

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

On peut rapprocher le traitement des corps étrangers du larynx du traitement des polypes, en raison de la similitude d'application des instruments; les corps étrangers qui tombent dans le larynx sont variés à l'infini. Pour se fixer sur les parois du larynx, il faut que ces corps étrangers soient volumineux et qu'ils ne soient ni arrondis ni lisses; car, en ce cas, ils ont des chances de tomber dans la trachée. Ces corps étrangers doivent, pour pouvoir s'arrêter dans le larynx, avoir des extrémités plus ou moins acérées, de manière à s'insérer facilement sur les parois laryngiennes; aussi la nomenclature de ces corps étrangers est-elle excessivement variée (os, verre, dentiers, etc.).

Pour réussir à les extraire, il est nécessaire que l'anesthésie du larynx soit bien faite, et il faut prêter attention à ce que les manœuvres anesthésiques ne déplacent pas les points d'attache; enfin, l'implantation ne doit pas être trop ancienne. Dans ces conditions, il est facile de désenclaver avec la pince une des parties fixées, de manière à sortir l'autre partie fixée du corps étranger.

Ces manœuvres doivent être exécutées avec prudence, de façon à produire sûrement et tranquillement ce dégagement.

Quelquefois, les points d'insertion du corps étranger étant multiples, il y a lieu de suspendre ces manœuvres, afin d'éviter un spasme glottique, et il faut alors recourir à la *thyrotomie*, que j'ai décrite plus haut, ou à la *trachéotomie*, pour pouvoir pratiquer l'extirpation par la méthode endo-laryngienne.

A la suite de ces tentatives, les plaies laryngiennes peuvent s'enflammer et bourgeonner, et la guérison des malades ne pourra se produire qu'à la faveur de pansements au moyen de liquides ou de poudres antiseptiques ou astringentes (*chlorure de zinc* au 1/30^e, *iodoforme*, *iodol*, *aristol*).

Si le corps étranger est tombé dans les voies aériennes, qu'il y soit depuis peu de temps et qu'il soit animé d'une mobilité suffisante, il faudra tenter de provoquer sa sortie en donnant à la totalité du corps une inclinaison de bas en haut; si cela ne suffit pas, on pratiquera la *trachéotomie*, pour essayer de le faire sortir par cette ouverture, et en ce cas il ne faudra pas mettre une canule à demeure: on se contentera de dilater l'orifice trachéal ou d'en suturer les bords à la plaie cutanée, ce qui permettra d'introduire une pince ou bien de provoquer, au moyen d'une barbe de plume, des mouvements d'expulsion.

CHAPITRE VII
TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

I

Considérations générales.

La symptomatologie de cette maladie, dont la découverte est pourtant si récente, est d'une variété et d'une abondance vraiment extraordinaires; mais de tous les troubles auxquels elle donne naissance, les plus communs et les plus habituels sont les troubles respiratoires. C'est, en effet, au début des voies respiratoires que siègent ces hypertrophies et ces tumeurs du tissu lymphoïde, et l'obstruction qui en est la suite engendre un grand nombre de signes qu'on a longtemps attribués aux maladies de l'appareil thoracique, d'où la cause d'erreurs nombreuses; car la dyspnée, la toux, les altérations de la voix, l'expectoration, les déformations thoraciques attiraient l'attention de l'observateur et faisaient attribuer à la souffrance des voies respiratoires inférieures ce qui, en somme, n'était pas autre chose que l'expression de l'irritation continue des voies respiratoires supérieures agissant par action réflexe sur le larynx et les bronches. Le siège de cette affection dans les voies respiratoires supérieures et la symptomatologie qui en est la suite légitimeraient donc la place donnée dans cette revue

aux végétations adénoïdes. En défendant cette classification, nous avons surtout présente à l'esprit l'opinion de beaucoup de médecins de donner plutôt à cette affection une place dans la nosologie des maladies de l'oreille; mais il nous a semblé que cette opinion, appuyée sur l'existence de symptômes auriculaires fréquents, était vraiment trop exclusive. Les symptômes auriculaires sont plutôt, à notre avis, des complications d'une affection absolument respiratoire par son siège, ses effets et ses conséquences.

