

favorable celui de l'angoisse asphyxique, bien que dans beaucoup de cas on ait réussi à sauver des malades affectés d'œdème de la glotte, qui présentaient déjà des symptômes indiquant un haut degré d'intoxication par l'acide carbonique ou qui venaient même de succomber à cette dernière.

Les statistiques établies par KUHN et d'autres auteurs montrent que les résultats obtenus par cette opération sont relativement favorables, car si l'on rassemble tous les cas d'œdème de la glotte primitif et secondaire, on trouve 59 guérisons et 36 morts; en présence de la gravité et de la marche rapide de la maladie en question ces chiffres donnent un appui à l'indication que nous avons posée, et doivent nous engager à faire de bonne heure la trachéotomie.

4. Maladies inflammatoires du larynx dans la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, etc. Périchondrite laryngée.

§ 115. — Nous laisserons de côté la description des divers processus inflammatoires du larynx que l'on observe dans la fièvre typhoïde, la variole, la tuberculose, etc., et nous insisterons seulement sur une affection qui se montre quelquefois d'une façon indépendante, et souvent aussi à la suite des maladies que nous venons d'énumérer, à savoir la **périchondrite laryngée**.

Cette affection s'observe essentiellement dans la fièvre typhoïde, la syphilis et la tuberculose, et les observations que l'on possède ne permettent guère de décider s'il existe vraiment une forme primitive de périchondrite laryngée. Un fait certain c'est qu'elle affecte presque exclusivement certains cartilages, à savoir le cricoïde et l'aryténoïde; très rarement c'est le cartilage thyroïde seul qui est intéressé. La suppuration dans le voisinage du cartilage finit par amener la nécrose de ce dernier, qui peut être éliminé avec le pus à l'intérieur ou à l'extérieur du larynx. Tantôt ce sont de tout petits fragments de cartilage qui sortent ainsi avec le pus, tantôt au contraire ce sont de gros fragments et même tout le cartilage cricoïde qui sont éliminés de cette manière (KUHN). Il est facile de comprendre que dans ces processus inflammatoires, surtout au début, alors que l'abcès est en voie de formation, un œdème collatéral peut à chaque instant fournir l'indication d'une trachéotomie. Naturellement le chirurgien doit s'efforcer d'ouvrir les abcès de bonne heure et d'enlever les fragments de cartilage nécrosés; cependant on ne parvient pas toujours à prévenir de cette manière les phénomènes de rétrécissement. On sait combien, dans la fièvre typhoïde, il est fréquent de voir le rétrécissement persister après la guérison de la périchondrite, et exiger le port d'une canule pendant un temps indéterminé. Certainement il ne faut pas ici mettre toujours en cause les processus cicatriciels des ulcérations laryn-

gées; dans bien des cas, à la suite de l'élimination d'un gros fragment du cartilage cricoïde, le larynx privé de soutien se ferme complètement, tandis que la muqueuse reste œdématiée, ce qui nécessite l'établissement définitif d'une fistule trachéale.

On comprend dès lors, ce que prouve du reste la statistique, que la trachéotomie ne donne pas de brillants résultats dans la périchondrite. De nombreux cas de mort malgré l'opération et des fistules permanentes lorsque la mort a pu être évitée, tel est à peu près dans ces conditions, le résultat de la trachéotomie, résultat qui, malheureusement, tient à la nature des maladies qui ont déterminé la périchondrite. L'indication de l'opération n'en subsiste pas moins lorsque, dans le cours de l'affection, on voit survenir des phénomènes graves d'asphyxie.

Les maladies qui déterminent souvent la périchondrite et la nécrose dans les cartilages, comme la fièvre typhoïde, la variole, la tuberculose, peuvent aussi s'accompagner, déjà avant la périchondrite, de symptômes d'asphyxie par œdème collatéral, et fournir ainsi également l'indication d'une trachéotomie.

