

le toucher et l'inspection. La palpation et l'auscultation servent surtout pour faire reconnaître la présence des corps étrangers mobiles dans la trachée.

Le toucher quelquefois indispensable ne doit être employé que dans les cas d'absolue nécessité. Il faut s'en défier parce qu'on risque de déplacer le corps étranger et de le faire glisser dans la trachée.

L'examen laryngoscopique sera au contraire pratiqué chaque fois que le malade sera suffisamment calme pour permettre l'application du miroir. Il montrera généralement et la présence du corps étranger, et sa nature, et sa situation dans le larynx. Avant de le pratiquer, il faut toujours, au préalable, instiller dans le larynx quelques gouttes d'une solution de cocaïne. Il n'y a pas lieu de craindre que cette insensibilisation favorise la chute du corps étranger dans la trachée; au contraire, l'anesthésie supprimera les réflexes et évitera dans la mesure du possible cet accident.

Diagnostic. — Si le corps étranger a été vu dans le miroir laryngoscopique, le diagnostic est fait de lui-même. S'il n'en est pas ainsi les difficultés peuvent être plus considérables. Dans le cas où l'accident est récent, les commémoratifs seront la principale base, mais ils peuvent manquer, chez les enfants, quand personne ne les surveillait, chez les aliénés, chez les épileptiques. (Delasiauve). — La soudaine apparition des symptômes, et surtout leur intermittence, c'est-à-dire des crises de suffocation survenant après de longs moments de calme (Fr. Gross), seront deux signes de forte présomption.

Les accidents produits par les corps étrangers peuvent être confondus avec tous les spasmes du larynx, mais il n'y a pas d'accident spasmodique où les phénomènes alarmants soient aussi longs que dans ces cas, exception faite toutefois pour le croup où les accidents sont, en somme, produits par un corps étranger. L'accès est souvent caractérisé par des efforts expiratoires parce que le larynx se ferme pour repousser le corps étranger, tandis que l'aspiration est facile.

Dans les cas chroniques où le corps étranger ne donne pas un cortège de symptômes bien nets, on peut prendre pour une affection du poumon ou de la trachée ce qui est causé par ce corps. On cite des malades atteints de toux, de dyspnée habituelle, d'hémoptysie, d'accidents fébriles et diagnostiqués tuberculeux avancés que l'on a vu guérir dès l'expulsion d'un corps étranger des voies aériennes. Duplay cite le fait suivant rapporté par Carville : « une pneumonie fut diagnostiquée chez un enfant, et elle guérit en l'espace de sept jours. Il lui resta cependant une toux croupale et des spasmes convulsifs. Le médecin en promenant son doigt sur le larynx, constata un grelottement, et en recherchant les commémoratifs, il apprit que l'enfant avait peut-être avalé un haricot; la trachéotomie fut faite, le haricot fut expulsé par la bouche, et le malade guérit ».

On se rappellera que la dyspnée causée par un corps étranger occasionne du tirage ou, pour mieux dire, rend pénible la respiration, tandis que la dyspnée d'origine pulmonaire est caractérisée par la fréquence des mouvements respiratoires.

En résumé, lorsque le diagnostic est difficile, que l'examen laryngoscopique est impossible, que les commémoratifs font défaut, c'est seulement après coup, et quand le malade est guéri par l'expulsion du corps étranger que ce diagnostic est établi, du moins dans la généralité des cas.

Pronostic. — Le pronostic est très variable : il est tantôt d'une innocuité excessive, et tous les accidents se résument dans l'interruption d'un repas ou dans une quinte de toux. Tantôt au contraire il est d'une extrême gravité et la mort peut être la conséquence de cet accident. Cela dépend de bien des causes, nous les avons déjà énumérées (situation du corps étranger, volume, etc.). Le danger persiste, il ne faut pas l'oublier, aussi longtemps que le corps étranger demeure dans les voies respiratoires, et alors même qu'il a été enlevé, le pronostic doit être réservé jusqu'au moment où toutes les lésions inflammatoires secondaires ont disparu.

Des lésions du cou peuvent être la conséquence de l'expulsion du corps étranger à travers les parois thoraciques, en déterminant la formation d'un abcès. Dans un cas de Morrow un morceau de paille introduit dans la trachée sortit après un mois de séjour dans les voies aériennes, entre la dixième et la onzième côte.

Traitement. — En raison des progrès de la laryngologie, l'extraction des corps étrangers doit se faire autant que possible par la voie endo-laryngée; certaines conditions de diagnostic peuvent donner des indications utiles préalablement à l'intervention.

Le diagnostic a pu être fait ou bien il n'a pas été possible; ce sont les deux conditions suivant lesquelles peuvent varier les indications.

Si le diagnostic n'est basé que sur des présomptions, il faut mettre le malade au repos et s'efforcer de lui faire conserver le plus grand calme respiratoire. De plus, il faudra le faire asseoir pour lui permettre de s'accoutumer à sa nouvelle condition respiratoire.

Si l'on connaît la nature et la forme du corps étranger, on prend ses précautions en conséquence, et avant toute tentative d'exploration ou d'extraction qui peut être interrompue par un grave accès de suffocation, on prépare ce qui est nécessaire pour faire une trachéotomie, puis, à l'aide du laryngoscope on procède, en exagérant les précautions d'usage, à l'exploration de la cavité laryngée. Cette exploration faite méthodiquement, en s'aidant de la cocaïne, montrera la position, l'orientation du corps étranger, et suggérera des moyens propres à l'extraire. Il sera permis lorsque le corps étranger est fixé dans le vestibule du larynx, de le mobiliser dans un sens ou dans l'autre pour faciliter la préhension; celle-ci devra être faite avec les

différents modèles de pince ou de serre-nœud qui servent à l'extraction des polypes du larynx.

