

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).

cite un cas. C'est encore dans le cours d'une maladie aiguë qu'on le voit se produire, pendant une fièvre typhoïde, pendant une rougeole ou une pneumonie : c'est surtout pendant le déclin ou la convalescence de ces affections qu'on l'observe.

Dans les plaies du larynx il se forme quelquefois un œdème aigu qui se termine par un abcès ou par suppuration lorsqu'il correspond à un point de cartilage nécrosé; de même dans un traumatisme, après des cautérisations énergiques ou l'ablation de tumeurs du larynx sur une partie voisine des cartilages, quand ceux-ci ont été saisis et contus.

Il existe aussi des œdèmes aigus primitifs dus à un trouble circulatoire subit et local, et qui se terminent par un abcès dans des cas de septicémie comme ceux observés par Morell Mackenzie.

Symptômes. — Considérés exclusivement au point de vue du chirurgical, les œdèmes du larynx se divisent en aigus et chroniques. Les premiers ont une marche rapide, se produisent subitement, donnent lieu d'emblée à des symptômes graves et alarmants, nécessitent une surveillance très assidue et quelquefois un traitement d'urgence. Les seconds ne viennent que dans le cours d'une affection générale le plus souvent chimique, se développent progressivement, et ne nécessitent l'intervention du chirurgien que dans une période avancée.

L'œdème aigu du larynx débute parfois d'une façon tout à fait soudaine et foudroyante. Il existe des cas où les accidents furent tels que le malade mourut sans qu'on ait pu lui porter secours. Roger vit mourir, en l'espace de quelques secondes, un infirmier de l'Hôtel-Dieu qui auparavant ne présentait aucun symptôme d'une autre affection. Van Swieten et Morgagni avaient déjà cité des exemples semblables. Il est bien probable que dans des cas comme ceux-là, à l'obstruction mécanique du larynx par l'épanchement séreux, il s'ajoute des spasmes nerveux des muscles constricteurs de la glotte.

Heureusement, l'affection n'évolue pas toujours avec une telle rapidité, c'est même l'exception. Dans bien des cas, elle n'évolue que progressivement, et dans l'espace de quelques jours. C'est tout d'abord une sensation de gêne et de cuisson dans la gorge. Le malade crache et tousse, il sent au fond de la gorge comme un point qui le gêne et qui le pique, il fait de petits efforts de toux secs et saccadés pour gratter le point douloureux et pour détacher des mucosités qu'il y croit adhérentes. Il n'y parvient pas, il ne crache que de la salive, et les efforts n'amènent pas d'autres résultats que d'augmenter son anxiété. Bientôt apparaît une gêne inspiratoire qui va progressant jusqu'à l'asphyxie, avec des temps d'arrêt et des moments d'accès que rien ne fait prévoir et qui sont pleins d'angoisse. Le malade évite tout mouvement parce qu'il craint de les faire naître; il reste assis sur son lit, prenant point d'appui sur ses bras, il a du

tirage surtout inspiratoire. Les crises sont plus violentes la nuit, surtout quand le malade a pris quelques instants de repos; la mort peut se produire dans un de ces accès. Sinon les crises se calment, elles deviennent plus éloignées les unes des autres, et petit à petit tout rentre dans l'ordre, le malade guérit. Quand un abcès s'est formé, le malade crache quelques gouttes de pus sanguinolent et se trouve soulagé.

