

pointes ou leurs arêtes peuvent rester fixés dans les plis de la muqueuse. (PELLETAN fut le premier qui en 1788 opéra sur cette indication).

Si dans les cas de corps étrangers on a déjà pratiqué la trachéotomie pour parer au danger d'asphyxie, assez souvent il suffira de faire une **laryngotomie partielle**. Mais si l'on ne peut atteindre ainsi le corps étranger ni le refouler en haut, on incisera ultérieurement le cartilage thyroïde. Il est préférable de diviser ce dernier dès le début lorsque le corps étranger se trouve fixé dans l'intérieur des ventricules ou dans la glotte.

2. Un certain nombre de **rétrécissements** à la suite de plaies du larynx peuvent être guéris par la voie intra-laryngée; telles sont les adhérences partielles de la glotte, l'obstruction par des membranes dirigées transversalement à travers le larynx et formées à la suite de cautérisations. Au contraire les formes plus graves de rétrécissements produites par des fractures, des plaies par instruments tranchants ou par armes à feu, etc. avec déplacement en dedans de portions du larynx, ne peuvent guère être traitées et guérir que par la laryngotomie. L'incision du larynx est suivie de la dilatation ou de l'introduction d'une canule en T ou d'un larynx artificiel suivant que l'on juge possible de reconstituer la cavité du larynx, ou que l'on est obligé d'y renoncer. De pareilles opérations ont été déjà pratiquées un certain nombre de fois (voir SCHULLER, livraison 37 de la Deutsche Chirurgie, p. 143). Dans quelques cas on obtient un certain résultat par l'excision d'une portion de la paroi du larynx luxée et épaissie par la formation d'un cal.

Dans les traumatismes du larynx avec déplacement des fragments on se verra quelquefois obligé de faire immédiatement une laryngotomie complète ou partielle, dans le but d'opérer la réduction des parties luxées.

Plus souvent l'indication opératoire est fournie par les rétrécissements du larynx survenus à la suite de **processus inflammatoires chroniques**, tels qu'on les observe principalement dans la syphilis. Tantôt ils proviennent directement de gommés du larynx se transformant en une masse cicatricielle dure, tantôt il se forme d'abord une ulcération dont la cicatrisation est la cause de la stricture. A la suite de ces processus la cavité du larynx subit des déformations très diverses. Dans ces cas il est bon de faire d'abord la trachéotomie qui permet de soumettre le rétrécissement à la dilatation par des bougies, des cônes d'étain, etc.; en même temps on fera suivre au malade un traitement antisyphilitique. Mais le plus souvent on se verra obligé d'avoir recours à la laryngotomie complète pour faire disparaître, soit par la dilatation, soit par la cuiller tranchante ou le fer rouge, les masses de tissu cicatriciel qui obstruent le conduit. De même dans le **lupus** on peut être amené à inciser le larynx pour enlever les masses en prolifération. Dans un cas de rétrécissement

tuberculeux j'ai tenté l'extirpation de la néoplasie tuberculeuse. On traiterait d'une manière semblable les **périchondrites** se rattachant aux ulcérations syphilitiques ou autres, ainsi qu'à la fièvre typhoïde. Dans ces périchondrites on voit quelquefois survenir rapidement une nécrose des cartilages ainsi que du périchondre, et le larynx s'affaisse et se déforme parce qu'aucun tissu nouveau ne vient remplacer les parties détruites. Souvent une mort rapide ou du moins des symptômes très graves de rétrécissement en sont la conséquence. Mais on peut aussi observer un rétrécissement considérable du larynx à la suite des formes chroniques de nécrose des cartilages; c'est qu'ici le périchondre n'est pas détruit, mais est, au contraire, le siège d'une forte prolifération qui obstrue la lumière du conduit.

