

trachéoscopie à travers l'ouverture accidentelle. Voltolini (1) rapporte le fait curieux d'un enfant de dix ans, auquel on pratiqua la trachéotomie pour parer à des accidents qu'on supposait dus à l'introduction d'une coquille de noix dans les voies aériennes. Quoique le corps étranger n'ait pas été extrait, les accidents ayant cessé, on laissa se fermer la plaie trachéale, mais la douleur et les accès de dyspnée ayant reparu, on dilata de nouveau l'ouverture de la trachée, et Voltolini, persuadé de la présence d'un corps étranger, imagina un instrument fondé sur le principe de l'endoscope de Désormeaux ou mieux de l'otoscope de Brunton, à l'aide duquel il put éclairer la cavité de la trachée, découvrir un corps étranger fortement attaché à la paroi postérieure de celle-ci et extraire un fragment de coquille de noix, long de 45 millimètres et large de 10 millimètres.

## ARTICLE II

## LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

## 1° Inflammations.

L'étude complète des inflammations aiguës et chroniques du larynx et de la trachée ne saurait entrer dans le cadre d'un traité de pathologie externe. Malgré l'invention du laryngoscope qui a rendu la cavité laryngienne accessible à la vue, cette étude est encore aujourd'hui du domaine de la pathologie interne, au même titre que l'étude des angines.

L'intervention chirurgicale, il est vrai, est beaucoup plus souvent requise qu'autrefois dans le traitement des laryngites, mais elle se borne presque toujours à la pratique d'une opération unique, la *trachéotomie*, et il suffira de résumer, dans un chapitre spécial, les nombreuses indications de cette opération.

Tout en laissant donc complètement de côté les diverses formes d'inflammations du larynx et de la trachée, j'ai pensé néanmoins qu'il était indispensable de consacrer quelques pages à la description de la *laryngite œdémateuse* et des *abcès du larynx*.

La *laryngite œdémateuse* est, en effet, la forme de laryngite que le chirurgien a le plus souvent l'occasion d'observer comme complication des lésions traumatiques du cou et des opérations pratiquées sur l'arrière-bouche; c'est elle aussi dont l'apparition, dans le cours des diverses inflammations et surtout des inflammations chroniques du larynx, oblige à pratiquer la trachéotomie.

Quant aux *abcès du larynx*, soit qu'ils se montrent à l'extérieur, soit qu'ils fassent saillie à l'intérieur de la cavité laryngienne, leur ouverture exige l'intervention du chirurgien.

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*, 8 février 1875, et *Archives gén. de médecine*, juin 1875.

a. *Laryngite œdémateuse (œdème de la glotte)*.

Sous le nom de laryngite œdémateuse, on désigne une variété d'inflammation du larynx caractérisée par une infiltration séreuse, séro-purulente ou purulente du tissu cellulaire sous-muqueux de l'épiglotte et des replis aryéno-épiglottiques, s'étendant plus ou moins loin à l'intérieur de la cavité laryngienne.

Décrite d'abord par Bayle, sous le nom d'*œdème de la glotte*, la maladie qui nous occupe a été mieux étudiée par le professeur Bouillaud qui démontra que, loin d'être toujours une hydropisie, l'infiltration des replis aryéno-épiglottiques est, dans beaucoup de cas, d'origine inflammatoire, opinion développée plus tard par Trousseau et Belloc dans leur *Mémoire sur la phthisie laryngée*, et par Sestier dans une remarquable monographie sur l'*angine laryngée œdémateuse*,

BAYLE, *Mém. sur l'œdème de la glotte*. Paris, 1808. — BOUILLAUD, *Rech. sur l'angine laryngée œdémateuse* (*Archives génér. de méd.*, 1825, t. VII, p. 174). — SESTIER, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*. Paris, 1852. — TROUSSEAU, *De l'angine laryngée œdémateuse* (*Cliniques*, t. I, p. 646).

ÉTIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — Au point de vue étiologique, la laryngite œdémateuse se présente sous deux formes différentes : l'*œdème vrai* ou *séreux* et l'*œdème inflammatoire*.