L'examen laryngoscopique n'est pas possible pendant les accès de suffocation et de dyspnée; il doit être pratiqué pendant les périodes de calme. Il était d'usage de décrire autrefois sous le nom « d'œdème de la glotte », les œdèmes du larynx. Cette dénomination était fautive, car l'inflammation ne porte pas sur la glotte, mais au contraire sur les parties supérieures du larynx. Le plus souvent ce sont

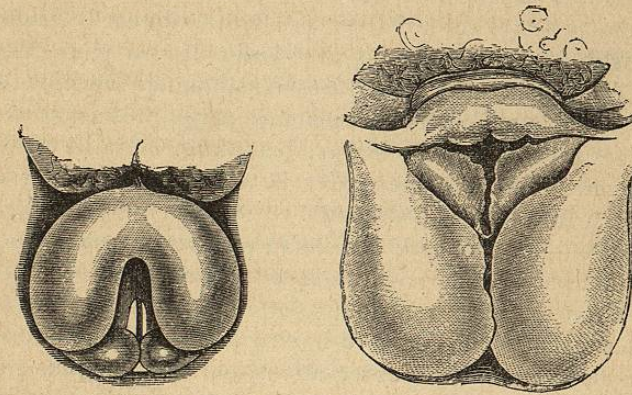


Fig. 75. — Œdème chronique du larynx.

les replis aryéno-épiglottiques qui sont infiltrés; viennent ensuite par ordre de fréquence, la face postérieure de l'épiglotte et surtout la partie inférieure, les aryénoïdes, très rarement les bandes ventriculaires; cependant les cordes vocales sont restées normales, à peine légèrement rosées. Comme on voit, ce sont les parties supérieures du larynx qui sont le siège de l'inflammation, et non pas la glotte.

Le plus généralement, les lésions sont symétriques, portent sur l'un et l'autre des replis aryéno-épiglottiques; par exception seulement on voit le gonflement se limiter plus spécialement en un point, sur l'un ou l'autre des côtés (fig. 75), sur l'un ou l'autre des aryénoïdes. Dans ces cas, il y a tout lieu de croire qu'un abcès est en voie de formation en ces points particuliers. Les abcès *a frigore*, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas, comme c'est le cas le plus fréquent, consécutifs à une péri-chondrite, se manifestent surtout dans les points où il y a le plus de glandes: aussi les trouvera-t-on plus particulièrement sur la partie antérieure des aryénoïdes, sur le pied des bandes ventriculaires, ou bien en avant, à la partie inférieure de la

face postérieure de l'épiglotte, aux environs du bourrelet (tubercule de l'épiglotte).

L'abcès peut être nettement localisé, porter par un seul point et laisser intact le reste du larynx; le plus souvent il est entouré d'infiltration œdémateuse. Alors, les bandes ventriculaires et les replis aryéno-épiglottiques se confondent et un bourrelet rougeâtre entoure toute la partie supérieure du larynx. Quand l'épiglotte est prise, elle est recroquevillée sur elle-même, rejetée en arrière, et à l'examen laryngoscopique, elle empêche de voir une bonne partie du larynx.

Quelques observations ont été rapportées d'œdème sous-glottique du larynx. Cette affection est rare, chose facile à comprendre, vu l'adhérence étroite qui existe entre les cordes vocales et la muqueuse qui les recouvre en ces points. Dans ces cas l'infiltration se produit dans le tissu connectif qui entoure les faces latérales du cartilage cricoïde.

Diagnostic. — Les affections avec lesquelles on peut confondre l'œdème du larynx sont : les crises d'asthme, de laryngite striduleuse, le croup, la suffocation occasionnée par la présence d'un corps étranger, et les tumeurs du larynx. Les commémoratifs et les symptômes concomitants d'une part, et l'examen laryngoscopique d'autre part, font faire le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic des œdèmes du larynx est rendu grave, non pas tant par la gêne respiratoire occasionnée par le gonflement des tissus que par le spasme de la glotte qui l'accompagne souvent.

Tous les malades que l'on a vu mourir pour ainsi dire subitement, et dont nous avons cité les observations, ont suffoqué plus par suite de la contraction nerveuse et spasmodique des muscles constricteurs du larynx que par l'occlusion œdémateuse. Ainsi compris, le pronostic n'est pas en rapport avec le développement de la tuméfaction des tissus, mais plutôt avec l'irritation de l'organe, et il est plus grave pour les œdèmes aigus que pour les œdèmes chroniques.

