

tion et à la déplétion sanguine locale. Malheureusement cette amélioration n'est que passagère, et l'œdème revient sous la cause qui l'a produit si l'état général est resté le même.

RÉTRÉCISSEMENTS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE (1).

Le rétrécissement du larynx et de la trachée n'est jamais primitif, il est toujours consécutif à une affection antérieure, affection qui peut être d'ordre chirurgical comme celles que nous étudions ici, ou d'ordre médical.

Le rétrécissement du larynx peut venir à la suite de traumatismes, de plaies, de brûlures du larynx; il peut être la conséquence même des progrès d'une affection laryngée, polypes, tumeurs de toutes natures; enfin, et le plus souvent, il est la conséquence de la cicatrisation vicieuse d'une gomme syphilitique du larynx. Il est alors un accident de la période tertiaire et peut faire suite non seulement à une syphilis acquise, mais aussi à de la syphilis héréditaire. Capart (de Bruxelles) et Poyet en ont donné des exemples.

Anatomie pathologique. — Le rétrécissement du larynx est donc toujours la conséquence de la cicatrisation par un tissu fibreux et rétractile d'une plaie ou d'une ulcération du larynx. Par conséquent son siège et sa nature peuvent être aussi variables que ces plaies et ces ulcérations elles-mêmes.

Le rétrécissement du larynx peut donc porter sur les parties supérieures ou bien être sous-glottique.

Les ulcérations de la syphilis siégeant sur des portions intraglottiques ou sus-glottiques donnent lieu à des cicatrisations de formes aussi variées et aussi étendues que ces ulcérations elles-mêmes, variant entre une simple synéchie des parties antérieures ou postérieures jusqu'à des déformations considérables qui rendent méconnaissables les diverses parties du larynx. D'autres fois, l'espace sous-glottique, très diminué de calibre, est réduit à un anneau circulaire. Mais comme les gommages syphilitiques du larynx se rencontrent davantage sur les parties supérieures de l'organe, c'est là aussi que se produit le plus souvent le rétrécissement et nous représentons un exemple de ces rétrécissements sous-glottiques.

(1) KRISHABER, Lettre à M. Gallard (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1874). — SCHROETTER, Laryngologische Mittheilungen. Wien, 1875, p. 32; — Beitrag zur Behandlung der Larynxstenosen. Wien, 1876. — HERING, Des résultats du trait. mécanique des rétrécissements du larynx (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.* Paris, 1882, p. 55 et 141). — O'DWYER, Chronic stenosis of the larynx treated by a new method, with report of a case (*Med. Record.* New-York, 5 juin 1886, p. 641). — MASSEI, Traitement des laryngosténoses chroniques (*Arch. int. de laryngol.*, 1896, n° 1). — GOUGUENHEIM, Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syph. trachéot. dilat. par les sondes de Schroetter (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1889, p. 403). — WERNER KUMMEL, Traitement des rétrécissements de la trachée à l'aide de canules de verre (*Arch. für Laryng. und Rhin.*, Bd. IV, Heft 1, 1896).

Sur la trachée, le rétrécissement porte plus ou moins haut; la muqueuse est remplacée par du tissu fibreux nacré, à fibres radiées, les anneaux cartilagineux sont détruits ou déformés, et la lumière du conduit est réduite à un petit canal qui la fait ressembler à un tuyau de plume d'oie. Quelques anneaux peuvent seuls être atteints, le rétrécissement peut porter sur toute la longueur du conduit (Gerhart en mentionne quatre cas). L'ulcération n'ayant pas toujours été aussi accentuée sur tous les points, il en est de même de la rétraction, et des dilatations se rencontrent entre les rétrécissements (forme en chapelet).

La lésion cicatricielle n'est pas toujours limitée aux parties supérieures du larynx ou aux parties inférieures de la trachée. Le pharynx dans le premier cas, les premières ramifications bronchiques dans le second, peuvent porter des traces du processus rétractile.

Symptômes. — Les symptômes sont en rapport avec le degré de rétrécissement. Dès que le rétrécissement existe, la respiration devient gênée; cette gêne est ressentie d'abord à l'occasion des efforts, des marches rapides, etc., elle se manifeste surtout pendant l'inspiration. La dyspnée augmente avec le rétrécissement, elle devient constante, la respiration difficile de plus en plus devient striduleuse, la face est pâle et les traits contracturés: il y a du cornage. Le nombre des mouvements respiratoires est diminué par suite du temps que met l'air à remplir la poitrine, le pouls est petit et très lent. En un mot, ce sont tous les symptômes en rapport avec l'obstacle mécanique apporté à la respiration; ils ne se produisent donc que progressivement, leur rapidité variant avec les progrès de l'affection aiguë ou chronique.

