

Enfin, si l'asphyxie devient menaçante, il est indispensable de faire le *tubage* ou la *trachéotomie*. Le tubage sera pratiqué, soit au moyen de l'appareil d'O'Dwyer, soit, comme le recommande Massei, à l'aide des cathéters en caoutchouc durci de Schrøtter.

Quant à la trachéotomie, on devra dans la majorité des cas, mais chez l'adulte seulement, donner la préférence à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, opération facile et rapidement faite sans le secours d'aucun aide.

Si, malgré ces divers moyens, la respiration tarde à se rétablir, on entreprend la *respiration artificielle*, on fait des *injections hypodermiques d'éther*. On n'aura garde d'oublier les *tractions rythmées* de la langue, si précieuses en pareil cas.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DE L'ICTUS LARYNGÉ

PAR

J. GAREL

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Au sujet de l'ictus laryngé, nous nous contenterons de reproduire ici les conclusions du travail que nous avons publié avec notre élève et ami le docteur J.-F. Collet¹.

Voici comment, d'après nos observations personnelles, nous schématisons l'ictus laryngé.

Un homme de quarante à cinquante ans, sans tare nerveuse appréciable, mais ayant déjà présenté quelques manifestations arthritiques et atteint le plus souvent d'une affection chronique légère des voies respiratoires, éprouve au larynx un picotement qui détermine une quinte de toux. Immédiatement, sa face se congestionne et il tombe par terre sans connaissance, ou, s'il est assis, sa tête s'affaisse sur sa poitrine. Les traits sont calmes, les membres souples, d'autres fois agités de quelques secousses; il n'y a ni morsure de la langue, ni émission d'urine. Au bout de quelques secondes, il se relève pâle, se rappelant avoir toussé, mais ne

1. J. GAREL et J.-F. COLLET. — *Ann. des malad. de l'oreille et du larynx*, 1894.

comprenant rien à l'effroi de son entourage et riant de l'alarme qu'il vient de causer. Il reprend l'occupation interrompue et le reste de la journée se passe sans incident. Cette description répond à la généralité des cas.

II

Traitement.

Il est fort difficile de préciser l'influence du traitement sur les accès rares. Pour les accès à retour plus fréquent, deux sortes de moyens ont été mis en œuvre; les uns s'adressent au système nerveux, les autres sont des moyens purement locaux.

Pour notre part, nous avons employé la *belladone*, la *morphine* ou le *bromure de potassium*, soit seuls, soit associés. Ces divers médicaments nous ont donné des résultats satisfaisants. Ils diminuent la fréquence et la violence des quintes de toux, et du même coup, les chances qu'elles ont de se terminer par la perte de connaissance. Il est également possible qu'ils exercent une action directe sur le système nerveux vaso-moteur, qu'ils modèrent l'activité de ses centres et atténuent, par conséquent, les troubles circulatoires de la face et de l'écorce cérébrale qui causent ou accompagnent la perte de connaissance. Ces moyens généraux sont fort infidèles, et nous rappellerons seulement l'histoire d'un malade d'Adler, dont les accès étaient arrivés à une fréquence inouïe, malgré une dose quotidienne de 10 grammes de bromure et d'iodure de potassium. Cette dose avait même amené un état d'abrutissement et de somnolence continuelle, ainsi que des accidents iodiques. Chez ce malade, tout ictus disparut comme par enchantement après la section de la luerette.

Tout récemment, Merklen a employé avec succès l'*antipyrine* à la dose de 3 à 4 grammes. Nous avons déjà eu deux fois l'occasion d'appliquer cette nouvelle méthode. Dans le

premier cas, le résultat a été remarquable; mais nous n'avons obtenu aucune amélioration dans le second cas.

Toutefois, c'est au *traitement local* qu'il convient de s'adresser lorsqu'il existe une lésion tangible capable de provoquer la toux. Gleitsmann a eu, comme Adler, un succès par l'*uvulotomie*. C'est le traitement que nous avons aussi appliqué dans un cas; après l'opération, le malade ne reprit plus d'accès de toux quinteuse ni d'ictus. Nous avons observé une amélioration analogue consécutivement à l'ablation de nombreux polypes du nez; l'amélioration ne fut pas définitive de suite après l'opération; mais, l'hiver suivant, les ictus firent complètement défaut. Enfin, la *cocainisation* avec une solution à 1/20, pratiquée par le malade lui-même dès qu'un chatouillement se fait sentir, nous a donné dans un cas un succès complet. Il faut reconnaître cependant que cette cocainisation est rarement possible, le malade n'ayant pas toujours le temps suffisant pour pratiquer le badigeonnage.