Mais si l'on fait abstraction de ces accidents possibles, mais exceptionnels, on doit dire que pour les cas aigus le pronostic peut être grave immédiatement; sa gravité est éloignée pour les cas chroniques. Les affections générales sous la dépendance desquelles est l'œdème chronique du larynx suffisent à expliquer la gravité du pronostic dans ces cas.

Traitement. — Le traitement des œdèmes du larynx doit surtout être symptomatique; l'accident auquel il faut parer c'est la suffocation et l'asphyxie. Trop préoccupés par la possibilité d'accidents spasmodiques et par la mort rapide qui peut en être la conséquence, les chirurgiens ont souvent conseillé la trachéotomie préventive pour parer à tous les accidents et pour donner la sécurité à eux-mêmes et à l'entourage du malade. Cette pratique érigée en règle est assurément excessive, car bien souvent l'œdème aigu du larynx rétrocede rapi-

dement, et si une affection ultérieure des bronches succède à l'irritation du larynx, le malade se trouve dans de mauvaises conditions de résistance du fait de sa trachéotomie. Nous avons observé au cours de l'hiver dernier un malade qui présentait de l'œdème aigu du larynx. La crise resta très aiguë pendant quarante-huit heures, avec dyspnée et tirage intermittent. Toutes les deux heures son larynx était examiné et nous nous tenions prêts à faire une trachéotomie si l'indication était devenue plus pressante. L'examen laryngoscopique qui d'abord montrait une tuméfaction des replis ary-épiglottiques et de l'épiglotte, fit voir progressivement la diminution de l'inflammation; l'épiglotte se dégonfla tout d'abord, puis les replis ary-épiglottiques, et il ne resta plus de tuméfaction que dans les parties postérieures du larynx. La fièvre ne cessa cependant pas tout de suite, et à la laryngite succéda une trachéite et surtout une grosse bronchite qui fut traitée par les moyens d'usage. La trachéotomie avait été évitée, et la bronchite eut sans doute pris des proportions plus inquiétantes si la ligne de conduite avait été autre.

Cet exemple doit nous guider dans la plupart des cas. Il convient de surveiller le malade, se tenir prêt à parer aux accidents, et temporiser le plus possible avant d'intervenir plus activement. Il faudra en attendant mettre le malade au repos, lui défendre de parler, maintenir dans l'appartement une température toujours égale et faire brûler près de son lit un vaporisateur qui, humidifiant l'air, le rendra plus agréable à respirer. Tout attouchement ou toute insufflation endolaryngée sera évitée de peur d'éveiller la susceptibilité du larynx et de provoquer un accès spasmodique.

Pour cette dernière raison, on proscriera les scarifications de la muqueuse laryngée, parce qu'elles sont inutiles d'abord, n'étant que très exceptionnellement suivies de l'évacuation des éléments épanchés, parce qu'ensuite elles deviennent dangereuses par l'irritation qu'elles produisent et par les ulcérations qui subsistent après elles.

Quand l'œdème siège sur l'épiglotte, on se trouve souvent fort bien de faire sucer au malade des morceaux de glace; ce procédé antiphlogistique très simple donne parfois les meilleurs résultats.

Si l'abcès est formé, il faut, autant que la chose est possible, donner issue au pus en incisant la muqueuse. On se sert pour cela d'un bistouri convenablement incurvé et on se guide dans le miroir laryngoscopique. Le plus souvent l'abcès s'ouvre de lui-même et il n'est reconnu qu'à ce moment.

Dans l'œdème chronique, la conduite à suivre est à peu près semblable à celle que nous avons déjà indiquée. La trachéotomie ne doit être faite que lorsqu'il y a menace de suffocation. Non seulement l'ouverture de la trachée supprime la gêne respiratoire et rétablit le passage de l'air, mais encore il s'ensuit souvent une amélioration locale très sensible : cela tient au repos de l'organe qui suit l'opéra-