un badigeonnage vigoureux des parties atteintes avec la solution suivante, que l'on appliquera au moyen d'un

porte-ouate ou d'un porte-éponge : solution de *nitrate d'argent* au 1/10<sup>e</sup>.

Grâce à ces moyens méthodiquement appliqués, la guérison des accidents secondaires sera prompte, si le traitement est entrepris assez tôt, et il sera indispensable, chez tout malade atteint de syphilis secondaire du gosier, de pratiquer avec soin et systématiquement, même en l'absence de troubles vocaux, l'examen laryngoscopique, qui permettra de reconnaître, comme je l'ai démontré<sup>1</sup>, des lésions épiglottiques fort communes et qu'on devra cautériser sur-le-champ, pour empêcher l'envahissement périlleux du reste de l'organe et l'apparition des troubles de la voix.

## III

### Considérations générales sur la syphilis tertiaire du larynx.

#### A. — DES LARYNGITES TERTIAIRES

Les accidents de ce genre surviennent généralement au bout de quelques années; mais il y a des circonstances où leur apparition est plus précoce. L'hypertrophie et les condylomes de la face postérieure du larynx doivent déjà être considérés comme des accidents tertiaires précoces, puisque, pour mieux guérir, ils nécessitent l'administration du traitement mixte; mais il y a des accidents encore plus sérieux qui peuvent survenir de bonne heure. Ainsi la partie sus-glottique du larynx peut atteindre un développement brusque et extraordinaire, amenant des troubles respiratoires très graves. Krishaber avait déjà noté ces accidents. La rapidité avec laquelle se manifeste cette hypertrophie, la rougeur très vive de la région ont pu faire croire à l'existence d'une diphtérie laryngienne, en raison de la promptitude du développement de ces diffé-

1. A. GOUGUENHEIM. — Syphilis secondaire du larynx, 1880.



rents signes, surtout quand il n'y avait pas la coïncidence habituelle avec les accidents voisins de la gorge ou les signes cutanés concomitants. Cette hypertrophie rapide peut ne pas envahir toute l'étendue du larynx; elle est susceptible de se borner à une corde vocale supérieure et de masquer plus ou moins complètement l'orifice de la glotte. Cette limitation des symptômes précoces de laryngite tertiaire est presque aussi dangereuse que l'hypertrophie plus étendue; car elle provoque également des troubles formidables de la respiration qui peuvent nécessiter l'opération de la trachéotomie. Si le mal est reconnu et si l'on administre vigoureusement le traitement spécifique, ces gonflements peuvent disparaître en peu de temps, et au bout de deux ou trois semaines, il est permis d'enlever la canule, si la trachéotomie a dû être pratiquée; si, au contraire, la cause des accidents est méconnue, la partie tuméfiée pourra s'abcéder; d'où la possibilité d'ulcérations étendues et de formations de brides d'un tissu fibreux et rétractile.

#### B. — DES ACCIDENTS TARDIFS DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

Ces accidents sont limités ordinairement à certaines parties du larynx : l'épiglotte en est le siège le plus habituel; cet opercule est envahi par des tuméfactions localisées et il se forme de véritables tumeurs, des gommes, surtout proéminentes à la face externe. Ces gommes en s'ouvrant, ou même sans cela, provoquent la formation d'un tissu fibreux rétractile qui est l'origine de difformités telles que l'épiglotte peut être méconnaissable. L'intérieur du larynx est le siège d'altérations qui parfois s'étendent jusqu'au squelette de l'organe. Des fistules intarissables peuvent alors se produire, des ulcérations énormes se former, et lorsque la lésion envahit successivement toutes les parties du larynx, il y a une déformation de l'organe telle qu'il est très difficile de reconnaître, non seulement l'ouverture du larynx, mais son intérieur.

Quand les cordes vocales seules sont intéressées, elles peu-

vent adhérer entre elles, et alors l'ouverture glottique devient à peine appréciable.

On comprend aisément que l'évolution de ces altérations, si le traitement n'intervient pas, conduise fatalement le malade à l'opération de la trachéotomie. La voix, troublée du reste depuis longtemps, est perdue d'une façon irrémédiable, et le malade est obligé de subir le séjour indéfini de la canule trachéale.