Ces processus morbides, causes de rétrécissements, sont souvent accessibles aux méthodes intra-laryngées; sinon on aura recours à la laryngotomie partielle ou totale. Dans les rétrécissements étendus on fera, d'une manière générale, d'abord la trachéotomie, et l'on cherchera à dilater le point rétréci, soit par la plaie de la trachée, soit par la cavité buccale, soit par ces deux voies en même temps. Si ces moyens ne suffisent pas, il faudra diviser le tissu cicatriciel par la laryngotomie, presque toujours nécessaire dans ces cas. C'est TRENDELENBURG qui a fait pour la première fois cette opération, tandis que nous devons à SCHROETTER les essais de dilatation sans incision du larynx.

On se verra aussi parfois obligé, dans ces opérations, de renoncer à reconstituer le conduit laryngé, lequel sera alors remplacé par un larynx artificiel (WEGNER, HEINE et d'autres).

3. Pour les **tumeurs** en général le procédé intralaryngé doit être considéré comme étant la règle (P. BRUNS). Il en est ainsi de la plupart des tumeurs qui se sont développées au niveau de la glotte et qui constituent la grande majorité des néoplasmes du larynx (76 pour 100 d'après BRUNS). Parmi les tumeurs situées plus profondément, celles qui sont pédiculées sont seules accessibles à la méthode intralaryngée. Chez les enfants au-dessous de 10 ans la laryngotomie restera sans doute le procédé habituel; cependant un certain nombre d'extirpations de tumeur ont été déjà faites à cet âge par la voie intralaryngée.

Diverses conditions, étudiées avec soin par P. BRUNS et SCHULLER, doivent être prises en considération pour le choix de la méthode opératoire. C'est ainsi qu'on a reproché à la laryngotomie de nuire dans un grand nombre de cas aux fonctions de l'appareil de phonation. MACKENZIE avait trouvé que la voix reste altérée dans un très grand nombre de cas à la suite de cette opération, tandis que d'après BRUNS cet inconvénient n'existe pas aussi souvent, peut-être seulement dans la moitié des cas. Mais SCHULLER fait remarquer avec raison qu'il ne faut pas attacher à ce fait une trop grande importance, parce que, dans la plupart de ces opérations, le malade peut s'estimer heureux s'il conserve son larynx intact au point de vue des fonctions respiratoires, car

l'extirpation de la tumeur, même lorsqu'elle est possible par la voie buccale, nécessite une série de manœuvres chirurgicales suffisantes pour compromettre aussi la phonation. Un danger inhérent à la thyrotomie, danger que ne présente pas la laryngotomie partielle, c'est que la forme normale de la glotte peut être altérée par la réunion ultérieure des deux portions du cartilage thyroïde. On ne connaît pas encore, il est vrai, la fréquence relative de cette conséquence fâcheuse de l'opération.

Une autre question importante est celle de la fréquence des récidives après les deux opérations en question. Je crois que sous ce rapport on peut bien *a priori* admettre avec SCHULLER qu'il est difficile de comprendre que les récidives puissent être plus fréquentes à la suite de la laryngotomie, puisque cette opération permet de faire une extirpation plus complète de la tumeur. C'est à ce résultat cependant que BRUNS est arrivé pour les papillomes multiples et les tumeurs solitaires. SCHULLER pense que des erreurs se sont glissées dans le travail de BRUNS. D'après lui une circonstance très importante c'est que l'opération par la voie buccale se fait, non pas en une seule fois, mais dans une série de séances, de sorte que les récidives qui auraient pu survenir d'abord, sont extirpées plus tard dans les séances subséquentes. D'autre part la longue durée des opérations laryngoscopiques doit être considérée comme un inconvénient sérieux de cette méthode.

De ce qui précède il résulte que le procédé intralaryngé suffit pour un certain nombre et même sans doute pour la majorité des tumeurs. Il en est ainsi principalement des tumeurs bénignes, solitaires et pédiculées siégeant sur le bord et la face supérieure des cordes vocales chez l'adulte; une autre méthode de traitement est indiquée seulement dans les cas, certainement exceptionnels, où les malades ne peuvent absolument pas s'habituer à l'exploration laryngoscopique.

