

corps étranger enclavé entre le repli aryéno-épiglottique et la corde vocale supérieure, n'a guère été employée jusqu'ici. Elle est applicable aux corps étrangers sus-glottiques qu'on ne peut extraire par les voies naturelles.

Lorsque le corps étranger a pénétré plus avant dans le larynx, qu'il est enclavé et fixé dans les ventricules de Morgagni ou entre les cordes vocales, on est autorisé à faire la *thyrotomie*, après trachéotomie préalable. Dans un cas, M. L. Labbé⁽¹⁾ eut à se repentir d'avoir voulu éviter à son malade cette opération préliminaire. La division du cartilage avait été faite sur la ligne médiane, on allait saisir le corps étranger, lorsque quelques gouttes de sang tombèrent dans la trachée et déterminèrent des accidents de suffocation formidables qui nécessitèrent la trachéotomie d'urgence; la respiration ne se rétablit qu'au bout de 45 minutes sous l'influence des diverses manœuvres usitées en pareil cas.

La *laryngotomie intercrico-thyroïdienne*, insuffisante quand le corps étranger est volumineux ou de forme irrégulière, serait, au dire de Solis Cohen, préférable à la thyrotomie pour l'ablation des objets petits et de contours mous et lisses.

Lorsqu'il s'agit d'un corps étranger de la trachée ou des bronches, c'est à la *trachéotomie* qu'on a recours. On met la trachée à nu sur une longueur de 2 centimètres 1/2 à 5 centimètres et, une fois l'hémostase faite, on ouvre le conduit. Dans un grand nombre de cas, le corps est expulsé avec violence dans une quinte de toux ou, tout au moins, se présente dans l'incision, où il faut le saisir rapidement avant qu'un mouvement d'inspiration ne le ramène au dedans. Si le corps étranger ne se montre pas, il faut, maintenant avec de très petits rétracteurs les deux lèvres de la plaie trachéale écartées, renverser le malade la tête en bas, lui frapper la poitrine pour mobiliser le corps étranger, titiller la muqueuse trachéale pour déterminer des efforts de toux.

Si le corps étranger n'est pas délogé par ces manœuvres, il faut aller à sa recherche. A l'aide de pinces de modèles variés, on explore la trachée, cherchant d'abord à reconnaître la présence du corps étranger et procédant ensuite à son extraction.

Ces diverses tentatives ne doivent pas être trop prolongées, il vaut mieux maintenir ouverte l'incision trachéale, enlevant de temps à autre la canule et provoquant des efforts de toux pour amener l'expulsion du corps étranger⁽²⁾. Parfois l'expulsion spontanée ne se fait qu'au bout de quelques jours, lorsque les accidents inflammatoires ont cessé. C'est ainsi que Conner a vu un dard pointu rejeté d'une bronche seize jours après l'opération⁽³⁾.

Quand, après la trachéotomie, la respiration est devenue plus facile, on doit songer à la présence d'un corps étranger intra-laryngé et chercher à le refouler

(1) L. LABBÉ, Corps étranger extrait par la laryngotomie. *Troisième Congrès franç. de chir.*, 1888, p. 555. — Consulter sur la thyrotomie dans les corps étrangers: JOUBERT (ÉMILE), *La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx*. Thèse de Paris, 1887-1888, n° 159. — ARCHAMBAULT, Pièce de 50 centimes tombée dans un larynx, section du cartilage thyroïde, guérison. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1887, p. 859. — GODET, Sangsue dans la partie sous-glottique du larynx, thyrotomie, guérison. *Arch. de méd. et pharm. milit.*, Paris, 1887, t. X, p. 458.

(2) On peut aussi ne pas mettre de canule et suturer les lèvres de l'incision trachéale à la peau. Dans le cas où le corps étranger est immédiatement expulsé, on peut suturer la plaie trachéale (PASTEAU et VAUVERTS, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1896, p. 57).

(3) CONNER (P.-S.), Foreign body of unusual kind in the air-passages. *Amer. Journal of med. sciences*, Philadelphie, octobre 1877, t. II, p. 595.

en haut, en s'aidant avec le doigt introduit dans la bouche, comme le recommande Annandale⁽¹⁾.