La voix est modifiée, enrouée et faible quand il s'agit simplement d'un rétrécissement de la trachée qui ne laisse pas passer l'air suffisant; rauque, supprimée même quand le larynx est atteint.

La déglutition ne saurait être gênée quand la lésion ne porte que sur le larynx; si le pharynx est rétréci concomitamment, elle peut devenir douloureuse et difficile.

L'auscultation ne peut donner que des renseignements imparfaits; les bruits perçus arrivent à l'oreille trop sourds ou trop confus pour être analysés.

Le laryngoscope est assurément le meilleur, même le seul moyen de faire le diagnostic. L'examen laryngoscopique donne les images les plus variées: tantôt l'espace entre les deux cordes vocales est fermé par une membrane, et ne laisse libre qu'une petite ouverture pour le passage de l'air, tantôt l'on trouve des brides de cloisons membraneuses qui émergent des deux côtés des cordes vocales, s'étendant horizontalement et ne laissant à leur bord médian qu'une très petite fente (fig. 75) (Gottstein). Quand c'est la trachée

qui est rétrécie, elle prend l'aspect d'un entonnoir, les anneaux allant en se rétrécissant de haut en bas et concentriquement.

Diagnostic. — On a bien voulu donner quelques symptômes permettant de faire le diagnostic en l'absence de tout examen laryngoscopique. Gerhart a dit que le mouvement ascensionnel du larynx était plus marqué lorsqu'il s'agissait d'un rétrécissement de cet organe que lorsque la lésion ne portait que sur la trachée. Est-il plus exact de dire, avec le même auteur, que les malades ont une tendance à porter leur tête en arrière dans le rétrécissement du larynx, et à la fléchir au contraire en avant dans le rétrécissement de la trachée? — Pas plus l'une que l'autre de ces constatations n'a de valeur.

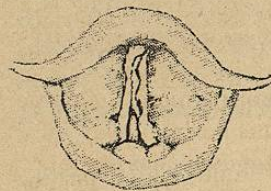


Fig. 76. — Rétrécissement sous-glottique du larynx d'origine syphilitique.

C'est seulement par le miroir, nous le répétons, qu'il pourra être jugé si l'obstruction au passage de l'air siège sur le larynx ou sur la trachée.

Lorsque le rétrécissement siège sur le larynx on peut se méprendre et le confondre avec une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, ou avec un spasme de l'aryténoïdien transverse. L'examen objectif plus complet lèvera le doute, car il n'y a pas de paralysie dans la sténose.

Enfin, si aucun obstacle ne paraît, dans le larynx ou dans les parties supérieures de la trachée, expliquer le cornage par une diminution du calibre de ces parties, faut-il conclure à l'absence de rétrécissement? Avant de porter de telles conclusions, on se rappellera que le rétrécissement peut siéger très bas, sur les derniers anneaux, souvent difficiles à voir au laryngoscope, et même sur l'une ou l'autre, sinon sur les deux premières ramifications bronchiques. L'auscultation du poumon montrerait une diminution du murmure vésiculaire d'un seul côté si l'une seule des deux bronches était atteinte.

Le diagnostic de rétrécissement étant fait, reste encore à faire celui de la cause. La syphilis est la cause la plus générale, et si la diathèse est reconnue par le malade, la question est tout d'abord élucidée. Dans le cas contraire c'est encore par la recherche des affections antérieures que l'on pourra être fixé. Une fièvre typhoïde récente fera penser à un rétrécissement consécutif à une péri-chondrite aiguë; si la sténose est venue pendant ou après une diphtérie, ou pendant une scarlatine, on pensera plutôt à une paralysie des dilatateurs qu'à un rétrécissement; la présence d'albumine dans les urines ferait penser à un œdème brightique. Enfin il ne faudra pas négliger d'observer l'état des téguments externes, car le rétrécissement peut être la suite de la cicatrisation d'un traumatisme du

larynx (trachéotomie, plaies de toutes sortes, tentative de suicide, etc.) Dans ces derniers cas, il restera à l'intérieur des traces de la contusion. Encore peut-on avoir affaire à un faux rétrécissement, à une sténose par compression. Une tumeur du cou, un abcès du cou, un anévrysme de l'aorte, peuvent faire dévier la trachée et le larynx de leur direction normale, comprimer leurs parois qui se retirent sous l'effort et diminuent de la sorte la lumière du canal; mais ce n'est qu'un faux rétrécissement du larynx.