Il n'existe pas que des complications auriculaires dans cette affection vraiment protéiforme; il y a aussi des complications du côté de la circulation locale pouvant engendrer des céphalalgies et des troubles nerveux très variables.

Les conséquences thérapeutiques d'une pareille affection sont donc nombreuses; mais ce qui les domine est la nécessité d'une action chirurgicale, c'est-à-dire de l'ablation des tumeurs qui ont ces effets si pernicieux sur la santé générale et l'intégrité de fonctions sensorielles si importantes. Aussi, envisagerons-nous, dans ce chapitre de thérapeutique, l'ablation de ces tumeurs, les soins à donner aux complications auriculaires et ceux à donner aux troubles nerveux.

II.

Traitement chirurgical.

A. — ABLATION DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

C'est avec des pinces ou des curettes spéciales que se pratique cette opération. Les *pinces* sont les instruments employés au début, mais elles ne tardèrent pas à partager avec les curettes la faveur des praticiens. Il semble que maintenant les pinces soient délaissées par la grande majorité des opérateurs au profit des diverses espèces de curettes. Il ne nous paraît pas que cette opinion soit suffisamment justifiée en raison du choix des curettes que l'on emploie le plus habituellement. Les curettes,

surtout celles de Gottstein, qui sont les plus usitées, ne sont pas toujours aptes à extirper les végétations adénoïdes les plus difficiles à enlever, c'est-à-dire celles qui avoisinent les choanes et celles qui sont près des trompes d'Eustache; c'est un défaut sérieux, car il peut entraîner l'obligation d'interventions ultérieures, ce que j'ai vu plus d'une fois. Quant aux pinces, que l'on peut diriger partout, ce qui est un avantage, elles ne peuvent pourtant arriver à extirper très sûrement les petites végétations qui peuvent échapper à la préhension même la mieux dirigée. Il nous semble, et c'est notre pratique habituelle, que l'emploi successif de la pince et de la curette, en utilisant les avantages de l'une et de l'autre, est destiné à rendre les services nécessaires à la réussite de cette petite opération, si simple et si facile à exécuter par tous les praticiens. La curette que j'emploie pour compléter l'action de la pince est la petite curette latérale d'Hartmann, que l'on peut diriger aisément dans toutes les parties du *cavum* pharyngien, de façon à racler toutes les petites végétations qui échappaient aisément à la pince.

La pince à végétations adénoïdes doit être tranchante en arrière, en haut et en avant; ses deux mors doivent être écartés en avant, pour ne pas attaquer la cloison nasale; quant à la curette d'Hartmann, elle doit être tranchante sur tous ses bords, de manière à pouvoir racler la partie la plus élevée de la voûte, les régions latérales et les bords des choanes. Je puis affirmer que cette méthode d'opération au moyen de la pince et des curettes, que j'ai employée des milliers de fois à ma consultation de Lariboisière, ne m'a presque jamais donné que des succès; je n'ai presque jamais vu survenir d'hémorragies; aussi me semble-t-il que la galvanocaustique n'a pas lieu d'être recommandée dans ce cas, bien que je l'aie vu appliquer avec adresse par un de mes confrères de Bruxelles, le docteur Capart.

Dr. J. Carrillo

Calle del Roble 49.

MONTERREY, N. L. MEX.