On pourrait peut-être, dans quelques cas de corps étrangers trachéaux, dont on ne peut amener l'expulsion, utiliser pour leur recherche la trachéoscopie. Voltolini⁽²⁾ y a eu recours chez un enfant, qu'on avait trachéotomisé pour parer à des accidents qu'on croyait dus à l'introduction d'une coquille de noix dans les voies aériennes. Quoique le corps étranger n'ait pas été extrait, les accidents ayant cessé, on laissa se fermer la plaie trachéale. La douleur et les accès de dyspnée reparurent, on dilata l'ouverture de la trachée et à l'aide d'un éclairage approprié, Voltolini put découvrir un corps étranger fortement attaché à la paroi postérieure du conduit, et extraire un fragment de coquille de noix long de 15 millimètres et large de 10.

Tout récemment, on a eu recours avec succès au tubage dans un cas de corps étranger de la trachée petit et mobile (Bonnus)⁽³⁾.

III

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DES VOIES AÉRIENNES

Les lésions inflammatoires des voies aériennes sont, pour la plupart, d'ordre médical; telles les laryngites, les trachéites, les bronchites; nous n'avons pas à nous en occuper; nous dirons toutefois un mot de la *laryngite œdémateuse*, qui nécessite si souvent la trachéotomie, et nous décrirons les *périchondrites* qui sont du ressort du chirurgien.

A. — LARYNGITE ŒDÉMATEUSE

On décrit sous le nom de *laryngite œdémateuse*, d'*angine laryngée œdémateuse*, d'*œdème du larynx*, d'*œdème de la glotte*, de *laryngite phlegmoneuse*, l'infiltration séreuse, séro-purulente ou purulente du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx.

SESTIER, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, Paris, 1852. — MAISONNAVE, *De la trachéotomie dans l'œdème de la glotte*. Thèse de Paris, 1854, n° 265. — DOUSSIN, *Considérations sur l'œdème de la glotte consécutif à l'érysipèle*. Thèse de Paris, 1876, n° 48. — GOIX, *Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse aiguë*. Thèse de Paris, 1882, n° 52. — CHARAZAC (J.), *Étude sur l'œdème du larynx*. Thèse de Bordeaux, 1884-1885, n° 55 (bibl.). — ZIEM, *Zur Entstehung der Peritonsillitis*. *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, Berlin, septembre 1888, p. 255. — MONOD (Ch.), *Œdème aigu du larynx*. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1888, t. XIV, p. 297. — CHAUVEL, *Sur trois observations d'œdème aigu du larynx*. *Ibid.*, p. 846. — Consulter, en outre, la bibliographie des *Périchondrites*, p. 556.

Étiologie. — L'œdème de la glotte est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme; d'après les travaux de Sestier, il ne s'observerait guère que chez les malades de dix-huit à cinquante ans.

(1) ANNANDALE, Two cases of foreign bodies in the air-passages. *Med. Times and Gaz.*, t. I, p. 225, London, 27 février 1875.

(2) VOLTOLINI, Eine Nusschale zehn Monate in der Luftröhre. *Berliner klin. Woch.*, 8 février 1875, p. 71.

(3) BONNUS, Corps étranger de la trachée enlevé par le tubage. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1897, p. 1214.

En réalité, il ne s'agit pas, dans l'immense majorité des cas, d'un œdème vrai; le plus souvent on a affaire à un œdème inflammatoire; aussi l'affection mérite-t-elle presque toujours le nom de laryngite œdémateuse, qui indique à la fois l'extension des lésions, rarement limitées à l'orifice glottique, et leur caractère inflammatoire.

L'œdème vrai, très rare, comme nous venons de le dire, peut être d'ordre mécanique, lié à une compression des veines du cou; il est alors localisé; il peut être d'ordre dyscrasique, sous la dépendance d'une néphrite (mal de Bright, néphrite scarlatineuse, etc.), ou d'un état cachectique; c'est alors un épiphénomène de l'anasarque généralisée, qui ne doit pas nous occuper.

L'œdème inflammatoire est primitif ou secondaire.