Mais si l'on est peu armé pour combattre l'ictus proprement dit, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de traiter l'affection chronique des voies respiratoires qui en est la cause première, puisque nous savons, d'après nos observations, que cet ictus survient la plupart du temps chez des individus sujets à de fréquentes poussées de bronchite. Tous les moyens thérapeutiques ordinairement employés dans ces cas trouveront ici leur place.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DES AFFECTIONS TRAUMATIQUES DU LARYNX

PAR

A. GOUGUENHEIM

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Les affections traumatiques du larynx, plaies, brûlures, contusions, fractures, constituent des groupes d'une gravité exceptionnelle. Les malades qui sont atteints succombent généralement très vite, à la suite de désordres des voies respiratoires tels que la vie est absolument impossible; aussi les cas publiés constituent-ils presque toujours une véritable nécrologie. La rapidité de la mort est peut-être la raison de la rareté des observations, qui peuvent être aisément comptées; aussi la thérapeutique de ces états morbides est-elle d'une difficulté exceptionnelle, ainsi que nous en jugerons d'après l'exposition des différents cas.

Ces plaies peuvent survenir de dehors en dedans ou inversement.

I

Plaies du larynx.

1° De *dehors en dedans*, les plaies du larynx sont excessivement dangereuses; car elles sont presque toujours accompa-

gnées de blessures extrêmement graves des organes voisins, tels que les veines, les artères et les nerfs du cou; les hémorragies, suites de ces blessures, peuvent emporter très rapidement les malades, si l'on n'obvie pas immédiatement aux conséquences de ces divers désordres. Si le larynx est seul intéressé, la mort peut ne pas survenir immédiatement, mais le péril advient parfois à la suite de l'emphysème qui se développe quelquefois plus ou moins vite, selon que la plaie extérieure est plus ou moins étroite. C'est surtout dans les plaies les moins larges qu'il faut redouter cet accident, et la cicatrisation de la plaie, qui est souvent assez rapide, ne diminue pas toujours le danger, lorsque le gonflement de la muqueuse laryngienne peut apporter consécutivement une entrave à la respiration.

Traitement. — Il faut abaisser la tête et affronter par cette position les bords de la plaie l'un contre l'autre, faire une suture et appliquer un pansement composé de *gaze iodiformée*, ouate et bandage, au moyen de bandes de tarlatane. Préalablement à l'application de ce bandage, il sera prudent, avant de fermer la plaie, de s'assurer de l'occlusion des vaisseaux, et, en cas d'hémorragie, on liera les vaisseaux ou on les pincera, s'ils ne sont pas trop gros.

Si le gonflement de la muqueuse ne se produit pas, ou s'il n'a lieu que d'une façon insensible, le malade a des chances de pouvoir guérir.

2° La muqueuse du larynx peut être blessée *de dedans en dehors*, et c'est ce que l'on rencontre dans les cas où un corps étranger blesse la muqueuse (os, esquille, râtelier); alors des accidents de suffocation peuvent se produire.

Traitement. — Badigeonnage à la solution de *cocaïne* au tiers ou au cinquième; *extirpation* du corps étranger, si c'est possible, au moyen de la pince endo-laryngienne; sinon, pratiquer la *thyrotomie*, avant ou après trachéotomie. Dès que le corps étranger est retiré, les accidents traumatiques guérissent vite.

II

Brûlures.

Cet accident est fort grave; car, dans la plupart des cas, il est accompagné de tuméfaction très considérable de la muqueuse pouvant s'étendre du côté des voies respiratoires inférieures et amener très rapidement la mort du malade par asphyxie ou inflammation des voies respiratoires.

Traitement. — 1° Applications de *glace* à l'extérieur;
2° Faire ingérer, si possible, de la glace au malade;
3° Irrigation des parties brûlées avec de l'*eau boriquée* tiède, que l'on projettera au moyen du bock et d'un siphon;

4° Opération de la *trachéotomie*, si la respiration s'embarasse.

Dans les cas très rares où les désordres sont limités, des rétrécissements du larynx pourront se produire et nécessiter la *dilatation* de l'organe.