#### IV

##### Traitement de la syphilis tertiaire.

Le traitement spécifique n'amène une atténuation favorable de ces altérations que s'il est appliqué à une période pas trop tardive. Ce traitement est incapable de restaurer intégralement le larynx; car la guérison ne se produit que par la formation de cicatrices blanchâtres, fibreuses, conduisant au rétrécissement définitif du larynx, rétrécissement plus ou moins accusé, suivant que le traitement a été administré plus ou moins tôt. Il est fréquent alors de voir en même temps sur la paroi postérieure du pharynx des ulcérations se terminant par la formation sur cette paroi de cicatrices blanchâtres plus ou moins irrégulières et d'une extension variable.

1° *L'iodure de potassium*, à la dose de 6 à 10 grammes, est le médicament de choix dans ces graves circonstances. Ce remède devra être absorbé dans la journée par doses successives de 2 grammes à la fois, et il faudra le continuer pendant un fort long temps, coupé de temps à autre par des interruptions totales. Il sera bon de donner simultanément le *fer* et le *quinquina*.

Ce traitement deviendra absolument inerte lorsque les déformations cicatricielles se seront produites; le rétrécissement laryngien qui en est la conséquence ne pourra plus être influencé par la thérapeutique spécifique, et c'est alors que devra intervenir, pour rétablir le calibre de l'organe, la *dilatation du*



*larynx* par la méthode recommandée par Schrötter (de Vienne).

2° *Dilatation des rétrécissements cicatriciels du larynx.* — Ce traitement consiste en l'introduction de sondes d'un diamètre progressif appliquées pendant un temps très long. Ce n'est que lorsque ce cathétérisme aura provoqué une importante dilatation, c'est-à-dire au bout de quelque mois pour le moins, que l'on pourra essayer de retirer la canule, et l'on sera obligé, même après le retrait de la canule, de continuer la dilatation durant longtemps pour empêcher le retrait du tissu cicatriciel. La guérison définitive peut être obtenue à ce prix, et en dehors des quelques guérisons observées par Schrötter, j'ai pu, pour ma part, atteindre un résultat semblable, que j'ai montré à la Société de Chirurgie, chez un malade qui fut soigné dans mon service pendant plus de deux ans et que j'ai présenté à cette Société à plusieurs reprises, pour convaincre les membres de la réalité de la guérison de ce malade.

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT DES TUMEURS BÉNIGNES OU POLYPES DU LARYNX

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

#### I

#### Considérations générales.

1° *Anatomie pathologique.* — Les tumeurs dites bénignes du larynx sont presque toujours pédiculées; elles naissent à peu près constamment de la muqueuse, sans avoir leur point de départ dans les plans profonds osseux ou cartilagineux. La minceur du pédicule de ces tumeurs favorise parfois leur élimination; c'est là un moyen de guérison spontanée de la tumeur. Mais l'implantation ne se fait pas toujours au moyen d'un pédicule; la tumeur peut être sessile, c'est-à-dire non pédiculée. Ce fait se produit quelquefois lorsque la tumeur ne tire pas son origine des cordes vocales; ce sont surtout ces dernières qui servent de point d'attache le plus fréquent aux polypes laryngiens. Ce point d'attache est ordinairement sur le bord libre de ces cordes, et plus souvent à gauche qu'à droite. C'est principalement tout près de la commissure antérieure et sur le tiers ou le quart antérieur des cordes vocales que ces polypes ont leur point d'implantation, et l'on croit que c'est à la présence dans cette région de papilles des bords des



cordes vocales qu'est due l'existence de ces tumeurs à la partie antérieure des cordes vocales.

2° *Étiologie*. — La cause de ces tumeurs réside dans les poussées de laryngites successives ou dans les excès vocaux au cours de ces laryngites, ou parfois, mais rarement, dans l'irritation causée à la muqueuse laryngienne par un état diathésique particulier, diathèse polypeuse qui éveille la formation des polypes sur les diverses muqueuses de l'économie, et par la tuberculose qui peut facilement susciter la formation de papillomes à la surface du larynx.

3° *Symptomatologie*. — Elle se rapproche beaucoup de celle de la laryngite chronique, et avant l'examen laryngoscopique, le diagnostic différentiel des laryngites chroniques et des polypes du larynx était malaisé. Pourtant on peut observer, même en dehors de l'examen laryngoscopique, une alternative de troubles vocaux et d'absence presque totale de ces troubles due à l'existence du pédicule, et par conséquent, à la mobilité de la tumeur qui est au bout. Cette tumeur, projetée par le courant d'air des voies respiratoires, est susceptible, tout en ayant une tendance à rester en bas dans la trachée, de se porter à la partie supérieure en s'engageant dans la glotte. Ces mouvements ont pour résultat de gêner les vibrations de la fente glottique et de déterminer par ce fait une aphonie plus ou moins complète, qui peut disparaître quand le polype, dans ses mouvements, abandonne la glotte; aussi, chez tout individu qui présentera des alternatives d'aphonie et de retour de la voix, on pourra judicieusement soupçonner l'existence d'un polype laryngien.