L'œdème inflammatoire aigu primitif, bien étudié par M. Charazac, peut dépendre de causes nombreuses. Quelquefois il résulte d'une lésion traumatique locale, telle qu'une fracture, une brûlure, un corps étranger, etc.; d'autres fois il se développe à la suite de l'ingestion d'iode de potassium, d'un empoisonnement par les moules, ou même simplement après une impression de froid, une fatigue considérable de l'organe vocal. Ces diverses causes agissent en déterminant du côté du larynx une poussée fluxionnaire intense qui s'accompagne d'extravasation de liquides dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

L'œdème secondaire du larynx survient à la suite de l'inflammation d'une région voisine (phlegmon ou cancer de la base de la langue, amygdalite simple ou suppurée, anthrax et phlegmon du cou, etc.), de la localisation laryngée d'une maladie infectieuse aiguë (variole, érysipèle, fièvre typhoïde, etc.). Enfin il succède, et c'est là sa cause de beaucoup la plus fréquente, à une maladie chronique du larynx, en général une péri-chondrite ou une ulcération liée à la tuberculose, à la syphilis, au cancer.

Anatomie pathologique. — On a distingué dans la laryngite œdémateuse des variétés suivant le point du larynx qu'elle occupe, et l'on a décrit un œdème sus-glottique, un œdème glottique, un œdème sous-glottique; ce dernier, très rare, est lié aux altérations du cricoïde.

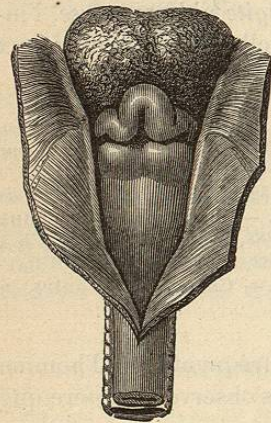


FIG. 116.
Laryngite œdémateuse.

Le plus souvent, l'infiltration est sus-glottique; elle occupe les replis aryépiglottiques dont le tissu cellulaire lâche se laisse facilement infiltrer. Ces replis, normalement minces, presque tranchants, se tuméfient; ils se présentent sous la forme de bourrelets épais et peuvent acquérir une épaisseur considérable; Morel-Lavallée parle d'un cas où ils atteignaient le volume du doigt. L'épiglotte est raccourcie et déformée; elle prend un aspect globuleux, parfois recourbée en arc ou repliée en cornet, elle reste toujours rigide et immobile. L'ouverture supérieure du larynx, de triangulaire qu'elle est à l'état normal, revêt l'apparence d'une fente linéaire ou d'un orifice rétréci, et quelquefois si petit qu'on ne pourrait y introduire qu'une plume de corbeau ou une tête d'épingle.

Sestier, dont les travaux ont pendant longtemps fait loi dans la question de l'œdème laryngé, voyait, dans l'infiltration de cet orifice supérieur du larynx, la

cause à peu près unique de la gêne respiratoire. La suffocation, suivant lui, pouvait se produire alors même que le rétrécissement de l'orifice n'était pas très considérable, l'appel de l'air dans l'inspiration suffisant pour produire une occlusion complète, par aspiration et application l'une contre l'autre des deux lèvres latérales qui tombent déjà vers la cavité par leur propre poids. Cette opinion est contestée par M. Gouguenheim, qui pense que l'infiltration limitée aux replis supérieurs est généralement insuffisante pour provoquer des accidents graves, et que, contrairement à l'opinion de Sestier, les replis aryépiglottiques, alors même qu'ils sont infiltrés, s'écartent au moment de l'inspiration. Il faut, d'après lui, pour que des troubles éclatent, une infiltration interne du larynx ou des troubles nerveux graves concomitants.

A l'incision, le liquide qui s'écoule est visqueux, tenace, s'écoulant difficilement, même par une pression prolongée; d'autres fois on trouve de la sérosité purulente ou sanguinolente; rarement on ouvre de petits abcès, le liquide restant infiltré dans les tissus. Dans l'œdème inflammatoire à marche lente, il se fait une sclérose progressive; dans quelques cas, ce qu'on prend pour de l'œdème n'est, comme l'ont montré les examens de Doléris, qu'une infiltration par une poussée d'éléments tuberculeux.

En même temps que ces diverses lésions constituées par l'infiltration sous-muqueuse, on constate l'existence des lésions causales: ulcérations de la muqueuse, altération des cartilages, etc.

Symptômes. — Le symptôme prédominant est la dyspnée. Celle-ci, peu marquée au début, s'accompagne d'une sensation de gêne, de corps étranger à la partie supérieure du larynx, quelquefois d'une véritable douleur. La voix, rauque ou faible, finit par s'éteindre; la toux est peu fréquente, étouffée; la déglutition est presque toujours troublée, soit à cause de l'œdème pharyngien concomitant, soit à cause de la gêne des mouvements d'élévation du larynx.