Pronostic. — Le pronostic est grave d'une manière générale, mais il l'est plus spécialement lorsque la lésion porte sur la partie inférieure de la trachée, car alors une trachéotomie même ne pourra remédier aux accidents. Il y a cependant nombre de cas où des rétrécissements syphilitiques ont été guéris.

Quant aux faux rétrécissements dont nous avons parlé, le pronostic varie avec la cause. Il est par suite souvent grave parce que la cause de la compression n'est pas curable. Tel est le cas pour les anévrysmes de l'aorte, pour les tumeurs du médiastin, pour les hypertrophies du corps thyroïde, etc.

Traitement. — Le traitement des rétrécissements du larynx sera le même que celui employé pour les autres rétrécissements: on essaiera de rétablir le calibre du canal laryngo-trachéal en le dilatant; ce résultat peut être obtenu par les procédés lents ou par les procédés rapides.

Le procédé lent qui est celui auquel on doit dans la plupart des cas donner la préférence, est réalisé par le tubage du larynx. Bouchut en avait le premier montré la possibilité; mais l'opération présentait, pour son temps, de nombreuses difficultés, quelquefois même des dangers. La méthode fut reprise par Schrötter de Vienne (1875), et elle a bénéficié aujourd'hui, comme d'ailleurs toutes les autres interventions endolaryngées, des facilités que donne la cocaïnisation et l'insensibilisation de l'organe; à des degrés moindres toutefois, car la cocaïne agit mal et difficilement sur la muqueuse cicatricielle. Schrötter introduit dans le larynx une série d'olives graduées suivant leur épaisseur, et creuses à l'intérieur pour permettre le passage de l'air pendant l'opération (fig. 77). Elles sont montées sur un stylet laryngien approprié et en se guidant d'après le miroir, l'opérateur les introduit successivement, en augmentant chaque fois le calibre, dans la portion rétrécie. Il force ainsi le passage, et pour maintenir la lumière de ce passage, l'olive est remplacée par une sonde laryngienne fenêtrée de même grosseur et du modèle ci-dessus qui est maintenue en place pendant un assez long temps, ce qui permet au malade de continuer à respirer. Le plus généralement, ces instruments sont construits en caoutchouc durci; dans ces derniers temps, on a conseillé l'emploi d'instruments en verre. Les uns et les autres ont l'inconvénient d'être pénibles à sup-

porter, et de provoquer une salivation d'autant plus gênante que le malade ne peut pas faire des mouvements de déglutition. C'est pour obvier à cet inconvénient que la modification suivante a été apportée dans l'instrumentation. Le mandrin peut être séparé de la



Fig. 77. — Dilatateur laryngien de Schrœtter.

portion terminale : l'instrument une fois en place, le mandrin est retiré, et l'extrémité de la sonde est laissée dans le larynx, maintenue par un fil qui l'empêche de glisser trop profondément.

La dilatation progressive par le procédé de Schrœtter donne le

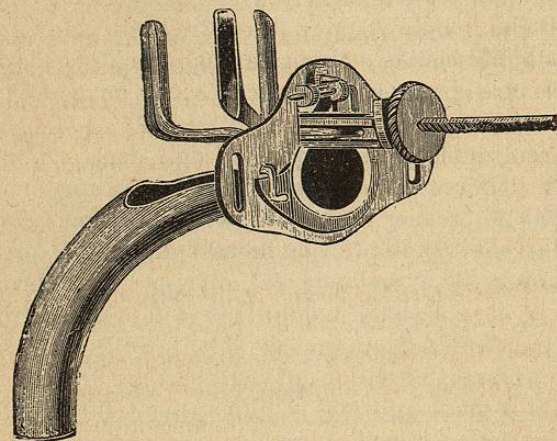


Fig. 78. — Modification apportée par M. Sherry au dilatateur de Stœrk pour les rétrécissements du larynx.

plus souvent les meilleurs résultats, mais il est des fois où elle est impossible, d'autres où elle est insuffisante.

Elle est rendue impossible surtout par les accidents dyspnéiques et asphyxiques que présente le malade. Il y a urgence à pratiquer la trachéotomie, lorsqu'il ne passe plus par le conduit rétréci suffisamment d'air.

Celle-ci doit être faite, bien entendu, au-dessous du point rétréci.