Cette mobilité continuelle du polype laryngien amènera, s'il est tant soit peu considérable, l'occlusion de la glotte, et l'on a pu observer la mort subite, chez certains individus atteints de polypes du larynx, sous l'influence de cette cause occasionnelle; aussi, lorsque l'examen laryngoscopique révélera la présence d'un polype, sera-t-il sage de ne pas attendre que la tumeur ait augmenté de volume et de ne pas différer l'opération qui délivrera le malade.

Le *diagnostic* de ces tumeurs est presque toujours facile, à moins qu'elles ne siègent tout à fait à la commissure antérieure, où un examen laryngoscopique incomplet pourrait ne pas les découvrir.

4° *Des variétés de polypes*. — Il y a de nombreuses variétés de polypes du larynx :

A. — Les *papillomes* sont les plus nombreux, et si leur siège est habituellement sur le bord des cordes vocales, à la partie antérieure, on peut les rencontrer également, avec ou sans pédicule, sur la muqueuse de toute autre partie du larynx; aussi ces tumeurs peuvent-elles ne pas être solitaires; elles sont quelquefois confluentes chez des enfants ou chez des tuberculeux. Les papillomes récidivent assez facilement.

B. — Les *fibromes*, qui dégèrent parfois dans une partie de leur trame pour devenir ainsi des fibro-myxomes, peuvent atteindre dans ces conditions un certain volume et oblitérer peu à peu le calibre de la glotte : d'où une gêne de la respiration et une aphonie complète et définitive. Un fibrome peut devenir, dans certains cas, sous l'influence de cette dégénérescence, une tumeur d'apparence angiomateuse, et d'après mes études cliniques, j'incline à croire que les angiomes laryngiens ne sont presque toujours que des fibro-myxomes angiomateux. Ces tumeurs siègent presque toujours à la glotte et au tiers antérieur. Elles sont munies d'un pédicule qui n'est pas toujours facile à voir, lorsque la tumeur atteint un certain volume.

C. — Les *myxomes* purs sont très rares dans le larynx, et ceux que l'on y rencontre ne sont généralement autre chose que des fibromes dégénérés ou de petits kystes.

D. — Les *kystes* qui peuvent se trouver sur les cordes vocales ont leur siège le plus habituel sur l'épiglotte; de là ils peuvent, par leur grand volume, masquer entièrement les parties sous-jacentes de la muqueuse laryngienne et déterminer des troubles graves de la respiration. Si la glotte n'est pas le siège du kyste, la voix peut ne pas être troublée.

E. — Les *sarcomes*, qui se présentent surtout sous l'aspect de



fibro-sarcomes, sont des tumeurs pouvant se développer en toutes parties du larynx, quelquefois même sous la glotte. Ils sont sessiles et moins bénins que les autres tumeurs que je viens de décrire.

Je ne parlerai pas ici des autres tumeurs du larynx, *adénomes*, *enchondromes*, qui rentreraient plutôt dans le cadre des tumeurs malignes.

## II

### Traitement des polypes du larynx.

#### A. — THYROTOMIE

Quand la tumeur laryngienne est trop considérable, qu'elle siège au-dessous de la glotte et que, par son volume, elle ne permet pas de faire sans danger l'extraction par les voies naturelles; lorsque les tumeurs récidivent (papillomes) et recouvrent toute la surface du larynx et même la région sous-glottique; quand ces tumeurs, surtout les dernières, se présentent chez un enfant indocile et difficile à manier, il ne reste qu'une chose à faire, c'est la section du cartilage thyroïde ou *thyrotomie*.

Cette opération devra le plus souvent être précédée de la *trachéotomie*; à la canule trachéale, on adaptera un manchon de caoutchouc que l'on insufflera pour oblitérer entièrement le calibre de la trachée, de manière à empêcher le sang de tomber dans les bronches (canule de Trendelenburg). Après l'application de cet instrument spécial, il faudra mettre à nu le cartilage thyroïde, l'ouvrir, puis extirper les tumeurs, ou bien râcler les tumeurs multiples et cautériser vigoureusement les parties sous-jacentes avec un caustique chimique ou galvanique. La suture des cartilages devra être effectuée avec le plus grand soin et avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, de manière à bien affronter les lames carti-

lagineuses, pour éviter les troubles vocaux qui sont attribués à cette opération.

