

dans les voies aériennes. Sur 50 cas on note 44 fois son abouchement dans la trachée, généralement au voisinage de la bifurcation des bronches, et 2 fois son

abouchement dans la bronche droite.

L'orifice de communication est parfois très petit, laissant à peine passer un stylet; d'autres fois il est long et de forme variable, ovulaire, semi-lunaire ou fissural.

L'imperforation de l'œsophage se traduit par deux grands symptômes : les vomissements et les accès de suffocation. L'enfant prend le sein sans difficulté et tette; mais au bout d'un instant il se congestionne, abandonne brusquement le sein et vomit le lait qu'il vient de prendre. Fait particulier, le lait vomi n'est pas caillé; son vomissement est précédé et suivi d'une émission de mousses constituée par les mucosités trachéo-bronchiques. Exceptionnellement on a constaté des vomissements de matières muqueuses ou glaireuses accompagnées de dyspnée et résultant du rejet à travers la trachée du contenu stomacal dans des cas où le bout inférieur s'ouvrait largement dans les voies aériennes.

La mort survient rapidement, par inanition, du premier au huitième jour.

Le diagnostic est facile pour peu que l'on y songe; il suffit de faire le cathétérisme avec une bougie urétrale.

Le seul traitement est la gastrostomie qui permettra l'alimentation et qui de plus mettra le chirurgien à même de se rendre un compte exact de l'état des parties, en complétant les données du cathétérisme buccal par celles d'un cathétérisme rétrograde. Nous n'en connaissons qu'une observation due à un chirurgien anglais, Steel, et malheureusement suivie de mort<sup>(1)</sup>.

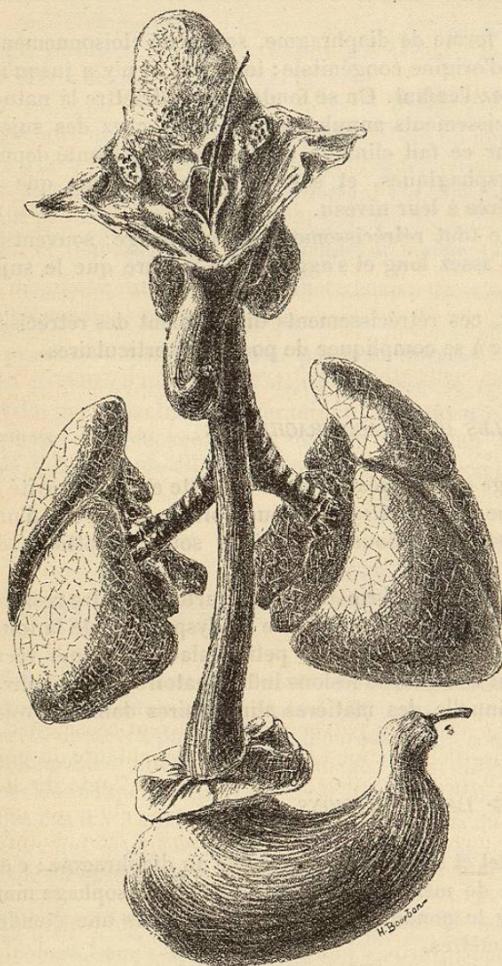


FIG. 108. — Malformation de l'œsophage. (Périer.)

Le bout supérieur se termine en cul-de-sac. — Le bout inférieur s'abouche dans la trachée, si bien qu'une sonde, pour pénétrer dans l'estomac, doit traverser le larynx.

<sup>(1)</sup> STEEL, *Lancet*, 20 octobre 1888.

