

praticable, doit être préférée à l'extirpation totale. Non seulement elle est moins dangereuse, ainsi que HAHN l'a fait remarquer au dernier congrès des chirurgiens allemands (sur 11 opérés un seul a succombé aux suites de l'opération), mais en outre les récidives sont moins fréquentes qu'à la suite de l'extirpation totale. Lorsque l'excision unilatérale est pratiquée exclusivement dans les cas où l'on a véritablement affaire à un carcinome limité à un côté du larynx, on ne voit pas du tout pourquoi on devrait s'attendre alors à une prompte récidive. Les carcinomes indiquant une extirpation unilatérale sont, en effet, d'une manière générale, moins graves que ceux qui nécessitent l'ablation de tout le larynx. Enfin ce qui plaide encore certainement en faveur de l'opération partielle, c'est le fait que les fonctions du larynx sont alors bien meilleures et que, dans un certain nombre de cas, on peut même se passer entièrement d'une canule. SCHEDE a présenté un malade qui parle, sans canule, assez bien pour qu'on ne se doute guère qu'il a subi une pareille opération.

Quant aux résultats de l'**extirpation totale**, ils ne sont pas brillants, comme on pouvait bien s'y attendre du reste. Cependant, grâce à cette opération, un certain nombre de malades ont retrouvé pour quelque temps une existence bien supportable, et quelques-uns sont délivrés de leur carcinome depuis plusieurs années sans qu'il soit survenu de récidive. ZESAS a rassemblé dernièrement les observations publiées d'extirpation du larynx (70 cas). Des 70 opérés 48 sont morts, 19 ont guéri (3 résultats inconnus); sur 5 cas où l'opération a été pratiquée pour des sarcomes il y a eu 3 morts et 2 guérisons définitives. Des 60 malades opérés pour carcinome 42 sont morts, 15 ont guéri (3 résultats inconnus). Il faut s'attendre à voir les résultats s'améliorer avec les perfectionnements apportés au manuel opératoire, surtout lorsque l'expérience acquise nous aura appris à choisir les cas dans lesquels on peut encore espérer retirer quelque avantage de l'opération. Pour des motifs aisés à comprendre il convient de ne pas opérer les individus d'un âge avancé. Un engorgement ganglionnaire par trop étendu doit être aussi considéré comme une contre-indication à l'opération, et il en est de même de l'extension du carcinome au pharynx, à la langue, etc.

La trachéotomie doit évidemment toujours précéder l'extirpation du larynx, et il est avantageux d'ouvrir la trachée déjà quelque temps avant d'entreprendre cette opération. On peut se servir de la canule-tampon, ou bien faire le tamponnement de la trachée au-dessus de la canule ordinaire à l'aide de petits fragments d'éponges. MAAS a opéré sans tamponnement préalable, en plaçant l'opéré dans la position de ROSE modifiée, c'est-à-dire en donnant, non seulement à la tête, mais à toute la partie supérieure du corps, une position basse au moyen d'une banquette que l'on glisse au-dessous de la partie moyenne du dos. Grâce à cette position basse de la tête le champ opératoire se trouve placé au-dessous de la trachée. On fait une incision longitudinale dirigée de haut en bas et commençant à l'os hyoïde, et l'opération peut être

ainsi sûrement terminée. Si la tumeur est très volumineuse, si l'on croit devoir être obligé d'extirper non seulement le larynx, mais encore des glandes lymphatiques malades, des portions du pharynx ou de la langue, on peut au bout supérieur de l'incision longitudinale, pratiquer une incision transversale allant d'un muscle sterno-cleido-mastoidien à l'autre (V. LANGENBECK). Dans la plupart des cas on ne se décidera à l'extirpation du larynx qu'après avoir constaté par la vue l'impossibilité d'extirper la tumeur seule; c'est pourquoi on devra préalablement ouvrir le larynx sur la ligne médiane de la manière indiquée plus haut. Pour mettre à nu le larynx sur sa face antérieure et sur ses parties latérales, on se servira de préférence d'instruments mous; les parties molles seront détachées à l'aide de la rugine. Il dépendra de chaque cas particulier si l'on doit commencer à détacher le larynx par sa partie supérieure ou inférieure; cependant nous croyons qu'en général il est préférable de diviser en premier lieu les ligaments thyro-épiglottique et thyro-hyoïdien avec les parties correspondantes de la muqueuse, car ainsi on pourra mieux juger s'il y a ou non possibilité de conserver une partie du cartilage cricoïde; en effet la conservation de ce dernier faciliterait singulièrement l'introduction d'une canule (MAAS). On attire ensuite le larynx en avant au moyen de crochets, on glisse un élévatoire en arrière du cartilage cricoïde, et l'on sépare avec le bistouri le larynx de l'œsophage; enfin, on divise la trachée ou le cartilage cricoïde; lorsque ce dernier est ossifié on se sert d'une pince coupante. Les ligatures (thyroïdiennes supérieures, laryngées, etc.) seront faites à mesure que les vaisseaux donnent du sang. Dans la règle on ne suture pas la plaie cutanée; plus souvent on réunit la plaie du pharynx, bien qu'il ne soit pas toujours convenable de le faire.

