

affecté. Cette complication peut aggraver beaucoup le pronostic, mais n'ébranle nullement le principe que nous avons énoncé, en tant que l'obstruction du larynx est la cause principale du danger immédiat d'asphyxie.

§ 110. — Malheureusement nous ne sommes pas en état, comme dans d'autres opérations, de baser sur les données de la statistique le degré d'innocuité et d'efficacité de la trachéotomie.

KUHN, dans le traité des opérations de GUNTHER, a étudié cette question et rassemblé des chiffres qui nous montrent que certains chirurgiens n'ont pas sauvé un seul de leurs opérés, tandis que d'autres ont réussi à en guérir jusqu'à la moitié. En réunissant tous les cas il trouve que sur 1048 opérations il y a eu 193 guérisons, soit à peu près 17 1/2 pour 100. D'autre part SESTIER a établi une statistique bien plus favorable dans laquelle un tiers environ de tous les opérés ont guéri. Il est facile de se convaincre du peu de valeur de tous ces chiffres. En effet nous ignorons dans quelle proportion les malades opérés pour la diphtérie auraient guéri sans opération, car on ne peut exclure la possibilité d'une telle guérison lorsque l'opération est faite de bonne heure.

Si nous faisons abstraction de cette question à laquelle il n'est pas possible de répondre, il existe encore un certain nombre de conditions qui, indépendamment de l'opération, peuvent influencer le pronostic. Ici nous devons prendre avant tout en considération le **caractère particulier de chaque épidémie**. La diphtérie peut, dans une épidémie, revêtir une forme si grave que le fait d'en être atteint équivaut à une condamnation à mort, tandis que d'autres fois on observe seulement des formes légères, des affections croupales. C'est ainsi que GOSSÉLIN, DEGUISE, HUGUIER et d'autres, sur 93 opérations, n'ont pas vu un seul enfant guérir, tandis que certains opérateurs en ont sauvé plus de la moitié; il m'est arrivé, par exemple, de sauver dans une année 7 enfants sur 12 ayant subi la trachéotomie.

D'autres conditions, il est vrai, ont aussi une grande importance; il en est ainsi avant tout du **moment où l'on opère**. La trachéotomie hâtive sauve toujours un plus grand nombre d'enfants que l'opération tardive. Il est vrai qu'ici on peut toujours faire l'objection qu'une partie de ces enfants auraient pu guérir aussi sans opération, objection qui, pour chaque cas particulier, ne peut absolument pas être réfutée. Le chirurgien qui opère de bonne heure conservera donc à la vie un plus grand nombre d'enfants, en moyenne, que celui qui attend la période ultime pour ouvrir le larynx. Cependant ce n'est pas la seule raison pour laquelle certains opérateurs obtiennent de meilleurs résultats que d'autres. Abstraction faite de l'habileté plus ou moins grande de l'opérateur, le point capital c'est le **traitement consécutif**; c'est lui qui nous explique comment, toutes conditions égales d'ailleurs, les uns obtiennent de meilleurs résultats que d'autres. Il faut certainement aussi

faire la part des différences individuelles que présente l'opéré. Je n'ai qu'à rappeler sous ce rapport un fait absolument indubitable, c'est que le pronostic est d'autant plus mauvais que l'enfant est plus jeune, à tel point qu'un enfant au-dessous d'un an ne peut être sauvé que dans de rares exceptions par la trachéotomie.

Dernièrement, dans d'importants travaux, KROENLEIN et SETTEGAST ont fait connaître les résultats de la trachéotomie pratiquée pour cause de diphtérie dans les grands hôpitaux de Berlin (Clinique chirurgicale et hôpital de Bethanie). KROENLEIN donne les résultats de 367 observations d'enfants diphtériques traités à la clinique de LANGENBECK. En général il confirme ce que nous avons dit dans les précédentes lignes, et il ajoute à nos connaissances en donnant la solution d'un certain nombre de questions par la voie de la statistique.