B. — SOINS CONSÉCUTIFS A CETTE OPÉRATION

Je n'hésite pas à faire à la suite de cette opération des lavages d'eau *boriquée* tiède, non pas avec le siphon de Weber, mais avec une forte seringue, de manière à enlever de suite les caillots qui ont une tendance à boucher les choanes; je fais ce lavage jusqu'à ce que l'eau sorte très claire. Je continue ces lavages au moyen du siphon de Weber; je les répète plusieurs fois par jour, pendant deux à trois jours après l'opération, puis je continue cette irrigation deux fois par jour seulement, pendant un temps très long. Je n'hésite pas à dire que, bien que cette thérapeutique ait été violemment attaquée, elle ne m'a jamais rendu que des services et que je n'ai jamais vu à sa suite ces accidents du côté de l'appareil auditif dont les détracteurs des irrigations détersives ont fait un tableau si alarmant; j'estime que mon expérience, appuyée sur l'observation de milliers de malades, est la réponse la plus décisive que je puisse faire à ces critiques aussi peu justes qu'exagérées.

Il est nécessaire, chez un certain nombre d'enfants trop nerveux, d'employer une *anesthésie* proportionnelle à une durée opératoire aussi courte; c'est au moyen du *bromure d'éthyle*, soigneusement rectifié, que l'on fait cette anesthésie; le petit malade est soumis à une inhalation très copieuse d'emblée, de façon à amener l'insensibilité très vite et à la rendre *absolue* pendant le court espace de temps nécessaire à l'intervention. J'ai été assez heureux pour n'avoir jamais vu d'accidents à la suite de cette pratique, qui s'est répandue beaucoup depuis ces dernières années.

III

Accidents auriculaires et leur traitement.

J'ai dit plus haut que les troubles auriculaires étaient si fréquents chez les porteurs de végétations adénoïdes que les

auristes avaient pu avoir quelque raison de faire entrer ces affections dans le cadre de la nosologie des maladies de l'oreille; je considère cette opinion comme une exagération, car il est très fréquent de voir les fonctions de l'ouïe se rétablir spontanément après l'opération ou très peu de temps après l'opération, même sans rien tenter de ce côté; mais il n'est pas prudent, après l'opération, de faire entrer dans les trompes et la caisse de l'air qui sera mélangé aux matières infectées ou inflammatoires. Cette manœuvre de la douche d'air, très nuisible à ce moment, pourra être accomplie sans le moindre inconvénient huit jours après l'opération, si l'aération de la caisse devenait indispensable. Toutefois, il faut convenir que, sous l'influence du refroidissement, la caisse peut s'enflammer, et c'est là une des raisons pour lesquelles je recommande d'opérer toujours les malades chez eux et de ne leur permettre de sortir que lorsque cet accident n'a plus de chance de se produire; dans les cliniques et consultations hospitalières, il faut recommander de bien envelopper les enfants, de manière à lutter contre les effets funestes du refroidissement; je recommande enfin de faire cette opération en une seule fois, pour ne pas opérer ultérieurement sur des surfaces enflammées. Habituellement, les opérés sont bien guéris au bout d'une semaine.

Soit par la crainte de l'intervention opératoire, soit par négligence, les malades peuvent ne pas être examinés pendant un temps assez long; et c'est alors que, sous l'influence d'inflammations répétées, l'inflammation envahit la trompe et les caisses, et cet accident, pour les raisons que je viens d'indiquer, est assez commun, surtout chez les enfants. On observe alors des écoulements d'oreille et des troubles des fonctions auditives; cette otorrhée, le plus souvent intermittente, est sujette à récurrence, chaque fois qu'il y a une inflammation de l'arrière-gorge, si commune chez les sujets atteints de végétations adénoïdes. Ordinairement, l'ablation des végétations suffit pour guérir spontanément l'otorrhée, et c'est à peine s'il est nécessaire de pratiquer dans le conduit

auditif quelques lavages détersifs avec de l'eau boriquée tiède, lavages secondés par l'emploi simultané de la douche d'air. Lorsqu'il n'existe pas de perforation étendue de la membrane tympanique, la guérison est prompte; mais il n'en est plus de même lorsque la perforation de cette membrane est plus étendue; alors, les troubles auriculaires ne se dissipent que très difficilement, quelquefois même ils s'aggravent avec le temps: l'opération alors a été trop tardivement exécutée. Comme je l'ai dit plus haut, l'otite moyenne n'est donc qu'une complication trop fréquente des végétations adénoïdes, mais ces dernières ne sont pas une variété d'affections auriculaires véritables.