On laissera une canule à demeure dans la trachée; le principal soin du chirurgien sera de nourrir les malades et d'empêcher la pénétration dans les voies respiratoires de corps étrangers (substances alimentaires, pus, etc.), qui peuvent facilement causer une bronchite et une pneumonie lobulaire septique. La grande plaie au-dessus de la canule trachéale peut être remplie de ouate dégraissée ou de gaze iodoformée. L'alimentation sera faite à l'aide d'une sonde œsophagienne. MAAS dans un cas, introduisit par la plaie, et jusque dans l'estomac, un tube en caoutchouc, qu'il laissa à demeure; pendant les premières semaines le malade fut nourri au moyen de l'entonnoir de HEGAR. Pour éviter la pneumonie il fit faire, par la canule trachéale, des inhalations de solutions désinfectantes. L'étendue de la plaie diminue rapidement et les malades apprennent bientôt à avaler de nouveau sans sonde œsophagienne.

Les essais de larynx artificiels n'ont pas donné jusqu'ici de résultats très satisfaisants. A cet effet la canule trachéale présente à sa paroi supérieure tournée vers la fistule du pharynx, une ouverture à laquelle on adapte une seconde canule dirigée en haut, et dans laquelle est caché l'appareil de phonation. L'air expiré peut ainsi sortir par la bouche en passant par la canule pharyngienne et l'appareil de phonation (GUSSENBAUER).

Le larynx artificiel a jusqu'à présent un inconvénient sérieux; il impose au malade de trop grands efforts de respiration, de sorte qu'ils préférèrent se servir du chuchotement. Mais en y apportant quelques améliorations on réussira peut-être à rétablir la phonation dans les cas de strictures du larynx traitées par l'incision. De divers côtés des tentatives ont été faites dans cette direction

(HEINE, REIHER), mais on n'est pas encore parvenu à faire parler à haute voix au moyen de l'appareil de phonation; cependant REYHER a réussi, après l'incision et la dilatation de la stricture, à introduire dans le larynx un tube allant de la canule trachéale jusqu'au pharynx; ce tube permettant le passage de l'air par la cavité buccale, rend le chuchotement plus distinct.

§ 118. — Les rétrécissements par corps étrangers feront le sujet d'un chapitre spécial. A propos des strictures des voies respiratoires il ne nous reste donc plus qu'à signaler les laryngosténoses que l'on observe à la suite d'états anormaux des nerfs et de l'appareil moteur correspondant de la glotte.

Rappelons ici d'abord la proposition de MARSHALL HALL de tenter la guérison de l'épilepsie par la trachéotomie, proposition qui a été mise à l'épreuve dans un certain nombre de cas. Une pareille intervention ne saurait avoir d'autre but que de parer au danger d'asphyxie pouvant résulter de la contracture spasmodique de la glotte pendant l'accès d'épilepsie. C'est également en vue de ce danger que HUETER a proposé la trachéotomie dans certaines formes de tétanos. La contracture spasmodique de la glotte joue aussi un rôle dans une série d'autres cas, par exemple dans le rétrécissement subit de la trachée survenant chez les enfants, et décrit sous le nom d'asthme laryngé, d'asthme thymique, etc.; de même dans les cas où un haut degré d'asphyxie est produit par l'irritation du nerf moteur du larynx, le récurrent du vague; cependant on n'a jamais vu une contracture des muscles du larynx fournir l'indication d'une trachéotomie. Il est possible, d'autre part, que dans un certain nombre de cas où l'on attribuait à la compression des voies respiratoires par une tumeur, les symptômes aigus d'asphyxie, ces derniers aient été bien plutôt le résultat d'une compression du nerf récurrent par le néoplasme. Le diagnostic de ces formes morbides est possible à l'aide du laryngoscope.