## CHAPITRE IV

### MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

ALBERS (J. F. H.), *Die Physiologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten*, Leipzig, 1829. — TROUSSEAU et BELLOC, *Traité pratique de la phthisie laryngée*, Paris, 1857. — RÜBLE, *Die Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1861. — BAUMGÄRTNER (J.), *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, Freiburg, 1864. — GIBB (G.-D.), *On diseases of the throat and windpipe*, London, 1864. — BRUNS (V.), *Die Laryngoskopie und die laryngoskopische Chirurgie*, Tübingen, 1865. — TÜRK (L.), *Clinical researches on different diseases of the larynx*, London, 1862. — *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, Wien, 1866. — TOBOLD (A.), *Die chronischen Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1866; 5<sup>e</sup> éd., 1874. — MANDL (L.), *Traité pratique des maladies du larynx*, Paris, 1872. — JAMES (P.), *Lessons on Laryngoscopy*, London, 1875; 4<sup>e</sup> éd., 1885. — FAUVEL (C.), *Traité pratique des maladies du larynx*, précédé d'un traité complet de laryngoscopie, Paris, 1876. — STÖERK (C.), *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, Stuttgart, 1876. — ISAMBERT (F.), *Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies*, Paris, 1876. — EPPINGER (H.), *Pathologische Anatomie des Larynx und der Trachea*, Berlin, 1880. — M. MACKENZIE, *Diseases of the thorax*, London, 1880; trad. franç. par E.-J. Mouré et F. Bertier, Paris, 1882. — POYET (G.), *Manuel pratique de la laryngoscopie*, Paris, 1885. — NIKITIN (V. N.), *Rukovodstvo k izucheniu laringoskopii i boleznei gortain*, Saint-Petersbourg, 1884. — GOTTSTEIN (J.), *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, Wien, 1884; trad. française par Rougier, Paris, 1888. — Consulter en outre les articles des grands dictionnaires.

## I

### MOYENS D'EXPLORATION DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

L'inspection extérieure par la vue et le palper du cou peuvent renseigner le chirurgien sur les déviations, les déformations et le degré de mobilité du conduit laryngo-trachéal. L'auscultation pratiquée sur le larynx, à l'aide du stéthoscope fournit dans quelques cas (corps étrangers, polypes, etc.), des données utiles au diagnostic; de même le toucher intra-laryngien, dans de rares circonstances, permet de reconnaître des lésions de l'orifice supérieur du larynx; mais tous ces modes d'examen ne sont que secondaires et c'est l'examen direct de la cavité du larynx par la laryngoscopie qui a permis de réaliser, en une période d'années relativement courte, d'immenses progrès dans l'étude des maladies de cet organe.

C'est en 1858 que Türk et Czermak ont imaginé et décrit des moyens pratiques pour arriver à voir l'intérieur du larynx sur le vivant. Jusqu'à ces deux médecins autrichiens, bien des essais infructueux avaient été tentés, mais aucune de ces tentatives n'avait donné de résultats suffisants pour encourager leurs auteurs et convaincre les médecins. Levret, en 1745, pensait déjà à éclairer la cavité laryngée pour diagnostiquer sûrement les tumeurs et les extirper par les voies naturelles; mais ses recherches isolées n'eurent aucun écho; pas plus d'ailleurs que celles de Bozzini (Francfort, 1825), de Cagniard de la Tour (1825), de Babington (1829). Il faut arriver à Garcia, professeur de chant (1855), pour trouver des résultats pratiques; malheureusement Garcia n'était pas médecin et par cela même ses travaux perdirent le crédit que méritait sa perspicacité.

En 1857, Türk inventa un nouveau miroir au moyen duquel Czermak fit des études plus approfondies et créa d'un seul coup toute la technique laryngoscopique telle qu'elle existe aujourd'hui. Les belles planches du livre de Türk montrent que cet auteur observa beaucoup et bien, et il y a peu de choses à ajouter à bon nombre de ses descriptions.

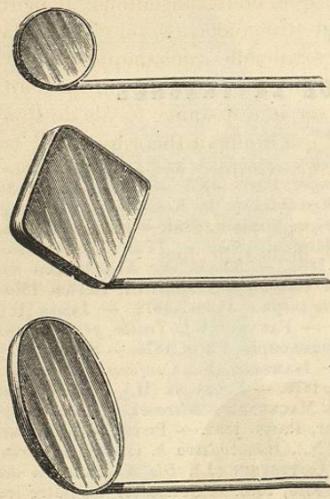


Fig. 109. — Miroirs laryngoscopiques de diverses formes.

En tout cas, l'essor était donné; les faits nouveaux passionnèrent quelques médecins et chacun d'eux imagina de nouveaux appareils d'éclairage qui furent proclamés les meilleurs par leurs auteurs (Tobold, 1865; Servin, 1865; Moura, 1864; Fauvel, 1865; Mackenzie, 1865). Tous avaient leurs avantages et leurs inconvénients, tous ils procédaient des méthodes de Türk et Czermak et n'étaient que des modifications plus ou moins ingénieuses de leurs appareils.