IV

Accidents nerveux. —

Céphalée dite de croissance. — Aproxie.

Chez un certain nombre de malades, l'accident principal est une céphalalgie plus ou moins violente et continue, déterminant une difficulté insurmontable de travail et des troubles consécutifs sérieux de l'intelligence décrits par Guye, d'Amsterdam, sous le nom d'*aproxie*.

Ces accidents disparaissent rapidement après la pratique de l'opération; mais le repos de l'esprit doit être prolongé pendant un certain temps et le malade doit être soumis à un traitement anti-nerveux, c'est-à-dire à l'administration du *bromure de potassium*, à une dose qui croîtra suivant l'âge du malade et l'intensité du tempérament nerveux. L'*hydrothérapie* sera très indiquée aussi chez ces malades; mais on devra l'employer avec prudence et d'une façon progressive, comme du reste cela doit toujours se faire chez les nerveux et neurasthéniques.

V

Traitement médical des végétations adénoïdes.

Les malades atteints de cette si commune affection sont passibles, on peut le dire, de l'intervention opératoire; l'opé-

ration seule peut les délivrer des souffrances de la gorge auxquelles ils sont continuellement exposés; ainsi les amygdales, hypertrophiées presque constamment chez les enfants, peuvent diminuer de volume après l'extirpation des végétations adénoïdes; mais il est fort rare de ne pas être dans l'obligation de les extirper et il arrive fréquemment que le chirurgien soit obligé de faire en même temps l'ablation des amygdales buccales et pharyngées.

Il est de règle, après l'extirpation des végétations adénoïdes, de voir s'évanouir la plupart des troubles de la respiration, de la voix, des oreilles et de la circulation cérébrale; les enfants, débarrassés de cette infirmité, présentent les attributs d'une bonne santé: leur essoufflement disparaît, le sommeil, troublé si souvent, réapparaît, les troubles nutritifs disparaissent et le développement, arrêté par le trouble plus ou moins profond de l'hématose, se continue et s'accélère sans la moindre difficulté. Mais l'économie générale, gênée par cette altération constante et prolongée, a besoin d'une médication interne pour se rétablir entièrement. Cette médication est surtout constituée par l'administration des eaux sulfureuses (*Cauterets, Saint-Honoré, Uriage, Allevard, Enghien, etc.*), par l'emploi des préparations *iodo-tanniques*, sous forme de vin et de sirop. Chez quelques-uns, dont le système lymphatique est profondément altéré, il sera utile de conseiller l'*huile de foie de morue*, les *bains de mer*, ceux-ci à condition que l'oreille ne soit pas altérée, les stations salines de *Biarritz*, de *Salies*, de *Kreuznach*, etc.

Tel est le traitement médical dont l'administration pourra puissamment aider les résultats de l'intervention chirurgicale, que l'on ne pourra éviter sous peine d'appeler des complications graves, et qui ne pourra jamais être suppléée par les applications locales médicamenteuses, quelles qu'elles soient, toujours insuffisantes, quoi qu'on ait pu dire.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE L'ŒDÈME DE LA GLOTTE

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

I

Considérations générales.