Le plus grand nombre des enfants reçus à la clinique chirurgicale pour cause de diphtérie étaient âgés de 3 à 4 ans; le nombre des enfants diminue ensuite progressivement en raison inverse de l'âge, de sorte qu'au bout de la 16^e année on ne trouve presque plus un seul malade diphtéritique envoyé à l'hôpital pour y être soumis à la trachéotomie. Le pronostic est surtout mauvais dans les deux premières années de la vie; la mortalité des enfants diphtériques de cet âge a été de 89, 4 p. 100. La mortalité la plus faible est entre 7 et 8 ans (44, 4 p. 100).

La trachéotomie a dû être pratiquée chez 504 malades, avec une mortalité de 70, 8 p. 100. Même dans l'âge le plus tendre (7^e mois) et jusqu'à la 2^e année, un certain nombre d'enfants, soit 11 sur 83, ont pu être conservés à la vie.

Nous reviendrons encore plus loin sur quelques autres résultats de ce travail.

SETTEGAST a basé son rapport sur le nombre encore plus imposant de 754 trachéotomies faites à l'hôpital de Bethanie de 1861 à 1876. Les différences entre les deux hôpitaux au point de vue de la mortalité ne sont pas grandes. Le résultat général de l'opération est un peu meilleur à Bethanie qu'à la clinique chirurgicale (68, 8 pour 100 au lieu de 70, 8). Mais cette différence est due au fait qu'à Bethanie la trachéotomie n'a été tentée que tout à fait exceptionnellement chez de très jeunes enfants, soit au-dessous de 2 ans. Si l'on laisse de côté les trois premières années, la mortalité à Bethanie a été un peu plus grande qu'à la clinique de Langenbeck (66, 1 pour 100 au lieu de 63, 9). Toutefois ce sont là des différences légères et l'on peut bien admettre que les chiffres ci-dessus indiquent réellement combien d'enfants diphtériques, à Berlin, peuvent être conservés à la vie par la trachéotomie dans les formes qu'a affectées la maladie pendant ce temps d'observation.

2. Laryngite sous-muqueuse.

§ 111. — Autrefois on décrivait sous le nom d'angine laryngée œdémateuse ou œdème de la glotte toutes les affections du tissu sous-muqueux capables de déterminer une sténose du larynx, et caractérisées par une tuméfaction à marche rapide de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Ce

n'est que dans ces derniers temps que l'on s'est accoutumé à distinguer de l'infiltration œdémateuse simple les processus inflammatoires aigus et subaigus, qui se développent d'une façon diffuse dans le tissu sous-muqueux. Du reste nos connaissances relatives à l'anatomie pathologique et à l'étiologie de ces affections laissent encore beaucoup à désirer. Au point de vue anatomique il s'agit d'une tuméfaction rouge tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, qui ne donne que rarement lieu à des abcès circonscrits. Il est rare également de voir le processus envahir tout le larynx; plus souvent il n'intéresse que certaines régions, telles que la saillie formée par le ligament aryéno-épiglottique, la sous-muqueuse de l'épiglotte et les ligaments ventriculaires (fausses cordes vocales). Contrairement à l'opinion ancienne on a trouvé que la région sous-glottique du larynx peut aussi se tuméfier et former deux bourrelets épais capables de déterminer une sténose laryngée (laryngitis hypoglottica de ZIEMSEN).

En ce qui concerne l'étiologie de cette affection il faut surtout accuser des exacerbations de catarrhes aigus déjà existants. D'autres causes d'irritations telles que des brûlures et des cautérisations de la gorge, des corps étrangers ayant pénétré dans le larynx, peuvent également jouer un rôle étiologique. Enfin la laryngite sous-muqueuse peut survenir dans le cours des maladies aiguës infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la pyémie, ou bien c'est un érysipèle du cou qui lui donne naissance. De même une infection chronique de nature tuberculeuse ou syphilitique se complique parfois d'une laryngite aiguë.