Nous n'entrerons pas dans leurs détails, renvoyant pour cela aux traités spéciaux et nous contentant ici de décrire le plus simple à employer.

Pour voir dans l'intérieur d'un larynx, il faut un petit miroir facile à introduire dans le pharynx et une source lumineuse suffisante.

Le miroir laryngien, celui de Türk, est composé d'un petit miroir rond serti dans une capsule métallique et soudé suivant un angle d'environ 110 à 120 degrés sur une tige de laiton fixée elle-même à un manche ou poignée facile à tenir entre les doigts.

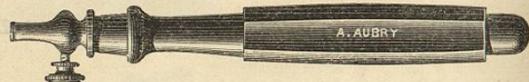


Fig. 110. — Manche destiné à porter le miroir.

Il y a des miroirs de différents diamètres suivant les cas; il faut en avoir au moins trois, variant de 1 centimètre à 2 centimètres de diamètre. Les plus grands sont nécessairement ceux avec lesquels on voit le mieux, aussi est-ce d'abord ceux-là qu'on essaye.

Le choix de la source lumineuse est ce qui a le plus divisé les médecins et ce qui a donné le plus libre jeu à leur imagination. On peut employer pour éclairer le fond de la gorge soit la lumière directe (laryngoscope de Fauvel, appareil à lumière oxyhydrique de Molteni), soit la lumière réfléchie par un miroir porté par l'observateur (miroir

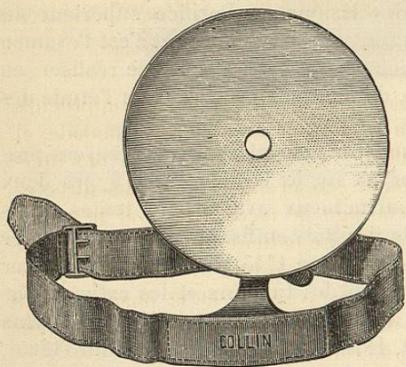


Fig. 111. — Bandeau frontal.

dental de Czermak bandeau frontal de Kramer, lunettes, etc.). Nous con-

sidérons la lumière réfléchie comme la plus utile parce qu'elle peut être utilisée dans tous les cas et nécessite un moindre appareil. Pour la capter, le miroir avec bandeau frontal de Kramer est celui que nous conseillons. Il peut être plan si on emploie la lumière du soleil, il doit être concave si on emploie la lumière du jour ou celle d'une source lumineuse artificielle quelconque.

Son diamètre doit être de 10 à 14 centimètres. Il n'est pas indifférent qu'il ait telle ou telle courbure: les miroirs concaves avec une distance focale de 15 à 20 centimètres étant les plus convenables et ceux qui donnent théoriquement le maximum de lumière lorsqu'on se place à la distance voulue (14 centimètres de la bouche du malade).

Une lampe quelconque peut servir à éclairer, la quantité de lumière étant moins importante que la manière de la recevoir et de la réfléchir.

Pour examiner un larynx, on se place en général dans un endroit peu éclairé;

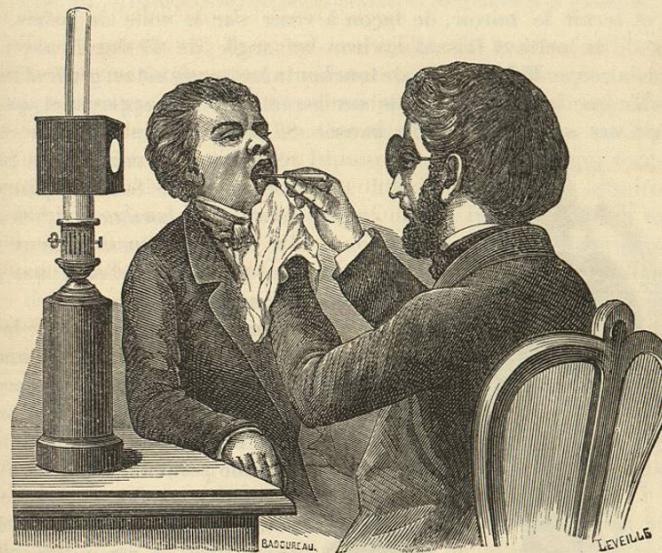


Fig. 112. — Position du chirurgien et du malade pour l'examen laryngoscopique.