Le premier, extrêmement rare, est un épiphénomène de l'anasarque généralisée, et ne doit pas nous arrêter; le second, le seul que nous étudions ici, mérite le nom d'inflammatoire, alors même que l'infiltration est purement séreuse, parce qu'il apparaît le plus souvent sous l'influence d'une phlegmasie du larynx ou des organes voisins.

L'œdème inflammatoire reconnaît des causes multiples. Il succède fréquemment à diverses affections de la bouche et du pharynx, telles que la glossite, la pharyngite, les abcès des amygdales, les abcès rétro-pharyngiens, l'œsophagite, le cancer de la base de la langue, du pharynx et de l'œsophage. Dans ce cas, l'infiltration des replis aryéno-épiglottiques survient souvent par propagation directe de l'inflammation; parfois cette infiltration se fait à distance et paraît être favorisée par l'état de débilitation des malades.

L'œdème inflammatoire se montre aussi fréquemment à titre de complication dans le cours des maladies du larynx et de la trachée. Tantôt il s'agit de laryngites étendues et généralisées, aiguës ou chroniques, dans lesquelles les produits inflammatoires infiltrèrent directement le tissu sous-muqueux; tantôt l'infiltration est consécutive à une lésion localisée en un point du conduit laryngo-trachéal. Ainsi les ulcères tuberculeux, rubéoliques, typhiques, morveux, syphilitiques, les pustules varioliques, les abcès sous-muqueux, la carie et la nécrose des cartilages, peuvent

déterminer, sous l'influence d'une cause accidentelle (froid, excès de parole, de boisson, etc.), la production d'un œdème aigu qui envahit au loin le tissu sous-muqueux du larynx.

Enfin, il n'est pas rare de voir l'œdème de la glotte succéder à diverses affections siégeant à l'extérieur du larynx : telles sont les plaies, les phlegmons et abcès profonds, les tumeurs cancéreuses de la région cervicale. L'infiltration laryngée qui se fait parfois dans ces cas par propagation reconnaît souvent pour cause la compression exercée sur les vaisseaux. C'est sans doute par ce mécanisme que l'on peut expliquer l'œdème de la glotte dans certaines tumeurs du médiastin.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On peut, au point de vue topographique, reconnaître trois variétés principales de l'œdème laryngien : 1° l'œdème aryténo-épiglottique ou *sus-glottique*; 2° l'œdème glottique; 3° l'œdème sous-glottique ou *cricoidien*. Mais il est nécessaire de noter, dès à présent, que souvent l'infiltration ne reste pas aussi localisée et peut s'étendre à tout le larynx.

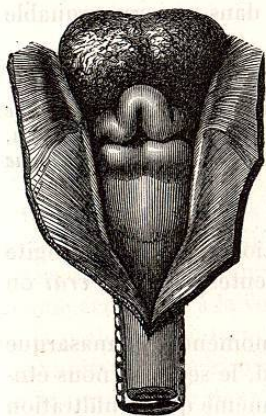


FIG. 42. — Œdème de la glotte.

Dans l'œdème *sus-glottique*, les ligaments aryténo-épiglottiques forment deux bourrelets épais, d'un blanc mat, ou rouges si l'infiltration est inflammatoire, qui rétrécissent l'ouverture supérieure du larynx. Leurs bords, d'ordinaire tranchants, peuvent acquérir une épaisseur considérable, 6 millimètres chez un enfant (Rilliet et Barthez), l'épaisseur d'un doigt dans un autre cas (Morel-Lavallée). L'épiglotte est raccourcie, déformée; l'infiltration de sa face antérieure et de ses bords

lui donne un aspect globuleux, quand on l'examine par l'orifice buccal; parfois recourbée en arc, repliée en forme de cornet, elle reste toujours relevée et immobile. L'ouverture supérieure du larynx, de triangulaire qu'elle est à l'état normal, revêt l'apparence d'une fente linéaire ou d'un orifice rétréci et parfois si petit qu'on ne pourrait y introduire qu'une plume de corbeau ou une tête d'épingle. Lors même que la sténose de l'orifice n'est pas aussi considérable, l'appel de l'air dans l'inspiration suffit pour produire une occlusion complète, car les deux lèvres latérales, tombant déjà vers la cavité par leur propre poids, sont aspirées et appliquées l'une contre l'autre; pendant l'expiration, au contraire, elles sont relevées et écartées. L'infiltration souvent occupe en même temps toute l'arrière-bouche, la luette, les piliers du voile du palais, la base de la langue, la paroi postérieure du pharynx.