La thyrotomie pourra encore être pratiquée par le procédé de Périer, dans lequel on évite la trachéotomie; on fait de très larges lambeaux et on met à nu le larynx et la trachée; ensuite on ouvre le larynx et on opère comme la première fois, en ayant soin de renverser un peu la tête du malade pour empêcher le sang de tomber dans les bronches. En ce cas, l'anesthésie est continuée à l'entrée de la trachée. J'ai vu opérer sous mes yeux deux cas de ce genre avec succès complet; dans un de ces cas, la tumeur sous-glottique non pédiculée avait un volume trop considérable et une consistance trop dure pour être extirpée par les voies naturelles.

#### B. — TRAITEMENT DES POLYPES PAR LA VOIE ENDO-LARYNGIENNE

Depuis l'application du laryngoscope au diagnostic des polypes laryngés, l'opération par la voie endo-laryngienne est le moyen appliqué le plus usuellement. C'est avec des pinces spéciales, très recourbées pour faciliter l'entrée dans le larynx, que l'on pratique ces opérations. Ces pinces sont terminées par des mors d'une longueur peu considérable, à bord mousse, à surface externe percée de trous et à surface interne rayée, quadrillée, pour saisir aisément les tumeurs (pince de Fauvel). On se sert aussi de pinces avec courbure à angle droit et avec mors de la même espèce que les précédents (pince de Morell-Mackenzie); les pinces recourbées à angle droit sont aussi terminées par des extrémités allongées, fortement excavées et à bord tranchant, ce dernier se trouvant à droite ou à gauche suivant les besoins (pince de Gouguenheim). On emploie également, en Allemagne, des pinces particulières, terminées par des mors peu étendus et qui se rapprochent par un mouvement d'élévation des branches de l'instrument et se meuvent dans une longue canule (pinces de Schroetter et de Stoerk).



Voici le mode opératoire :

1° Badigeonnages au moyen d'un porte-éponge ou d'un porte-ouate trempé dans une solution de *chlorhydrate de cocaïne* de 1/10<sup>e</sup> à 1/3<sup>e</sup>.

2° Après une attente de une à deux minutes, plonger avec la main droite l'instrument, la pince coupante par exemple, dans l'intervalle glottique, qu'il faudra dépasser; ramener vigoureusement en avant l'instrument vers la commissure antérieure; appuyer fortement sur la corde vocale atteinte; faire exécuter un mouvement de toux, fermer l'instrument, puis le retirer sur-le-champ; la section est opérée, ce qui a lieu facilement avec ma pince coupante et grâce à une anesthésie bien faite. On trouve la tumeur dans l'excavation allongée qui termine la pince.

Après l'opération, faire ingérer de la glace, et les jours suivants, badigeonner la plaie avec une solution de *chlorure de zinc* au 1/30<sup>e</sup>. Au bout de quelques jours, la guérison est assurée.

Si la tumeur est sessile, et en ce cas elle siège presque toujours au-dessus de la glotte, la section de la tumeur, généralement assez considérable, devra être faite après anesthésie très soignée sous le contrôle sévère du miroir. Les phases diverses de l'opération devront être suivies très attentivement, ce qui n'est pas absolument indispensable quand la tumeur siège sur la glotte et que la pince est solidement implantée dans la fente glottique; il est facile alors de s'orienter pour diriger l'opération. Le calibre de la pince qui sert à enlever les tumeurs sus-glottiques devra être très fort, tandis que la pince employée pour sectionner les tumeurs pédiculées de la glotte sera d'un moindre volume.

Les kystes, surtout ceux de l'épiglotte, sont faciles à atteindre; une pince coupante est inutile pour cela, car l'arrachement des parois de la tumeur qui constitue cette opération peut être pratiqué plus aisément avec une pince à mors non coupants. Après cette extirpation, il sera nécessaire de cautériser vigoureusement la surface malade avec le *nitrate d'argent*

coulé dans un conduit spécial à l'extrémité du porte-caustique. Ces pansements devront être répétés plusieurs jours.

Il est inutile de dire qu'après les manœuvres opératoires le silence le plus complet devra être imposé au malade pendant une période de 48 heures au moins.