La marche de ces accidents est habituellement fort rapide et la mort en est presque toujours la conséquence.

III

Contusions.

Les contusions peuvent être simples ou compliquées de fractures.

Quand elles sont simples, ce qui n'est pas toujours commode à affirmer, le résultat du traumatisme est ordinairement la production d'une tuméfaction de la muqueuse laryngienne accompagnée ou non d'hémorragie. La suite de cet état est une gêne respiratoire, et j'ai eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas dans lesquels les accidents, généralement assez anodins, peuvent durer quelques jours et guérir totalement.

Traitement. — Il ne diffère pas de celui des laryngites aiguës; il faudra :

1° Imposer le *silence* au malade;

2° Prescrire des *fumigations* composées d'*eau boriquée*, à laquelle on ajoutera un peu d'*eau de laurier cerise*;

3° Donner au malade des préparations *opiacées*, mélangées à des médicaments résineux tels que :

℥ Sirop diacode. } àà 100 grammes.
Sirop de bourgeons de sapin }

M. S. A. Deux à trois cuillerées par jour.

IV

Fractures du larynx.

Une contusion très forte peut se compliquer de fracture du larynx, cette fracture n'intéressant que le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde; le cartilage thyroïde est le plus fréquemment atteint. L'os hyoïde est intéressé aussi presque toujours simultanément.

Mais la contusion n'est pas toujours la cause la plus fréquente des fractures du larynx; ce sont les manœuvres criminelles qui produisent le plus ordinairement cet accident, et la strangulation est un des moyens qui ont été observés le plus habituellement comme produisant les fractures du larynx; en ce cas, la fracture tend à être bilatérale. La pendaison aussi a été considérée comme une cause déterminante de ces fractures, mais les statistiques qui ont été produites à cet effet ont démontré que ce suicide ou ce supplice n'entraînait pas habituellement une fracture de l'organe vocal.

Les fragments de cartilage, par leur déplacement et la tuméfaction concomitante de la muqueuse laryngienne, ne tardent pas à amener un trouble dyspnéique très grave, et c'est la raison pour laquelle la plupart des auteurs ont conseillé, chez ces malades, la *trachéotomie préventive*. Cette dyspnée est causée par les mouvements continus du larynx; la parole

est impossible et les mouvements de déglutition aggravent les troubles respiratoires. Les perforations concomitantes de la muqueuse favorisent la production d'un emphysème, avant-coureur très prochain de la mort. Si le malade est trachéotomisé et peut survivre à ce traumatisme, il est exposé à des inflammations du cartilage et à l'évacuation de séquestres. Ces désordres sont susceptibles de produire des rétrécissements qui nécessitent alors le séjour indéfini de la canule.

On comprend, d'après ce que je viens de dire, quelle peut être la gravité d'un accident de ce genre.

Traitement. — 1° *Trachéotomie* dans la plupart des cas;

2° *Silence* absolu du blessé;

3° Abaisser la tête sur le cou pour favoriser la cicatrisation;

4° Introduction dans le larynx d'une *sonde* remplissant le rôle d'une attelle;

5° Nourrir le malade, si c'est possible, au moyen de la *sonde œsophagienne*.

Telles sont les diverses indications auxquelles devra satisfaire ce traitement difficile.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DU CANCER DU LARYNX

PAR

J. GAREL

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Le cancer du larynx n'est à proprement parler bien connu que depuis la découverte du laryngoscope. Depuis cette époque, les observations sont devenues progressivement plus nombreuses à mesure que l'on a mieux su différencier cette affection d'autres lésions susceptibles d'être confondues avec elle. Enfin, il y a quelques années à peine, un auguste malade, atteint de cette terrible affection, a donné à la question un regain d'actualité et a provoqué l'éclosion d'un certain nombre de travaux importants; puis, la question est entrée dans une phase moins active en apparence, pendant laquelle les tentatives chirurgicales se sont néanmoins multipliées. Nous verrons que cette période n'a pas été improductive, et que dans ce court espace de temps, tous les chirurgiens ont cherché à rendre l'extirpation du larynx de moins en moins dangereuse en perfectionnant les procédés opératoires.

On aurait tort de croire que le cancer du larynx soit aussi rare qu'on le suppose; nous nous rappelons en effet avoir vu