A. — ÉTIOLOGIE

A l'entrée du larynx, il existe une région où la présence d'un tissu celluleux lâche favorise l'accumulation dans ses mailles d'un liquide d'abondance variable: c'est la région des replis aryténo-épiglottiques. C'est là que Sestier, en 1852, localisait le processus hydropique du larynx. Cette localisation, que Sestier avait voulu établir en cette région et sur laquelle il avait échafaudé toute la théorie pathogénique de l'œdème de la glotte, est pourtant loin d'être la seule; car le larynx, dans sa totalité, et même la région sous-glottique, sont susceptibles de s'infiltrer d'une façon beaucoup plus dangereuse que lorsque cette infiltration reste localisée à la région aryténo-épiglottique. Généralement, le processus hydropique s'étend à l'épiglotte et à toute la surface de la muqueuse laryngienne, et il serait plus logique d'appeler cette affection œdème du larynx que de vouloir la localiser, ainsi que l'avait fait Sestier, à une seule partie de l'organe.

L'œdème laryngien est plus dangereux lorsqu'il apparaît à la région glottique et surtout sous-glottique que dans les cas où il ne dépasse pas l'entrée du larynx : aucun laryngologiste n'ignore combien est périlleuse la localisation sous-glottique, soit aiguë, soit chronique.

Mais dans cette question de péril de l'affection, ce qui domine principalement, c'est l'évolution de la maladie ; si cette évolution est rapide, le danger peut être très grand ; si, au contraire, l'évolution est lente, la diminution du péril est sensible, et j'ai rencontré des cas où un gonflement considérable, mais progressif, des cordes vocales pouvait se concilier avec les mouvements de la glotte et l'accomplissement de l'acte respiratoire.

Quand l'évolution est rapide, le danger provient surtout de l'action réflexe produite sur les muscles glottiques, et il y a de ce côté une indication thérapeutique dont nous parlerons plus tard.

Cette maladie, qui passait, s'il fallait en croire les observations contemporaines antérieures ou postérieures à Sestier, pour être si commune, est en réalité des plus rares, et l'on peut dire, sans craindre de se tromper, que de nombreux accidents de ce genre dont l'existence avait été affirmée par tous les observateurs, sans l'intervention du seul moyen diagnostique, c'est-à-dire l'examen laryngoscopique, ne sont rien moins que prouvés. Il est extrêmement rare de rencontrer l'œdème laryngien au cours d'affections que l'on considérerait devoir lui donner naissance très aisément ; ainsi, l'œdème du voile du palais et de la luette, que l'on croyait devoir être suivi facilement d'œdème laryngien, est très rarement terminé par cette complication ; les inflammations plus profondes et plus voisines du larynx sont loin de toujours donner naissance à l'œdème aryéno-épiglottique ; les tumeurs du médiastin, que l'on pourrait supposer engendrer aisément cette complication, lui donnent rarement naissance, et je n'en ai jamais observé un cas probant.

Les néphrites, dont Trousseau et Fauvel ont rencontré dans

leur pratique un cas peut-être unique, engendrent peu fréquemment l'œdème laryngien, à moins que le larynx n'ait été le siège d'une affection antérieure, ce qui constituait alors l'organe comme un point de *minoris resistentiæ*. Les affections chroniques du larynx déterminent rarement l'œdème de l'organe ; ce que l'on a ainsi dénommé dans ces circonstances n'est presque toujours autre chose qu'une propagation lente du néoplasme pathologique (*tuberculose, cancer*).

Alors, s'il n'existe dans presque toutes les affections que je viens de décrire aucune cause du processus hydropique laryngien, que doit-il donc subsister de cette maladie pourtant si classique ? Il n'en reste que des cas à évolution rapide et très rares que l'on pourrait presque compter. Pour ma part, j'ai eu occasion d'en observer un nombre fort restreint, et à une consultation aussi riche que celle de l'hôpital Lariboisière, les cas authentiques d'œdème aigu du larynx sont excessivement clairsemés. Ces cas, que l'on a pu appeler œdèmes aigus primitifs du larynx, se sont présentés en fort petit nombre à mon observation. Des cas analogues peuvent aussi se rencontrer dans le cours de certaines maladies infectieuses, telles que la variole et l'érysipèle.