La trachéotomie faite, le malade mis à l'abri de tout danger immédiat, le traitement peut se faire comme précédemment par le

tubage et la dilatation progressive du rétrécissement. La trachéotomie simplifie la pratique de cette méthode et les sondes dilatatrices sont plus facilement introduites. On peut aussi se servir de la canule trachéale pour faire la dilatation en forçant le rétrécissement, non de haut en bas comme précédemment, mais de bas en haut. Stœrk propose un appareil pour agir dans ce sens, pour dilater de bas en haut, en passant par une ouverture pratiquée sur la face supérieure de la courbure de la canule trachéale. Son dilatateur est à deux branches; Sherry (de Baltimore) emploie un dilatateur à trois branches (fig. 78).

Mais les appareils de Stœrk et de Sherry font la dilatation rapide. Des instruments ont été construits pour la pratiquer de même de haut en bas.

Les dilatateurs de Mackensie, de Moore, sont introduits fermés dans le larynx rétréci. Au moyen d'une vis qui se trouve sur le manche, on ouvre les lames du dilatateur et augmentant progressivement leur écartement, on oblige les tissus à céder sous la pression, et l'orifice à se dilater. Ce procédé théoriquement très rapide, ne donne pas toujours de bons résultats, la dilatation lente est préférable.

Quelquefois enfin, ces manœuvres endolaryngées ne sont pas suffisantes, et il faut recourir à l'ouverture du larynx pour obtenir la dilatation du rétrécissement. La résection d'un cartilage, ou de partie d'un cartilage, l'ablation d'une partie du larynx ont dû être pratiquées. Ceci ne se fait guère que pour les rétrécissements à la suite de traumatismes du larynx, de tentatives de suicide ou d'homicide.

FISTULES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE (1).

Étiologie. — Les fistules du larynx et de la trachée sont congénitales ou acquises.

Foerster attribue les premières à l'occlusion imparfaite durant la vie fœtale de la troisième ou quatrième fissure branchiale, ou à un défaut d'union entre le troisième et le quatrième arcs branchiaux. Dans le premier cas l'orifice externe se trouve au niveau du bord interne du muscle sterno-claviculaire, la lésion peut être unilatérale ou bilatérale; dans le second cas, l'orifice est sur la ligne médiane, à peu près à la hauteur du cartilage cricoïde. Il est à noter que les fistules congénitales de la trachée ne s'observent guère que chez les femmes.

Les fistules pathologiques succèdent à des abcès, ou à des plaies chirurgicales mal guéries, ou à des plaies à la suite d'accidents ou de tentatives de suicide.

(1) LE FORT, Fistule du larynx, suture, guérison (*Bull. de la Soc. de chir.*, t. V, 2^e série, Paris, 1864, p. 489). — BERGER (P.), Procédé pour obtenir l'occlusion des fistules trachéales par une autoplastie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1889, p. 684).

Anatomie pathologique. — La fistule congénitale peut être complète ou incomplète. Le trajet fistuleux, de même que les orifices, sont en général d'un calibre très faible, donnant accès, tout au plus, à une sonde lacrymale, d'autres fois plus petites encore. En introduisant à travers la fistule un fil d'argent bien brillant, on peut se rendre compte dans le miroir du siège de son orifice interne, quelquefois même cette précaution est inutile, et la fistule apparaît à l'examen laryngoscopique.

Dans les fistules incomplètes, il n'existe pas d'orifice externe, mais une fistule incomplète peut devenir complète à la suite de suppuration.

Les fistules pathologiques intéressent plus souvent le larynx que la trachée, parce que les abcès de cette dernière sont plus rares.

L'orifice externe peut être très grand, et l'aspect de la fistule varie suivant la cause qui l'a produite.

Symptômes. — Les symptômes sont peu marqués pour les fistules congénitales. Ils se réduisent à l'écoulement constant de quelques gouttes d'un mucus plus ou moins liquide et qui se sèche parfois dans le canal; rarement elles donnent issue à quelques bulles d'air.

Pour les fistules pathologiques, les symptômes sont plus appréciables; l'air passe abondamment par le trajet, entraînant de la salive, du mucus, du pus; quelquefois une odeur fétide se dégage, la voix est altérée, supprimée même, et le malade ne peut parler qu'en appliquant le doigt sur l'orifice externe de la fistule.