Les bourrelets aryténo-épiglottiques présentent une consistance variable; ordinairement fermes et durs, ils donnent parfois aux doigts qui les pressent la même sensation que celle de la cire, que le tissu lar-

dacé ou squirrheux. Lorsqu'on essaye de les déchirer avec l'ongle, leur tissu résiste et ne se rompt pas. Si on les incise, on reconnaît qu'ils sont infiltrés par une substance d'aspect gélatineux, colloïde; c'est de la sérosité tenace, visqueuse, qui s'écoule difficilement même par une pression prolongée. Dans d'autres cas, l'œdème a un caractère plus franchement inflammatoire : la muqueuse est rouge, congestionnée, parfois même ecchymosée; le tissu cellulaire est infiltré de lymphe plastique, de sérosité purulente ou sanguinolente. On trouve parfois de petits abcès dans l'épaisseur des replis de l'épiglotte, à la base de la langue ou dans les gouttières latérales du pharynx.

L'œdème glottique ou *intra-laryngé* peut être le résultat de l'extension de l'infiltration de l'ouverture supérieure du larynx dans l'intérieur de la cavité elle-même. Lorsque, au contraire, il se montre d'abord au niveau de la glotte proprement dite, il est sous l'influence d'une ulcération du voisinage ou de la nécrose du cartilage thyroïde. Les cordes vocales sont volumineuses, mais non bosselées; elles se touchent par leur extrémité antérieure, diminuant d'autant le diamètre antéro-postérieur de la glotte; elles sont rapprochées l'une de l'autre par leur bord libre et rétrécissent transversalement l'orifice qu'elles circonscrivent. Dans dix cas, Sestier a trouvé l'ouverture de la glotte réduite à un tiers de ligne, et, dans cinq cas, elle était complètement fermée. Les ventricules sont entièrement effacés, la muqueuse passe directement de la corde vocale supérieure à l'inférieure. Les cordes vocales sont dures et très-tendues, et cette rigidité explique la différence symptomatologique de l'œdème glottique et de l'œdème sus-glottique. Dans le premier, l'air à sa sortie et à son entrée rencontre un obstacle; l'inspiration et l'expiration sont rudes et ronflantes; dans le second, l'expiration se fait sans grande difficulté, car les bourrelets aryténoïdiens ne sont pas tendus aussi fortement. Quelquefois l'œdème intra-laryngé est partiel et n'occupe qu'une corde vocale ou une région limitée du larynx.

L'œdème *sous-glottique* est très-rare, et s'étend rapidement aux cordes vocales inférieures. On l'a observé, cependant, dans le cas d'altérations occupant le cricoïde ou les premiers anneaux de la trachée. Duncan Gibb (1) a rencontré deux fois l'œdème sous-glottique, dans un cas de nécrose du cartilage cricoïde, et chez un vieillard à la suite d'infiltration goutteuse des articulations et des cartilages de la partie inférieure du larynx.

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie se montre presque toujours chez des sujets atteints d'affections anciennes de l'arrière-bouche, de la gorge ou du larynx. L'altération de la voix, si elle n'existe pas depuis longtemps, une douleur sourde au larynx, ou plutôt une sensation de corps étranger dans cette région, une respiration sifflante et difficile, tels sont les symptômes précurseurs de la laryngite sous-muqueuse.

(1) *The Lancet*, 1867, p. 228.

Dans certains cas, l'invasion est subite, soit qu'une laryngite aiguë acquière d'emblée une intensité excessive, ou qu'une inflammation aiguë, qui n'était annoncée que par une toux légère et une voix voilée, prenne tout à coup des caractères d'une gravité extrême.

Les symptômes de la laryngite œdémateuse confirmée sont : la douleur au niveau du larynx, la suffocation, la toux et la gêne dans la déglutition et dans la parole.

La douleur consiste dans des sensations de déchirement, de corps étranger, de brûlure au niveau de la saillie du cartilage thyroïde.