(b) Processus inflammatoires chroniques et néoplasmes.

§ 116. — Nous avons déjà rappelé plusieurs fois que l'ulcération tuberculeuse et ses conséquences, la laryngite œdémateuse, la périchondrite et la nécrose, peuvent causer l'asphyxie et nécessiter la trachéotomie. On comprend que le pronostic, dans ces cas, soit presque toujours mauvais.

La **syphilis** se prête déjà mieux à un traitement, et nous devons examiner d'un peu plus près les formes sous lesquelles cette maladie se présente dans le larynx. La forme évidemment la plus fréquente est le catarrhe du larynx qui se montre habituellement comme un des premiers phénomènes de la syphilis généralisée. Elle ne présente rien de caractéristique; cependant il n'est pas précisément rare de voir l'inflammation catarrhale donner naissance à des ulcérations plates. Plus rarement on observe des plaques muqueuses et des condylomes formant des saillies aplaties d'un blanc grisâtre, avec peu de tendance à l'ulcération. Sur le bord libre de l'épiglotte ainsi qu'au niveau des replis aryténo-épiglottiques, ces lésions syphilitiques se montrent habituellement sous la forme de petites tumeurs peu saillantes, d'un rouge clair, pouvant atteindre ou même dépasser le volume d'une fève. Lorsque ces tumeurs se développent sur les cordes vocales, elles ont la forme de petites saillies semi-lunaires et peuvent donner lieu à des symptômes inquiétants de laryngosténose. Mais les phénomènes les plus graves sont ceux que produisent les formes tardives de la syphilis, c'est-à-dire les gommés du larynx. Ces dernières affectent volontiers la face interne du larynx et de l'épiglotte sous la forme

de petites nodosités ressemblant aux follicules de la racine de la langue. Ces nodules deviennent de plus en plus confluents et s'ulcèrent de la surface à la profondeur. A mesure que de nouvelles portions de tissus sont entraînées dans la prolifération, les parties profondes sont détruites à leur tour. Les nodosités sont caractérisées par une abondante prolifération cellulaire, et elles présentent le plus souvent une consistance et un aspect tout à fait médullaire. Lorsque la fonte ulcéralive est arrivée à une certaine profondeur, elle se complique habituellement d'une périchondrite suppurée avec trajets fistuleux et nécrose des cartilages. Ces ulcérations profondes, par leur cicatrisation partielle ou complète, déterminent facilement des symptômes graves de rétrécissement. Mais déjà à la période que nous venons de décrire et qui précède le rétrécissement cicatriciel, l'asphyxie peut survenir sous l'influence de causes diverses. D'abord l'épiglotte peut être détruite, et les aliments en pénétrant dans la glotte, peuvent causer des symptômes d'asphyxie et même déterminer une pneumonie. Certainement il n'en est pas toujours ainsi. Il est probable que les fonctions de la glotte elle-même doivent être compromises pour laisser passer ainsi les aliments. Les ulcérations situées plus bas produisent facilement de l'enrouement, de l'aphonie; en outre, lorsqu'elles s'accompagnent d'une laryngite œdémateuse, elles deviennent une source de dangers. De même les proliférations de la glotte en forme de condylomes produisent assez souvent des symptômes graves de laryngosténose (voir VIRCHOW, *Traité des tumeurs*).

Des processus pathologiques semblables à ceux dont nous venons de parler, se développent aussi dans la trachée et finissent par amener un rétrécissement de ce conduit. Les strictures syphilitiques de la trachée ont été observées tantôt à sa partie supérieure, tantôt à son point de bifurcation (TRENDELEBURG). Elles sont quelquefois annulaires, tandis que dans d'autres cas elles sont cylindriques et intéressent le conduit sur une grande étendue. Un certain nombre de malades succombent aux conséquences du rétrécissement si l'on n'y porte pas remède. Le traitement antisyphilitique ne peut avoir d'efficacité que lorsqu'il existe des ulcérations ou des gommes. Lorsqu'on a affaire à des rétrécissements survenus à la suite de processus de cicatrisation, il ne saurait être question que d'un traitement chirurgical direct. Le plus souvent on devra faire préalablement la trachéotomie et tenter ensuite de dilater mécaniquement le conduit, soit en incisant le point rétréci, soit au moyen de la dilatation progressive.