Les symptômes s'aggravent progressivement et le plus souvent des accès de suffocation surviennent. M. S. Duplay en distingue deux sortes suivant leur degré d'intensité. Les uns, qu'on désigne sous le nom de *petits accès*, s'observent le matin et pendant la journée; ils ne durent que quelques secondes, une minute au plus, et consistent en une respiration haletante, pénible, sifflante, avec gêne de la circulation et menace d'asphyxie.

D'autres, beaucoup plus graves, surviennent surtout le soir et la nuit; Trouseau en a tracé une description saisissante qu'on trouve partout reproduite: « Le patient, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur, se lève précipitamment, marche dans l'appartement, s'accrochant de temps en temps aux meubles, au chambranle de la cheminée, à l'espagnolette des croisées, cherchant partout un point d'appui pour respirer plus aisément; tantôt la tête basse et le visage tourné vers la terre, tantôt, et le plus souvent, le cou tendu et la tête renversée en arrière; puis, accablé de fatigue, il s'assied pour se relever bientôt; vous le voyez dans un état d'agitation excessive, rejetant les vêtements qui couvrent sa tête, qui entourent son cou et sa poitrine, ouvrir les fenêtres avec une sorte de rage pour humer l'air frais du dehors, se prendre le cou avec les mains comme pour en arracher un corps étranger qui l'étrangle. »

En déprimant la langue, on peut quelquefois apercevoir l'épiglotte arrondie et tuméfiée; c'est là un signe exceptionnel; on ne doit toutefois pas négliger

l'examen direct de l'arrière-gorge qui peut faire constater l'existence d'un œdème de la région.

L'exploration digitale de l'orifice supérieur du larynx, très pratiquée autrefois, se fait de la manière suivante : On fléchit la tête en avant et l'on pénètre d'un coup à la base de la langue; le mouvement de déglutition qui suit cette manœuvre amène le larynx au contact du doigt, qui sent deux bourrelets indurés comparables, dit Krishaber, à deux amygdales. Cette constatation serait pathognomonique pour Sestier.

Aujourd'hui on recourt beaucoup plus volontiers au laryngoscope qui permet, dans le plus grand nombre des cas, de voir nettement les lésions.

Ces diverses recherches, facilitées dans ces dernières années par l'emploi de la cocaïne, ne peuvent cependant être faites que dans des cas à évolution lente, leur emploi pouvant porter l'angoisse jusqu'à la suffocation.

La palpation du cou n'est, le plus souvent, d'aucun secours; quelquefois elle permet de constater son infiltration, la présence d'une tumeur comprimant les vaisseaux, etc. L'existence de vibrations perceptibles à la main n'a rien de caractéristique et s'observe de même dans les polypes, les corps étrangers, etc. Il en est de même du bruit de frôlement, de drapeau.

Les symptômes généraux varient suivant la cause; ils manquent à peu près complètement dans certains œdèmes à marche chronique et atteignent, au contraire, leur maximum dans la laryngite œdémateuse aiguë primitive qui peut s'accompagner d'une fièvre vive et même de délire lorsque l'infiltration sous-muqueuse devient purulente.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — La marche est des plus variables; aussi a-t-on distingué des formes aiguës et des formes chroniques. Les formes aiguës se subdivisent elles-mêmes en suraiguës, aiguës et subaiguës; les chroniques en chroniques à accidents continus et progressifs, et chroniques à accidents intermittents et irréguliers. Ces variations s'expliquent facilement par la diversité des lésions qui déterminent l'explosion des accidents dits d'œdème de la glotte. La mort est la terminaison la plus fréquente. Elle survient par asphyxie subite, dans un accès de suffocation, ou par asphyxie lente. La guérison complète ne peut guère être espérée que dans l'œdème inflammatoire aigu; elle peut avoir lieu même lors d'abcès intra-laryngé, comme le montre un fait de Trousseau qui a vu la guérison par ouverture spontanée de la collection dans les voies aériennes. Lors d'ulcération, de nécrose, la trachéotomie peut faire cesser les accidents, mais elle n'a aucune action sur l'œdème qui révèle sa présence chaque fois qu'on veut retirer la canule.

Diagnostic. — Le diagnostic doit être fait avec les diverses causes de dyspnée. En pratique, on y arrive facilement grâce à l'examen direct intra-laryngé, soit immédiat lorsque l'affection est subaiguë ou chronique, soit consécutif à la trachéotomie, lorsque l'intensité de la dyspnée laryngée a conduit à l'opération d'urgence en l'absence de tout diagnostic précis.