La suffocation se montre sous forme d'accès, qui, d'abord éloignés, se rapprochent de plus en plus. On doit en distinguer de deux sortes suivant leur degré d'intensité. Les uns, que l'on peut désigner sous le nom de *petits accès*, s'observent le matin et pendant la journée; ils ne durent que quelques secondes ou même une minute et consistent dans une respiration haletante, pénible, sifflante, avec gêne de la circulation et menace d'asphyxie.

D'autres, beaucoup plus graves, surviennent surtout le soir et la nuit. Trousseau nous en a laissé une description parfaite : « Ces accès ont quelque chose d'effrayant. Le patient, la face livide, la bouche ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur, se lève précipitamment, marche dans l'appartement, s'accrochant de temps en temps aux meubles, au chambranle de la cheminée, à l'espagnolette des croisées, cherchant partout un point d'appui pour respirer plus aisément; tantôt la tête basse et le visage tourné vers la terre, tantôt, et le plus souvent, le cou tendu et la tête renversée en arrière; puis, accablé de fatigue, il s'assied pour se relever bientôt; vous le voyez dans un état d'agitation excessive, rejetant les vêtements qui couvrent sa tête, qui entourent son cou et sa poitrine, ouvrir les fenêtres avec une sorte de rage pour humer l'air frais du dehors, se prendre le cou avec les mains comme pour en arracher un corps étranger qui l'étrangle. »

Dans l'intervalle des accès, la gêne de la respiration revêt les deux formes suivantes. Tantôt, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, l'inspiration seule est extrêmement difficile : les bourrelets aryténoïdiens formant soupape s'opposent à l'entrée de l'air dans les poumons; on entend alors un bruit guttural, très-fort, qu'on a comparé au bruit des plis flottants d'un drapeau ou d'une soupape soulevée par un courant d'air. Tantôt l'expiration n'est ni moins sifflante, ni moins longue, ni moins pénible que l'inspiration; c'est un ronflement continu : il y a là une variété de cornage sans sifflement aigu (Trousseau). Dans ce cas, l'infiltration est surtout intra-laryngée; les cordes vocales, fixes et tendues, sont heurtées par la colonne d'air qui monte, comme par celle qui descend.

La toux est sèche et éteinte, et ne survient par quintes que lorsque des mucosités obstruent le passage de l'air.

La voix est rauque ou aphone; elle est complètement éteinte pen-

dant les accès; le malade ne peut parler qu'à voix basse et par signes.

La déglutition est presque toujours difficile, soit à cause de l'œdème du voile du palais et de l'épiglotte, soit à cause de la gêne des mouvements d'élévation du larynx. L'ingurgitation de quelques cuillerées de liquide provoque souvent des accès de suffocation.

L'examen de l'arrière-gorge, l'exploration avec le doigt des bourrelets aryténoïdiens, l'emploi du laryngoscope, la palpation du cou, l'auscultation du larynx et de la poitrine fournissent en outre un certain nombre de signes importants.

L'œdème de l'arrière-gorge est parfois un signe précurseur de la laryngite œdémateuse. Quand la lésion primitive siège au niveau ou au-dessous des cordes vocales, l'œdème de l'arrière-bouche fait défaut, ou, en tout cas, il survient tardivement et n'a plus qu'une importance très-médiocre pour le diagnostic.

Pour faire l'exploration des bourrelets épiglottiques et aryténoïdiens, on fléchit la tête du patient en avant, et, après avoir placé un bouchon entre les dents, on pénètre d'un seul coup jusqu'à la base de la langue; le mouvement de déglutition qui survient amène l'ouverture supérieure du larynx au contact du doigt, et il devient alors facile de sentir les deux bourrelets indurés et la fente qui les sépare. Dans quelques cas, il est plus commode de faire pénétrer le doigt obliquement en arrière des arcades dentaires. Lorsque ce signe fait défaut, il ne faut pas cependant conclure que l'œdème laryngien n'existe pas, car l'infiltration peut être bornée aux cordes vocales ou à leur voisinage.