C'est, au contraire, par la **laryngotomie** qu'il faut enlever les **papillomes multiples**, surtout dans les cas où ils descendent jusque dans la portion sous-glottique du larynx. Lorsque la tumeur est très étendue et occupe le vestibule du larynx, la pharyngotomie pourrait être prise aussi en considération (V. LANGENBECK). Ces opérations, bien mieux que la méthode intralaryngée, rendent possibles l'extirpation radicale de la tumeur, ainsi que le traitement local par la cautérisation ignée, traitement qui paraît avoir une grande importance au point de vue du pronostic en ce sens qu'il offre une certaine garantie contre les récidives.

Les **tumeurs malignes** peuvent être aussi rendues accessibles par une large incision du larynx; mais lorsqu'il s'agit de **carcinomes**, l'extirpation de la tumeur est rarement suffisante; si l'on veut opérer dans ces cas, il faut faire l'extirpation complète du larynx; par contre un certain nombre de **sarcomes** ont pu être enlevés par la laryngotomie (P. BRUNS).

De mêmes les papillomes (simples) et les fibromes chez les enfants au-dessous de 10 ans doivent être, dans la règle, enlevés par la laryngotomie, bien que nous devions reconnaître que d'habiles spécialistes sont

parvenus quelquefois, chez des enfants dociles, à mener à bonne fin l'opération par la voie buccale.

Mais à part ces formes de tumeurs il en est d'autres qui, éventuellement du moins, peuvent nécessiter la laryngotomie. Tels sont les fibromes à large base d'implantation, pour lesquels le procédé intralaryngé a déjà été essayé plusieurs fois sans succès. En général les tumeurs siégeant dans la partie inférieure du larynx sont justiciables de la laryngotomie. On s'y décidera d'autant plus volontiers s'il suffit de pratiquer la laryngotomie partielle, c'est-à-dire l'ouverture du larynx par l'incision du cartilage cricoïde.

Pendant que l'on met à exécution le procédé intralaryngé, on peut voir survenir des accidents qui forcent le chirurgien de s'adresser à la méthode radicale. C'est ainsi que des symptômes menaçants d'asphyxie peuvent indiquer, soit la trachéotomie, soit la laryngotomie immédiate et l'extirpation de la tumeur.

Nous devons nous borner à ces quelques remarques destinées à compléter ce que nous avons dit plus haut (§ 105 et 106), et nous renvoyons ceux qui s'intéressent à cette question, aux travaux récents de P. BRUNS et SCHULLER.

La mortalité des différentes laryngotomies n'est probablement pas supérieure à celle de la trachéotomie. SCHULLER fait observer avec raison qu'il n'est d'aucune utilité de rassembler tous les cas de mort sans distinction, car le chiffre de mortalité ainsi obtenu ne nous fait pas connaître combien de malades sont morts des suites de l'opération, et il ne nous dit pas non plus combien d'opérés ont succombé à la maladie elle-même qui a nécessité l'opération.

§ 128. — L'opération elle-même ne présente pas de grandes difficultés dans les conditions anatomiques normales. Pour la plupart des cas nous conseillons de faire une trachéotomie préalable. On aime à se servir de l'anesthésie pour l'opération, surtout lorsqu'il s'agit de tumeurs; en outre il est désirable, pendant que l'on opère sur le larynx, de préserver le malade de l'écoulement du sang dans les voies respiratoires, et, plus tard, d'empêcher les liquides sécrétés par la plaie de s'écouler dans la trachée. On atteindra ce double but en se servant de la canule-tampon de TRENDLENBURG introduite dans la plaie de la trachée.

Mais même sans la canule en question on peut éviter l'écoulement du sang dans la trachée si l'on a soin, après l'incision du larynx, d'introduire une petite éponge servant de tampon au-dessus de la canule trachéale. Dernièrement CZERNY a opéré ainsi avec succès dans un cas de papillome du larynx.

Ce procédé est indiqué principalement dans les cas de papillomes développés chez de petits enfants, dans la trachée desquels on ne peut pas introduire facilement une canule-tampon.

Si l'on n'a pas des raisons de s'attendre à une forte hémorragie,