Au dire de M. Gouguenheim, on aurait fréquemment pris, chez des tuberculeux, pour des œdèmes glottiques, des accidents dyspnéiques liés à la paralysie du récurrent comprimé par des masses ganglionnaires.

Pronostic. — Le pronostic est grave (158 morts sur 215 cas, Sestier); toutefois il serait moins grave dans les œdèmes franchement inflammatoires que

dans ceux liés à une nécrose, dans la dothiéntérie que dans la tuberculose, dans la tuberculose que dans le cancer.

Traitement. — Le traitement *médical* n'a qu'une efficacité médiocre; on a préconisé les pulvérisations astringentes avec le tannin, l'alun, les badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent, la révulsion cutanée, les vomitifs et les purgatifs, etc.

Le plus souvent, ces moyens échouent, et l'aggravation de la dyspnée oblige à recourir aux *moyens chirurgicaux*; les scarifications du larynx, conseillées par Lisfranc, par Semon et les ponctions sont plus nuisibles qu'utiles, les tissus ne se dégorgeant pas facilement; aussi doit-on, après avoir tenté l'usage des antiphlogistiques ou immédiatement lors d'accidents pressants, faire la *trachéotomie*, qui est indiquée d'une manière absolue dès le premier accès de suffocation. Lors d'œdème primitif, elle peut guérir le malade d'une manière définitive, et lors d'œdèmes secondaires, elle donne le temps de combattre par des moyens appropriés la maladie qui a causé l'œdème.

B. — PÉRICHONDRITES

On décrit sous le nom de *périchondrites*, l'inflammation du périchondre et des cartilages du larynx, inflammation conduisant le plus souvent à ce qu'on appelle la carie ou la nécrose de ces cartilages.

TROUSSEAU et BELLOC, *Traité de la phthisie laryngée*, Paris, 1857. — ZIEMSEN, *Perichondritis laryngia. Handb. der spec. Path. und Therap.*, Leipzig, 1876, t. I, p. 352. — CHAUMEL, *Contribution à l'étude des complications laryngées de la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1877, n° 344. — JANICOT, *Contribution à l'étude des abcès du larynx*. Thèse de Paris, 1879, n° 150. — WISSEMANS, *Contribution à l'étude de la laryngite ulcéro-nécrosante dothiéntérique*. Thèse de Paris, 1879, n° 156. — COTONI, *Contribution à l'étude des abcès du cou consécutifs aux altérations du larynx*. Thèse de Paris, 1880, n° 20. — TISSIER (P.), *Les complications laryngées de la fièvre typhoïde. Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Paris, 1887, t. XIII, p. 341. — WOLFENDEN, *Perichondritis of the larynx. British med. Journal*, London, 14 avril 1888, t. I, p. 790. — GOUGUENHEIM (A.) et TISSIER (P.), *Phthisie laryngée*, Paris, 1889, p. 85. — SWAIN (H.-L.), *A discussion on perichondritis of the larynx. British med. Journal*, London, 1889, t. II, p. 588. — Consulter en outre les traités généraux de *maladies du larynx*, en particulier ceux de RUHLE et de MORELL-MACKENZIE.

Étiologie. — La périchondrite du larynx s'observe surtout de vingt à trente ans; elle atteint plus souvent l'homme que la femme, 16 hommes pour 4 femmes, d'après les relevés de Restlag.

Presque toujours elle est *secondaire* à des lésions soit primitivement périchondriques, soit primitivement muqueuses. Il s'agit à l'ordinaire d'ulcérations tuberculeuses, dothiéntériques, syphilitiques ou cancéreuses; la périchondrite peut aussi survenir après des traumatismes, des cathétérismes œsophagiens. Dans tous ces cas l'inflammation s'explique par l'apport le plus souvent direct, quelquefois par l'intermédiaire de la circulation, de germes infectieux.

La périchondrite *primitive*, résultat d'un simple catarrhe, d'un abus de la voix ou de toute autre cause mal définie, est des plus rares, son existence est admise par Türk, Schrötter, Ziemssen, Havilland-Hall, etc. Signalons enfin une variété de périchondrite qui nous semble problématique et que Dittrich attribue à la pression, pendant le décubitus prolongé, du cricoïde ossifié sur les tissus prévertébraux.