le malade et l'examineur sont assis en face l'un de l'autre, aussi rapprochés que possible. La source lumineuse est placée un peu en arrière du malade, et du côté droit, presque à toucher son oreille de façon à ce que les rayons incidents tombent sur le miroir d'une façon plus directe et soient aussi plus directement réfléchis. On accommode alors son éclairage de façon à trouver le maximum d'intensité avant de commencer l'examen. Le patient ouvre la bouche et le jet de lumière est projeté sur le voile du palais. On profite de ce temps pour inspecter la bouche, les dents, la langue, les amygdales et le pharynx. Cet examen peut fournir d'utiles éléments pour le diagnostic ultérieur et peut, pour ainsi dire, guider les recherches que l'on va faire.

Quand on s'est ainsi assuré que l'éclairage est suffisant, on se prépare à introduire le miroir. On le chauffe légèrement de façon à ce qu'il ne soit pas terni par l'haleine du patient; mais avant de l'introduire, on s'assure qu'il n'est

pas porté à une trop haute température et qu'on ne brûlera pas les points où il sera appliqué. Cela fait, on fait tirer hors de la bouche la langue du malade et on la saisit entre le pouce et l'index de la main gauche, garantie par un linge, grâce auquel la langue est bien saisie et ne peut glisser au premier mouvement réflexe tendant à la retirer dans la bouche. On doit se souvenir qu'il faut simplement maintenir la langue sans tirer trop fort sur elle, qu'il faut souvent protéger sa face inférieure par un coin du linge introduit entre celle-ci et les dents, afin qu'elle ne soit pas déchirée pendant les mouvements de défense instinctive qui peuvent survenir. Si ceux-ci se produisent, on engage le malade à se calmer, en affirmant que l'examen n'est pas douloureux, et on cherche à le faire respirer lentement et régulièrement; de la régularité de la respiration dépend souvent le succès de l'entreprise. Lorsque la bouche est bien ouverte, la langue molle et bien fixée, on introduit le miroir tenu comme une plume à écrire, la face réfléchissante parallèle à la langue, mais en évitant de la toucher pour ne pas mouiller et ternir le miroir, de façon à venir sur le voile du palais, un peu au-dessus de la luette et faisant environ un angle de 45 degrés avec le plan horizontal du corps. Il faut éviter de toucher la luette qui est en général beaucoup plus sensible que le voile du palais sur lequel on peut s'appuyer et qu'on peut même déprimer sans produire la nausée. Si le malade est sensible et que ce

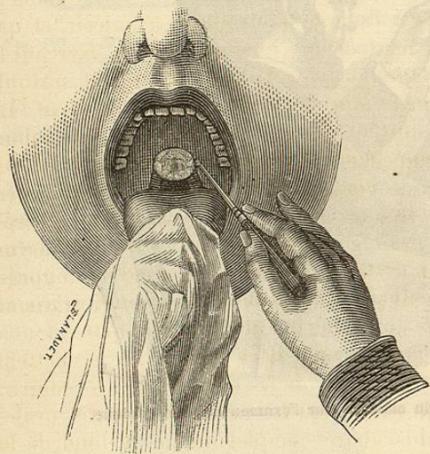


FIG. 115. — Application du laryngoscope. — La bouche est largement ouverte, la langue maintenue tirée hors de la bouche.