C'est alors que l'emploi du miroir laryngoscopique devient indispensable; c'est le seul moyen physique d'apprécier l'état des cordes vocales et de reconnaître s'il s'agit d'un œdème ou de toute autre lésion capable de le simuler. Mais l'application de cet instrument n'est pas toujours possible; elle peut déterminer des accès de suffocation dangereux; il faut donc en user avec la plus grande modération, et, au besoin, savoir se contenter des signes physiologiques.

La palpation du cou peut faire reconnaître s'il est infiltré ou si ses gros vaisseaux sont comprimés par une tumeur. Quelquefois la main étant appliquée sur le larynx perçoit des vibrations; mais la présence d'un corps étranger ou d'un polype produit aussi ce phénomène.

L'auscultation indique le siège exact du bruit de frôlement ou de drapeau; mais ce bruit n'est pas spécial à l'œdème laryngé.

MARCHE, TERMINAISONS. — La dyspnée et l'asphyxie sont croissantes et rapides lorsque l'œdème est produit par une maladie inflammatoire. Les accès se succèdent à courts intervalles et le malade peut être emporté en quelques heures. Les accidents sont précédés de phénomènes précurseurs et progressifs lorsqu'ils sont sous la dépendance d'une ulcération ou d'une affection chronique du larynx; ils peuvent se prolonger pendant six, huit, dix jours; mais dans les derniers jours les accès se précipitent et augmentent d'intensité. Il est rare de voir les troubles de

la respiration se suspendre complètement. Cependant Trousseau, dans un cas d'abcès intra-laryngien, aurait vu la guérison s'effectuer spontanément par l'ouverture naturelle de l'abcès dans les voies aériennes.

DIAGNOSTIC. — Les accès de suffocation qui peuvent simuler l'œdème de la glotte se rencontrent soit dans les maladies de l'arbre aérien, soit dans celles des organes voisins.

L'épiglottite œdémateuse aiguë, la laryngite striduleuse, le croup, le spasme de la glotte, les abcès du larynx, les corps étrangers, les polypes, peuvent, en raison des troubles respiratoires et du bruit de ronflement qu'ils déterminent, prêter à confusion. Le toucher des replis aryéno-épiglottiques, l'examen au laryngoscope permettront, dans tous les cas, un diagnostic certain. Enfin chacune de ces maladies a ses signes propres : l'épiglottite est limitée et se reconnaît à la vue et au toucher. La laryngite striduleuse survient subitement chez les enfants pendant la nuit; la rauçité de la voix et la toux ont des caractères particuliers. Le croup est rarement primitif d'emblée; il s'accompagne de l'expulsion de fausses membranes et d'un état général. Les corps étrangers, les abcès du larynx, les polypes ne déterminent jamais des accès de suffocation aussi accusés et aussi prononcés que l'œdème; mais comme ils provoquent parfois cette redoutable complication, il ne faudra jamais négliger l'examen au laryngoscope, quand il sera possible.

Le rétrécissement de la trachée se reconnaît à la sensation éprouvée par le malade au niveau du rétrécissement, à la déviation, à la déformation de la trachée et enfin à l'auscultation du tube aérien qui révèle à l'observateur le siège du mal.

Parmi les maladies qui, par les accès de suffocation qu'elles déterminent, ont le plus souvent trompé les observateurs, il convient de citer tout particulièrement les anévrysmes de l'aorte, et les tumeurs du cou ou du médiastin comprimant les nerfs récurrents ou agissant directement sur la trachée ou les bronches. On trouverait facilement dans la science huit ou dix cas de trachéotomie pratiquée dans ces circonstances. Obdenarc, dans sa thèse, en rapporte cinq observations. L'examen laryngoscopique, le toucher du larynx et les signes propres à l'anévrysmes pourront empêcher de faire une opération parfois inutile.

Enfin, les maladies de l'isthme du gosier, du pharynx et de l'œsophage ont pu quelquefois faire croire à un œdème de la glotte. Mais un examen direct suffit toujours pour éviter l'erreur.

