

intra-laryngée ; 2° pour l'extirpation des papillomes multiples c'est la laryngotomie totale qui doit être employée. Aux points d'implantation de ces néoplasmes la muqueuse doit être détruite superficiellement ; sinon ils croissent de nouveau de la même manière que les papillomes cutanés dont on a fait simplement l'abrasion au niveau de la peau. Dans ce but on se sert de préférence du fer rouge ou du galvanocautère, parce qu'on peut en localiser l'action très exactement. L'emploi de substances caustiques faibles, par exemple de la solution de perchlorure de fer, n'offre pas une garantie suffisante. Les spécialistes peuvent, il est vrai, faire ces diverses manipulations par les voies naturelles ; mais s'ils sont obligés de laisser des restes du néoplasme, ou si des récidives se montrent dans des points où l'extirpation paraissait complète, ils se verront obligés, à leur tour, d'avoir recours à la laryngotomie ; 3° lorsqu'il s'agit de tumeurs solitaires siégeant au-dessous des cordes vocales et dont l'extirpation est désirable, c'est alors la laryngotomie partielle qui est indiquée ; 4° si une tumeur solitaire a son point d'insertion sur les cordes vocales mêmes, sur les ligaments ventriculaires ou sur la paroi postérieure du larynx, la laryngotomie partielle et la méthode intra-laryngée peuvent être prises toutes deux en considération. Aussi longtemps que ces tumeurs sont très petites, on ne se décidera à pratiquer la laryngotomie que si l'on ne réussit pas à préparer le malade pour l'opération intra-laryngée, alors que, d'autre part, une altération notable de la voix semble indiquer l'extirpation de la tumeur. Parmi ces néoplasmes il en est qui, siégeant sur la face supérieure des cordes vocales ou sur les ligaments ventriculaires, ne peuvent arriver jusqu'à la glotte à cause de l'absence d'un pédicule, et ne sauraient être atteints très facilement par la laryngotomie partielle ; ici encore, d'une manière générale, on accordera la préférence à la méthode intra-laryngée. Mais la plupart des tumeurs que l'on peut avoir à traiter naissent du bord libre des cordes vocales ; pour ces tumeurs, qu'elles soient pédiculées ou sessiles, comme aussi pour celles qui nées plus haut arrivent jusqu'à la glotte grâce à leur pédicule, le procédé intra-laryngé et la laryngotomie partielle sont l'un et l'autre également bien indiqués. Par conséquent, alors même que la préparation du sujet à l'extirpation intra-laryngée ne présenterait aucune difficulté particulière, cette dernière méthode ne serait pas absolument et seule indiquée dans ces cas ; c'est alors à la tendance spéciale de l'opérateur et du malade de décider s'ils préfèrent des exercices pénibles et répétés pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines à une opération dépourvue de danger, et qui conduit tout aussi sûrement au but en une seule séance. 5° Quant aux tumeurs solitaires implantées dans le voisinage de l'orifice supérieur du larynx ou sur la portion libre de l'épiglotte, leur extirpation par la bouche ne présentera des difficultés que dans des circonstances exceptionnelles. On aura donc rarement l'occasion de pratiquer la pharyngotomie, qui dans ces cas pourrait remplacer

le procédé intra-laryngé. La pharyngotomie est indiquée lorsque la tumeur a acquis un volume si considérable que son pédicule est inaccessible par la cavité buccale ; de même lorsque la tumeur a une base d'implantation très large. A cette dernière catégorie appartiennent aussi les carcinomes, à condition qu'ils aient pris naissance à l'entrée du larynx et qu'ils n'aient pas encore franchi les limites de cet organe. Lorsque la base de la langue ou les parois du pharynx sont envahies par le néoplasme, il ne peut naturellement plus être question d'une intervention opératoire quelconque. Dans un cas où le carcinome limité au larynx occupait non pas le vestibule, mais bien les cordes vocales, BILLROTH a fait pour la première fois avec succès l'extirpation complète de cet organe (*Voir* § 117).

§ 107. — Vu les limites restreintes de cet ouvrage, l'étude des maladies du larynx et de la trachée doit essentiellement se borner à un aperçu des processus pathologiques qui peuvent obstruer les voies respiratoires et nécessiter l'ouverture de ces dernières à un niveau plus ou moins élevé. C'est dans ce sens que nous voudrions faire accepter les notions préliminaires suivantes sur les maladies des voies respiratoires, car nous n'avons point la prétention d'épuiser un pareil sujet.

I. MALADIES INFLAMMATOIRES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

(a) Maladies inflammatoires aiguës.

1. Diphtérie des voies respiratoires.

Nous renvoyons le lecteur, pour ce qui concerne la diphtérie, aux remarques que nous avons faites à propos des maladies des amygdales (§ 142, face), et nous nous contenterons ici d'une courte description de la forme anatomique de cette maladie telle qu'on l'observe lorsqu'elle envahit le larynx et la trachée. La diphtérie des voies respiratoires se distingue de celle des amygdales et du pharynx par la présence fréquente de véritables **fausses membranes croupales**. La trachée y est tout particulièrement disposée ; des moules tubulés de ce conduit jusqu'à sa bifurcation et même au delà sont assez souvent, comme l'on sait, rejetés soit par la plaie de la trachée, soit par la bouche dans de violents efforts de toux. Ces fausses membranes sont constituées principalement par de la fibrine, et renferment seulement dans leurs couches profondes des cellules épithéliales ; toute l'épaisseur de la membrane est parsemée de bactéries en petite quantité. Lorsque la membrane a été rejetée pour la première fois, la muqueuse sous-jacente est le plus souvent normale ; mais si elle se reproduit pour être expulsée de nouveau, on observe quelquefois des érosions et des ulcérations superficielles. La membrane peut se continuer jusque dans le larynx, ou bien ce dernier est seulement le siège d'un catarrhe avec gonflement considérable de la