La paralysie des muscles dilatateurs de la glotte (erico-aryténoïdiens postérieurs) peut causer l'asphyxie par suite de l'impossibilité de l'ouverture de la fente glottique pendant l'inspiration. La trachéotomie dans ces conditions a déjà été pratiquée un certain nombre de fois (ZIEMSSSEN). L'opération est indiquée dans tous les cas de paralysie reconnue — sauf les paralysies hystériques — dans lesquels des symptômes graves d'asphyxie n'ont pu être conjurés par d'autres moyens.

La trachéotomie a été déjà souvent employée dans la mort apparente qui succède à l'inhalation de gaz irrespirables, ainsi que dans les accidents qui peuvent survenir pendant l'anesthésie chloroformique. On a fait la trachéotomie dans ces cas dans l'idée qu'il serait plus facile de faire la respiration artificielle si l'air pénétrait directement dans la trachée que s'il devait passer par la cavité buccale. Dans l'asphyxie chloroformique il arrive souvent que la base de la langue retombe en arrière contre la colonne vertébrale et le larynx, et que l'épiglotte s'abaisse alors sur l'orifice supérieur du larynx, empêchant ainsi le passage de l'air par la glotte. Cet accident s'observe particulièrement chez les

personnes âgées dont les mâchoires sont dépourvues de dents; cependant il survient aussi assez souvent chez de jeunes sujets. ROSER cherche à expliquer cette forme d'asphyxie par l'étranglement de certains pharynx dans le diamètre antéro-postérieur, ou bien par la forte saillie en avant du corps des premières vertèbres cervicales, ou enfin par la trop faible tension des muscles antérieurs de la langue, qui, lorsque le malade est devenu inconscient, permettent à cet organe et à l'épiglotte de retomber en arrière. Nous renvoyons le lecteur à la chirurgie générale pour tout ce qui concerne l'étude clinique et le traitement des troubles de la respiration survenant dans le cours de la chloroformisation.

II. CORPS ÉTRANGERS DES VOIES RESPIRATOIRES

§ 19. — Les objets de nature et de volume les plus divers peuvent pénétrer dans les voies respiratoires. Tantôt ce sont de véritables corps étrangers introduits dans la bouche accidentellement, tantôt ce sont des substances alimentaires qui font fausse route par un mécanisme que nous aurons encore à décrire, tantôt enfin c'est du sang qui, à la suite d'une plaie accidentelle ou opératoire, chez un individu inconscient, s'écoule des parties supérieures dans le larynx ouvert. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau, dressé par KUHN, des corps étrangers des voies respiratoires, pour se faire une idée de leur diversité; c'est ainsi que nous y trouvons 74 fèves, 43 os, 41 noyaux de fruits, 23 épis, 18 masses alimentaires diverses, 14 aiguilles, 11 pièces de monnaie et petits cailloux. Nous ajouterons que parfois des corps étrangers très volumineux ont pu pénétrer dans la trachée, par exemple des râteliers, un porte-cigares (HEYFELDER), des canules en argent (introduites par la plaie dans la trachéotomie) etc.

Le mécanisme par lequel les corps étrangers pénètrent dans le larynx est très divers. Les petits objets que l'on trouve si souvent dans la trachée des enfants, tels que des fèves, des pois, des grains de café, etc. y arrivent le plus souvent par aspiration; l'enfant tient le corps étranger dans la bouche, et ce dernier pénètre tout à coup dans les voies respiratoires lors d'un mouvement subit d'inspiration provoqué souvent par la frayeur et les cris. Dans d'autres cas le malade a comme l'on dit, avalé de travers, et des aliments sont entrés dans le larynx; ici encore il se produit au moment de la déglutition un mouvement subit d'inspiration, par exemple dans l'action de rire ou de pleurer, et le bol alimentaire au lieu de glisser au-dessus de la glotte fermée, pénètre en partie dans la fente glottique ouverte. Rarement du reste une masse considérable d'aliments arrive de cette manière dans la glotte, car celle-ci se referme aussitôt, et de violents accès de toux viennent aussitôt chasser les petites quantités d'aliments qui ont pénétré dans le larynx. Mais il peut arriver qu'un