PRONOSTIC. — Le pronostic est subordonné à l'état du malade antérieur à l'infiltration des replis aryéno-épiglottiques. Ainsi l'œdème de la glotte est moins grave, s'il survient chez un sujet bien portant, que s'il se manifeste chez un individu débilité par une longue maladie. L'œdème franchement inflammatoire a une progression plus rapide et demande une intervention immédiate. Cependant c'est dans l'œdème *a frigore* que la trachéotomie faite de bonne heure a le plus souvent

réussi. Le pronostic est toujours fâcheux lorsque l'infiltration est consécutive à une altération profonde du larynx (nécrose des cartilages, suppuration, fusées purulentes, etc...).

TRAITEMENT. Les divers modes de traitement employés dans l'œdème de la glotte ont pour but, tantôt de suspendre ou de faire disparaître l'infiltration laryngée, tantôt de sauver les jours du malade menacés d'asphyxie par une opération qui permette l'entrée rapide de l'air jusqu'aux poumons.

L'usage des premiers moyens n'est permis que si l'œdème n'est pas considérable, si le sujet se trouve dans de bonnes conditions, et si la respiration se fait bien; encore faut-il toujours se tenir prêt à opérer au premier indice de suffocation. L'expérience, du reste, a démontré l'inefficacité du traitement direct dans la grande majorité des cas. Les moyens employés pour combattre ou faire disparaître l'infiltration sont *médicaux* ou *chirurgicaux*.

Les *moyens médicaux* consistent dans des cautérisations laryngées avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acide phénique, l'acide acétique, l'acide sulfurique et l'acide chromique (Isambert); les insufflations d'alun, les pulvérisations d'une solution de tannin, d'alun, d'acide acétique (Krishaber). Chez les très-jeunes enfants, on a employé les vomitifs à doses répétées. L'application de vésicatoires sur la partie antérieure du cou est un moyen fréquemment usité. S'il s'agit d'une angine œdémateuse aiguë, à marche rapide, le seul inconvénient est que ce traitement reste infructueux; mais, dans les cas d'œdème chronique, les applications répétées de vésicatoires finissent par amener de l'épaississement inflammatoire des tissus, qui peut rendre la trachéotomie laborieuse, et surtout gêner l'introduction et le maintien de la canule. En 1870, je dus opérer dans le service du professeur Axenfeld, à Beaujon, un phthisique atteint d'œdème de la glotte; on avait fait des applications successives de vésicatoires. Après l'opération, qui fut très-pénible, la canule ne put être introduite qu'avec difficulté; elle était trop courte, quoiqu'elle eût la longueur habituelle. Dans la journée, elle se déplaça trois fois et ne put être replacée qu'avec la plus grande peine par l'interne de garde: les jours suivants, les mêmes accidents se répétèrent plusieurs fois, et je dus faire construire une canule spéciale pour permettre au malade de respirer paisiblement.

Les *moyens chirurgicaux* directs consistent dans les incisions, les scarifications, l'écrasement ou la déchirure avec les ongles des bourrelets aryénoïdiens.

En général, il faut être très-circonspect dans l'emploi du traitement direct médico-chirurgical, car la lecture des observations démontre qu'un grand nombre de malades atteints d'œdème de la glotte ont succombé à cause de l'hésitation des chirurgiens, ou du retard qu'ils ont mis dans l'opération de la trachéotomie.

Dans la laryngite œdémateuse consécutive à une angine phlegmoneuse,

à un phlegmon du plancher de la bouche, les symptômes asphyxiques, les accès de suffocation marchent avec une telle rapidité que, souvent, le chirurgien n'a pas le temps d'intervenir. Cependant on peut, dès le début, essayer le traitement antiphlogistique, qui a réussi quelquefois : déplétions sanguines locales, sangsues sur le devant du cou, scarifications sur la base de la langue et sur les replis aryténo-épiglottiques. Si, sous l'influence de ces moyens employés rapidement, l'état du malade ne s'améliore pas notablement, l'indication est formelle : il faut, sans hésiter, pratiquer la trachéotomie. D'ailleurs, c'est dans cette variété d'œdème de la glotte qu'on obtient par cette opération les résultats les plus favorables.

L'œdème de la glotte, qui survient dans le cours des laryngites ulcéreuses et nécrosiques, a une terminaison funeste très-fréquente. C'est là la raison principale de la répugnance qu'éprouvent beaucoup de chirurgiens à opérer les phthisiques atteints d'ulcérations laryngées et d'œdème de la glotte : nous pensons cependant qu'on est autorisé à pratiquer la trachéotomie dans ces circonstances, quand bien même l'opération n'aurait d'autre résultat que d'épargner au malade les angoisses de la suffocation.