En dehors des fièvres infectieuses, les cas d'œdème aigu primitif du larynx que j'ai observés me semblent s'être développés au cours d'une laryngite suraiguë et dans des conditions d'infection mal déterminées.

B. — SYMPTÔMES

La symptomatologie de l'œdème glottique est surtout la conséquence du spasme concomitant de la glotte ; je dis spasme plutôt qu'action mécanique du gonflement de la muqueuse ; car, contrairement à ce qu'a avancé Sestier, je n'ai jamais vu chez les quelques malades que j'ai examinés au laryngoscope les replis aryéno-épiglottiques se déplacer au moment de l'inspiration ; c'est donc au spasme de la glotte qu'il faut attribuer les accès effrayants de suffocation décrits si dramati-

quement par Sestier dans son livre et par Trousseau dans sa clinique. Ces crises ne sont pas ordinairement aussi marquées au début; ce n'est que petit à petit que leur intensité et leur durée s'accroissent. On comprend aisément que, si l'on n'intervient pas dès le principe, le malade ne tardera pas à succomber.

II

Traitement.

Dès que l'examen laryngoscopique, habituellement facile à faire, pourvu que l'on prenne la précaution de *cocainiser* vigoureusement le voile du palais et la base de la langue, a pu montrer à l'observateur la cause du spasme réflexe de la glotte, c'est-à-dire un gonflement considérable de l'épiglotte et surtout des replis aryténo-épiglottiques, gonflement séreux et parfois séro-purulent, soit partiel, soit généralisé, il faut :

1° Sans hésiter, *scarifier*, sous le contrôle du miroir, ces régions tuméfiées;

2° Pratiquer des *pulvérisations* au moyen de l'appareil de Lister avec le mélange suivant :

℥ Eau boriquée à 2 p. 100.	100 grammes.
Eau de laurier-cerise.	20 —
M. s. a.	

3° Donner au malade la potion suivante :

℥ Sirop diacode.	20 grammes.
Sirop de bourgeons de sapin.	20 —
Eau de laitue.	60 —
F. s. a. Potion.	

4° Appliquer des *révulsifs* : sinapismes, vésicatoires, au sommet de la poitrine, au-dessous du cou. Sinapiser les extrémités;

5° Il sera bon d'apposer au niveau du larynx une *vessie de glace*;

6° Si les accès de suffocation ne cessaient point et qu'il n'y eût pas danger de mort rapide, faire pratiquer au malade des inhalations de *chloroforme*.

7° Enfin, si malgré toutes ces tentatives, le malade était en danger d'asphyxie, il faudrait sans hésiter avoir recours à la *trachéotomie*.

Cette opération peut, dans certains cas, s'imposer dès le début, lorsque les crises de suffocation apparaissent d'une façon redoutable à ce moment de la maladie. Alors, quelques jours après l'intervention, les scarifications deviennent nécessaires; elles sont facilitées parce que le malade est soustrait aux dangers de la dyspnée; et une à deux semaines après la trachéotomie, l'organe, qui avait été très tuméfié, revient à son état normal, et l'on peut sans inconvénient retirer la canule. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des malades dans ces conditions; ils ont guéri fort rapidement, sitôt après l'opération et les interventions intra-laryngiennes que je viens de décrire.

8° Le *tubage* du larynx serait-il plus avantageux dans ces cas? — Je ne le crois pas; car il n'est pas impossible que l'œdème laryngien ait été facilité par l'existence d'une affection antérieure, souvent malaisée à reconnaître, et l'application d'un tube sur des tissus qui auraient pu être préalablement infectés ne serait peut-être pas sans inconvénient. J'en dirai tout autant des cas d'œdème du larynx consécutif à un phlegmon ou à un érysipèle; il est à craindre, en effet, que la pression d'un tube sur des tissus altérés de cette façon ne puisse pas être inoffensive.