réflexe soit à craindre, on peut pulvériser sur le fond du pharynx une solution de cocaïne à 1/100 ou 1/50. La pulvérisation est mieux supportée, et de plus d'effet que le badigeonnage au pinceau. On voit alors la base de la langue et la luette qui recouvre une partie de l'orifice supérieur du larynx. On incline légèrement le miroir en avant et l'œil pénètre dans le larynx. Comme point de repère, on cherche les cordes vocales, et pour les mieux voir, on dit au malade d'émettre, sans effort, le son *é*. On voit deux cordons blancs *ve* qui paraissent se détacher des parois du larynx et viennent s'accoler l'une à l'autre sur le milieu de l'image. Le son émis et non tenu elles reprennent leur place primitive. Entre elles on voit un espace triangulaire qui est la glotte; un peu au-dessus et de chaque côté une bande rouge, antéro-postérieure, plus ou moins volumineuse, qui est la bande ventriculaire ou corde vocale supérieure *v*. Entre les deux cordes vocales supérieure et inférieure, une ligne parallèle, qui est l'orifice des ventricules. Au-dessus des bandes ventriculaires le larynx s'élargit pour former le vestibule limité en haut, par un repli circulaire *ae*, qui va des cartilages aryénoïdes en arrière à l'épiglotte et à la base de la langue en avant. Pour bien voir tous ces détails, il faut que le malade respire largement et lentement en émettant de temps en temps le son *é*, qui rapproche les cordes vocales. Si l'on a affaire à un individu peu exercé, il vaut mieux

interrompre et reprendre plusieurs fois l'examen, de façon à ne pas le fatiguer et surtout à ne pas provoquer de phénomènes réflexes du côté de son pharynx, phénomènes qui sont toujours difficiles à calmer lorsqu'ils sont survenus. Nous ne saurions trop le répéter, une respiration régulière et l'assurance que le malade doit avoir de l'innocuité de l'opération sont les deux points qui faci-

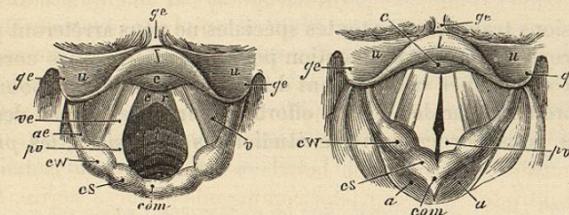


FIG. 114. — Images laryngoscopiques pendant la respiration et la phonation.

litent le plus l'examen. Si le malade se raidit, s'il respire mal, en retenant son souffle, il arrive fatalement un moment où il perd haleine et a des nausées. Il faut suspendre l'examen et ne le reprendre que lorsqu'il est calmé.

Outre cette difficulté de faire respirer régulièrement, il en est d'autres qui rendent l'observation plus difficile: l'épaisseur de la langue qui forme dans la bouche un dôme au-dessus duquel il est difficile d'introduire le miroir, et qui arrête les rayons visuels. On vient à bout de cet inconvénient en exerçant le malade, en déprimant la langue avec le doigt, avec l'abaisse-langue et surtout, nous ne craignons pas de le répéter, en le faisant respirer convenablement. La longueur du voile et de la luette sont souvent un obstacle, la luette descendant trop bas se projette dans le miroir et empêche de voir ce qui est au-dessous. On place le miroir un peu plus bas que de coutume, on l'incline davantage en avant, tout en faisant pencher la tête très en arrière. On se sert aussi de très grands miroirs. La susceptibilité trop grande du voile du palais et du pharynx sera combattue par les pulvérisations de cocaïne. On rendra le fond de la gorge plus tolérant en faisant gargariser pendant quelques jours avec un gargarisme iodé.

Les amygdales sont quelquefois tellement rapprochées qu'elles ne permettent pas l'introduction du miroir. On peut être obligé de les enlever, de les réduire; le plus souvent on parvient à son but en employant un miroir plus petit, ovale, et en attendant que le relâchement musculaire complet donne au fond de la gorge le plus d'ampleur possible.

La position de l'épiglotte est souvent un obstacle plus grand. Cet organe peut être replié sur lui-même transversalement (épiglotte en  $\omega$ ) ou bien retomber en arrière sur l'orifice du larynx si bien qu'elle coupe le rayon lumineux. On essaye de tourner la difficulté en faisant pencher la tête en arrière, en se tenant soi-même debout et en examinant le malade de haut en bas. On cherche à faire soulever l'opercule par des expirations rapides et profondes ou en faisant pousser très haut le son *h* ou le son *i*. On peut être amené à soulever l'épiglotte à l'aide d'un crochet.

Tels sont les moyens à employer pour pratiquer la laryngoscopie. Grâce à eux on peut arriver à voir convenablement tous les larynx pour peu qu'on y mette la patience nécessaire, surtout aujourd'hui que la cocaïne est venue faciliter les recherches en les rendant moins pénibles à supporter.