#### b. Abscès du larynx.

Ces abcès succèdent généralement à la péri-chondrite et à la nécrose des cartilages du larynx. Ces dernières lésions, qui peuvent quelquefois se montrer à la suite de laryngites aiguës primitives, surviennent le plus habituellement dans le cours de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives et surtout de la rougeole ; on les observe aussi fréquemment dans les laryngites diathésiques, tuberculeuses et syphilitiques. Nous n'avons pas à décrire les altérations complexes qui caractérisent ces diverses formes de la *laryngite nécrosique* ; notre intention est seulement de signaler les abcès proprement dits du larynx qui peuvent en être la conséquence.

Depuis la vulgarisation du laryngoscope un certain nombre d'observateurs ont pu diagnostiquer sur le vivant des abcès du larynx et les ouvrir par les voies naturelles.

Turk (1) a découvert au moyen du miroir laryngien une collection purulente du volume d'une noisette, située à la moitié gauche de l'anneau cricoïdien. Le malade mourut subitement peu de temps après, et l'autopsie vérifia son diagnostic. L'auteur n'indique pas la cause de cet abcès ; il dit seulement que le patient, âgé de vingt-quatre ans, était enrôlé depuis dix jours.

Lacaussade (2) reconnut aussi au laryngoscope un abcès du larynx chez un convalescent de fièvre typhoïde. Mais celui-ci mourut avant

(1) *Maladies du larynx*. Paris, 1862, p. 12.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1866.

qu'on n'ait eu le temps d'appeler un chirurgien pour pratiquer la trachéotomie.

Morell-Mackenzie (1) a rapporté à la Société pathologique de Londres un cas d'abcès du larynx consécutif à une carie primitive du cartilage cricoïde. La collection purulente avait été vue au laryngoscope.

Moxon (2) a aussi observé, à l'aide du miroir laryngien, un abcès du larynx, du volume d'une noix, survenu chez un phthisique qui mourut quelque temps après.

William Marcet (3) a incisé par les voies naturelles, à l'aide du scarificateur de Mackenzie, un abcès du larynx causé par une péri-chondrite chronique développée au-devant du cartilage aryténoïde.

Enfin, Nicolas Duranty (4) (de Marseille) a pu sur le vivant ouvrir de la même manière un abcès semblable.

Si on analyse la plupart de ces observations on voit que l'abcès du larynx, après un enrouement de quelques jours, s'annonce par de la douleur en un point circonscrit du larynx, avec gêne dans la déglutition. Peu à peu, la respiration devient bruyante ; il y a du cornage, et la dyspnée va en augmentant sans qu'il survienne d'abord d'accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique, on reconnaît une déformation des parties, qui est parfois caractéristique. La muqueuse est rouge, tuméfiée, œdémateuse, et au centre de la tuméfaction on voit une saillie arrondie, formée par l'abcès. Dans le cas de Turk, le bord interne de la corde vocale gauche, légèrement arrondi, était refoulé en dedans de manière à former une saillie considérable, dépassant la ligne médiane : la corde vocale avait conservé son aspect brillant et nacré, mais elle était complètement immobilisée. Du côté droit, au contraire, la corde vocale ne présentait aucune altération et les aryténoïdes n'avaient rien perdu de leur mobilité. Lorsque l'abcès répond à la face interne du cartilage cricoïde, il est seulement reconnaissable à l'aspect œdémateux de la muqueuse sous-glottique qui forme une sorte de chémosis circulaire ; en faisant pousser un cri aigu au malade, les cordes vocales s'écartent fortement l'une de l'autre et on peut quelquefois apercevoir une saillie globuleuse au point où le pus s'est collecté (Duncau Gibb) (5).

Les abcès du larynx peuvent s'ouvrir spontanément dans son intérieur. Après un accès de toux, le malade vomit un flot de pus sanguinolent. Il est fréquent de voir ces abcès déterminer un œdème de la glotte et les accès de suffocation caractéristiques. Dans quelques cas, ils ont perforé la paroi de l'œsophage et se sont vidés dans cet organe, ou ont déterminé un phlegmon du tissu cellulaire compris entre l'œsophage et la trachée. Enfin, on les a vus s'ouvrir dans le tissu cellulaire du cou ;

(1) *Path. Transact.*, 1869, p. 46.