Une forme plus rare que cette affection diffuse, c'est l'inflammation circonscrite qui donne lieu à la formation d'abcès. Le diagnostic de ces différentes formes n'est possible que lorsque chez un malade présentant des signes de laryngosténose aiguë, on parvient à examiner le larynx. On constate alors une tuméfaction rouge diffuse dans les points désignés plus haut, ou bien une rougeur circonscrite lorsqu'il y a formation d'abcès. Toutefois on ne peut reconnaître sûrement un abcès que lorsque la présence du pus se trahit par une coloration jaune de la muqueuse sur un point limité.

Sous le nom de **laryngite sous-muqueuse chronique** les spécialistes ont décrit une forme d'inflammation chronique du tissu sous-muqueux, dans laquelle certaines parties du larynx, telles que l'épiglotte, la paroi postérieure du larynx, les cordes vocales et la région sous-glottique se tuméfient peu à peu par suite d'un épaississement et d'une induration calleuse du tissu sous-muqueux. Lorsque cette affection atteint la région sous-glottique du larynx, on la désigne sous le nom de laryngite hypoglottique chronique hypertrophique (ZIEMSEN). Il est difficile de comprendre comment une affection semblable peut se produire d'une façon indépendante dans les catarrhes simples du larynx; il est plus probable qu'elle est toujours sous la dépendance d'infections spécifiques

(tuberculose, syphilis) ou de lésions pathologiques locales du cartilage. Encore ici le diagnostic se base sur l'altération de la voix survenue d'une façon chronique, sur les symptômes de rétrécissement, ainsi que sur l'examen laryngoscopique qui nous permet de constater une tuméfaction sur l'un ou l'autre des points mentionnés plus haut. L'induration des tissus tuméfiés est, en outre, caractéristique.

Tandis que la forme aiguë est justiciable d'un traitement antiphlogistique, on a recours dans ces formes chroniques aux scarifications, à la galvanocaustique, etc. Si le degré de rétrécissement n'est pas suffisant pour nécessiter la trachéotomie, on cherchera à dilater peu à peu le larynx à l'aide de bougies.

3. Œdème de la glotte. Laryngite œdémateuse.

§ 412. — Depuis que BAYLE a décrit sous ce nom ou sous celui d'angine laryngée œdémateuse la maladie dont nous allons nous occuper, celle-ci été considérée comme une indication à la trachéotomie. La dénomination de laryngite œdémateuse est évidemment la plus rationnelle, car il ne s'agit point ici d'un œdème de la glotte à proprement parler. Au niveau de la glotte la muqueuse est unie au tissu sous-jacent par des fibres si courtes qu'un véritable œdème ne peut heureusement pas s'y développer, je dis heureusement, parce qu'autrement tout catarrhe donnerait lieu à des symptômes graves d'asphyxie. Par contre la muqueuse de l'épiglotte, celle des replis aryéno-épiglottiques, et au-dessous de ces derniers, la muqueuse qui s'étend jusqu'aux ligaments ventriculaires, ont une tendance au gonflement œdémateux; aussi ces parties sont-elles particulièrement le siège des lésions anatomiques observées. A première vue déjà il paraît extraordinaire qu'un œdème aigu puisse survenir ici primitivement, et de fait on a reconnu depuis longtemps que le véritable œdème aigu primitif du larynx ne s'observe presque jamais, et que la laryngite œdémateuse est presque toujours secondaire et doit être considérée, par conséquent, comme un œdème inflammatoire ou un œdème collatéral simple.

Les cas dans lesquels on peut admettre le plus facilement un **œdème primitif**, sont ceux concernant des individus affectés d'une maladie prédisposant aux hydropisies (maladie de Bright ou affection cardiaque); il suffit alors d'un léger catarrhe de la muqueuse pharyngolaryngée pour produire une forte tuméfaction œdémateuse, et c'est en effet ce que l'on a observé quelquefois. A l'autopsie on pourra conserver des doutes sur l'explication à donner de l'œdème que l'on observe lorsque, par exemple, un érysipèle de la face se propage dans la cavité buccale et le pharynx, et y produit une tuméfaction assez forte pour causer des symptômes d'asphyxie et nécessiter la trachéotomie, ce qui est arrivé encore dernièrement dans ma clinique. De même il y a peu de temps, à