Le diagnostic de syphilis du larynx est habituellement facile. Dans les cas douteux l'affection sera ordinairement reconnue à l'aide du laryngoscope (voir § 103). En outre l'anamnèse nous viendra en aide. On sait que de véritables strictures de la trachée se développent rarement sans être précédées d'inflammation pérित्रachéale et de rétraction cicatricielle, ce qui constitue un point important pour le diagnostic. KUHN a rassemblé

45 cas de trachéotomies faites dans le but de parer au danger d'asphyxie dans les affections syphilitiques du larynx et de la trachée; il y eut 33 guérisons et 12 morts. Dans une grande partie des cas mortels le rétrécissement intéressait soit la trachée seule, soit la trachée en même temps que le larynx, à tel point qu'il était même parfois impossible d'introduire une canule. La partie rétrécie peut être située si bas qu'elle devient inaccessible à tout traitement. Pour les strictures siégeant plus haut TRENDELEBURG applique à la trachée un procédé analogue à l'uréthrotonomie externe. Ainsi dans un cas de stricture de la partie de la trachée recouverte par l'isthme de la glande thyroïde, il fit d'abord la trachéotomie au-dessous du point rétréci, puis divisa de haut en bas toutes les parties molles jusqu'au rétrécissement, qu'il dilata ensuite par l'introduction de bougies métalliques.

Pour une partie des symptômes de la syphilis laryngo-trachéale c'est le traitement antisyphilitique par le mercure et l'iodure de potassium qui convient d'employer, tandis que d'autres accidents ne peuvent être remédiés autrement que par une opération (*Voir plus haut la fin du chapitre concernant la laryngoscopie*).

§ 117. — Nous avons déjà fait savoir, à propos des diverses lésions traumatiques du larynx et de la trachée, jusqu'à quel point la trachéotomie peut se trouver indiquée dans ces cas; de même il a été question alors des laryngo et trachéo-sténoses dues, soit aux tumeurs de l'intérieur du larynx, soit à celles qui siègent en dehors de cet organe, comme particulièrement celles de la glande thyroïde.

Pour les tumeurs malignes étendues du larynx (sarcomes et carcinomes), qui ne paraissent pas pouvoir être enlevées par l'une des opérations déjà décrites (§ 106), il ne nous reste comme dernière ressource que l'extirpation de l'organe malade.

CZERNY a le premier, par des expériences sur les chiens, démontré que l'extirpation complète du larynx est une opération qui, du moins chez cet animal, est bien supportée et n'entrave pas la déglutition d'une façon durable. Il reconnut en outre la possibilité d'adapter un larynx artificiel permettant au malade de parler. BILLROTH fit le premier l'extirpation complète du larynx chez l'homme; il s'agissait d'un individu qui avait été délivré une fois de son carcinome par l'incision du larynx. Après BILLROTH l'opération a été tentée également par un certain nombre d'autres chirurgiens (HEINE, MAAS, SCHMIDT, SCHOENBORN, BOTTINI, etc.). LANGENBECK a même enlevé dans une seule séance le larynx, l'os hyoïde, la partie postérieure de la langue, la paroi antérieure du pharynx et une portion de l'œsophage, sans compter un sur un nombre de glandes lymphatiques envahies par le carcinome. D'autre part nous devons rappeler que BILLROTH a essayé dernièrement de n'extirper que le larynx, et a obtenu de bons résultats, même au point de vue de la prononciation.

L'extirpation unilatérale du larynx, dans tous les cas où elle est