Diagnostic. — Nous avons dit ce qui distinguait une fistule congénitale d'une fistule pathologique, le passage de l'air fait reconnaître si elle est complète ou incomplète; quand à la cause, les commémoratifs et l'examen du larynx la font facilement reconnaître.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave pour la vie du malade, mais la guérison de la fistule est soumise à des conditions nombreuses. Si la fistule est grande, la guérison radicale devient très difficile et le malade doit se contenter des moyens palliatifs lui permettant de la boucher artificiellement.

Traitement. — Le traitement varie suivant les proportions du trajet et aussi suivant la cause. Tandis que certaines fistules sont peu gênantes et peuvent subsister sans occasionner des troubles graves, d'autres au contraire ne sont pas justifiables d'un traitement par simple oblitération.

Pour les petites fistules, il suffira des cautérisations au nitrate d'argent, au stylet rougi, ou à la teinture d'iode afin d'aviver les bords de la plaie et de provoquer leur adhérence.

Divers procédés autoplastiques ont été conseillés, celui de Ried qui consiste à prendre un lambeau de peau saine dans les régions voisines de la fistule, sans toutefois le détacher en entier de son pédicule, et à le fixer sur l'orifice externe du trajet par des points de suture; c'est l'un des plus usités.

Toutefois on aura soin de ne pas fermer les parties externes avant que les parties internes aient été obstruées, se rappelant ici ce que nous avons dit au sujet des plaies du larynx. M. Berger conseille de faire toujours deux plans de suture, l'un profond, l'autre superficiel, lorsqu'on veut obtenir la réunion après avivement des bords de la fistule. Si on laissait l'orifice externe se fermer alors qu'il persiste un infundibulum cicatriciel, s'ouvrant dans la trachée, on s'exposerait à voir au moindre effort se former entre la trachée et les tissus une sorte de trachéotèle (Berger), accident qui pourrait facilement résulter de l'absence de parallélisme entre les parties superficielles et les parties profondes à chaque mouvement du larynx. La suture des parties profondes assure la cicatrisation de ces dernières.

TUMEURS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Le larynx peut être le siège de tumeurs qui débent primitivement sur le larynx ou encore n'être envahi que secondairement par des tumeurs nées dans les organes voisins. Les premières seules nous occupent ici.

On les divise en :

1° *Tumeurs bénignes*, généralement appelées *polypes*.

2° *Tumeurs malignes* ou *cancers*.

Chacune de ces catégories devra être étudiée séparément.

1° TUMEURS BÉNIGNES DU LARYNX (1).

La dénomination de polype, très commode et généralement employée en clinique, est moins correcte que celle de tumeur bénigne, parce qu'elle implique l'idée d'un pédicule, et tel n'est point souvent le cas

(1) CAUSIT, Étude sur les polypes du larynx chez les enfants et en particulier sur les polypes congénitaux, thèse de Paris, 1867. — COYNE, Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse laryngée, thèse de Paris, 1874. — ISAMBERT, Contribution à l'étude du cancer laryngé (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1876). — AUGÉRIAS, Sur la trachéotomie dans le cancer du larynx, thèse de Paris, 1880. — MOURE, Étude sur les kystes du larynx (*Rev. mens. de laryng.*, Bordeaux, 1880-1881). — FAUVEL, Les indications pour le traitement extra ou intralaryngé pour les polypes du larynx (*VII^e session du Congrès de laryng.*, 1881). — MENDEL, Note sur l'étiologie des polypes du larynx (*Arch. int. de laryng.*, p. 83). — ED. SCHWARTZ, Des tumeurs du larynx, thèse d'agrég. en chirurg. de Paris, 1886. — FRANKEL, Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1889). — PÉRIER, De la laryngectomie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1860, p. 242). — GLUCK, Traitement chirurgical des tumeurs du larynx (*Sem. méd.*, 12 janv. 1896). — POYET, Rapport sur le traitement des papillomes diffus du larynx (*Soc. franç. d'otol. et de laryng.*, 1896). — E. SCAFI, Fibrome du larynx chez une femme enceinte (*Arch. ital. di otolog.*, etc., fasc. 11, 1896). — MARTUSCELLI, Tumeurs amyloïdes du larynx (*Arch. ital. di laryngol.*, n° 3, 1896). — O. CHIARI, Un cas de fibrome du larynx (*Weiner klin. Wochenschr.*, n° 35, 1896, p. 789). — A. BAUROWICZ, Un cancer pédiculé de l'épiglotte (*Arch. für Laryng. und Rhinol.*, Bd. IV, n° 2, 1896). — BOTEX (R.), Thyrotomie dans le cancer du larynx (*Arch. int. de laryng.*, n° 1, 1897).