La cocaïne, en insensibilisant la muqueuse, permettra, le corps une fois saisi et bien saisi, de l'arracher brusquement; les déchirures qui peuvent suivre cette intervention guérissent d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Néanmoins, ces tentatives, même suivies de succès, aussi bien que d'ailleurs le plus ou moins long séjour que le corps étranger a fait dans le larynx, peuvent déterminer des accidents inflammatoires graves qu'il faudra surveiller dans les jours qui suivent. Le repos, les inhalations chaudes, etc., faciliteront la résolution de ces phénomènes.

Lorsque le corps étranger est dans la trachée, les tentatives d'extraction à l'aide d'instruments seront plus difficiles, quoique Major ait cité l'exemple d'un corps étranger de la trachée qu'il put saisir et ramener avec une pince laryngée très longue dans le genre de celles de Fauvel. Dans ces cas on s'est bien trouvé de la manœuvre suivante: le malade est mis à plat sur une planche en plan incliné, de façon à ce que le larynx étant en contre-bas, le corps étranger puisse quitter spontanément la trachée pour revenir dans ce premier organe. Sa présence produit les résultats réflexes habituels et ces corps étrangers étant en général petits et ronds, une quinte de toux peut les expulser. Mais si on ne peut, soit parce qu'on n'est pas outillé, soit parce que les accidents sont trop imminents, extirper les corps étrangers par les voies naturelles, et que les accès de suffocation menacent d'emporter le malade, on procédera d'urgence à la trachéotomie.

Ultérieurement on décidera, lorsqu'il n'y aura plus urgence, telle ou telle autre intervention.

La question des interventions dans les corps étrangers du larynx, ne saurait en effet être posée qu'en dehors de l'urgence, et encore la controverse soulevée par cette question perd-elle aujourd'hui beaucoup de son intérêt, étant donné qu'en présence d'un corps étranger fixé dans le larynx et ne déterminant pas des accidents immédiats, les progrès et la vulgarisation de la laryngoscopie permettront presque toujours l'extraction par les voies naturelles. La question ne se pose pas plus que celle de la laryngotomie pour enlever un polype du larynx.

Lorsqu'on croira ne pas pouvoir enlever le corps étranger par la voie endolaryngée, ou que l'ayant tenté on n'y aura pas réussi, quelle conduite tenir?

Ici encore on se laissera guider par les circonstances. Si le corps étranger est inaccessible pas la méthode endo-laryngée et s'il n'occasionne pour le malade aucune gêne, l'expectative est autorisée, on sera en droit d'attendre en surveillant le malade. Toutefois celui-ci court un danger permanent tant qu'il n'en sera pas débarrassé. C'est alors qu'une laryngotomie ou une trachéotomie, suivant la situation

du corps étranger, trouveront leur indication. La laryngotomie, pour les corps étrangers du larynx sera faite suivant les procédés classiques et sera toujours suivie de succès puisqu'elle permettra d'atteindre directement le point où est fixé ce corps (1). La trachéotomie, pour ceux de la trachée, ne donnera pas toujours un résultat immédiat, car on ne tombera pas toujours directement sur l'objet cherché. Quelquefois il faudra maintenir la plaie béante pendant quelques instants, attendant qu'une quinte de toux mobilise le corps étranger et le fasse passer au devant de l'ouverture trachéale: on le saisit alors au passage s'il n'est directement expulsé. Ce n'est point dans ce cas une canule qui maintiendra écartées les deux lèvres de la plaie, mais un dilatateur à deux ou trois branches.

MALADIES INFLAMMATOIRES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

INFLAMMATIONS ET ABCÈS DU LARYNX.

Les laryngites inflammatoires aiguës ou chroniques, ne sont pas du domaine de la chirurgie. Les infiltrations séreuses ou séro-purulentes de la muqueuse laryngée ne sont bien souvent qu'une des complications des autres affections générales, tuberculose, syphilis, etc... Toutefois, comme leur traitement peut donner lieu à une intervention chirurgicale, nous les étudierons ici brièvement et à ce point de vue (2). Enfin, il est des cas où l'œdème se produit en dehors de toute autre affection générale, œdème primitif du larynx.

Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints de cette affection que les femmes, et cela dans la proportion des 2/3 des cas. De même l'âge n'est pas sans influence sur la pathogénie de cette affection, puisque on ne la rencontre pour ainsi dire jamais chez des individus âgés de moins de 18 ans, tandis qu'on la trouve chez ceux âgés de 25 à 40 ans d'une façon assez fréquente.

Les professions qui exposent aux refroidissements subits sont celles où on en rencontre le plus.

Mais la cause la plus fréquente des œdèmes du larynx, ce sont assurément les affections générales, tuberculose, syphilis, brightisme. L'œdème du larynx peut enfin être la conséquence d'un abcès rétro-pharyngien, ou d'une angine quelquefois très légère: Laveran en

(1) LICHTWITZ, *Ann. des mal. de l'or.*, 1890.

(2) BOUCHARD, Angine laryngée œdémateuse (*Bull. de thérap.*, 1869). — MORELL-MACKENZIE, *Traité des mal. du larynx*, trad. par Moure et Bertier, art. LARYNX ŒDÉMATEUX. Paris, 1882. — CHARAZAC, Étude sur l'œdème du larynx, thèse de Bordeaux, 1884. — CH. MONOD, Œdème aigu du larynx (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1888, p. 297). — BRUNETTI, Laryngite phlegmon. conséc. à une brûlure par inhalation de vapeurs médicam. trop chaudes (*Arch. italiennes d'otologie, de laryngologie*, ann. III, fasc. 4, 1895).