(2) *Guy's Report.*, 1868, p. 74.

(3) *The Lancet*, 1867.

(4) *Marseille médical*, 1870.

(5) *Œdème sous-glottique inflammatoire, Abscès (The Lancet, 1869, p. 338).*

un phlegmon est alors survenu et a été incisé, où le pus s'est fait jour à l'extérieur; quelquefois il en est résulté une fistule laryngo-cutanée.

Lorsque les abcès laryngiens peuvent être reconnus sur le vivant, le traitement consiste à donner immédiatement issue au pus. Guidé par le miroir laryngien, le chirurgien incisera l'abcès au point proéminent avec le scarificateur de Mackensie ou tout autre instrument analogue (fig. 43). Si l'abcès se reproduit, on doit l'ouvrir de nouveau. Il importe

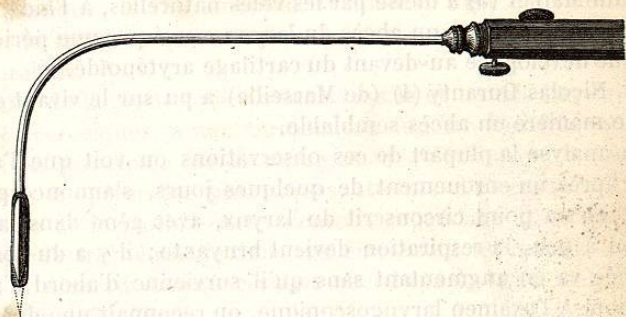


FIG. 43. — Lancette cachée de Collin.

en effet d'être prévenu de la possibilité de la récurrence de ces abcès qui peut entraîner la suffocation. C'est ainsi que sir William Marcet, après avoir incisé deux fois, à plusieurs jours d'intervalle, un abcès du larynx, vit reparaître les troubles respiratoires vingt jours après, et dut pratiquer la trachéotomie pour sauver son malade. C'est à cette opération qu'on aura toujours recours en dernier lieu, si le traitement par les voies naturelles n'a pas réussi.

Lorsque l'abcès tendra à se faire jour du côté du cou, on donnera issue au pus, en incisant l'une après l'autre les diverses couches de la région sous-hyoidienne, comme dans l'opération de la laryngotomie ou de la trachéotomie.

#### 2° Fistules du larynx et de la trachée.

Les fistules du larynx et de la trachée sont le plus souvent consécutives aux plaies accidentelles ou chirurgicales de ces conduits. Les abcès du larynx, en s'ouvrant à l'extérieur, peuvent aussi donner lieu à la formation de fistules intarissables. Un des cas les plus remarquables est celui qui a été rapporté par Lefort à la Société de chirurgie en 1864. Il s'agissait d'un homme de 53 ans, ayant eu plusieurs abcès ouverts spontanément à la région médiane du cou et causés par une carie tuberculeuse des cartilages du larynx. Le dernier avait laissé à sa suite une fistule aérienne qui persistait encore douze ans après.

Une troisième variété de fistules du larynx est constituée par les fis-

tules congénitales; nous les avons étudiées avec les *fistules congénitales du cou*.

Lorsque la fistule du larynx succède à une plaie du cou et que son ouverture interne n'occupe qu'une partie de la paroi du larynx ou de la trachée, elle se présente avec l'aspect suivant: au centre d'une dépression en entonnoir de la peau, placée sur la ligne médiane du cou, on voit un orifice ovalaire ou régulièrement arrondi, qui communique avec l'intérieur du tube laryngo-trachéal; la peau amincie et froncée a été attirée vers la muqueuse respiratoire et lui adhère par l'intermédiaire d'un tissu fibreux cicatriciel. Cette variété de fistule se rencontre surtout lorsqu'après l'opération de la trachéotomie et l'ablation de la canule l'oblitération du canal aéro-cutané n'a pas eu lieu.

Dans les larges plaies du cou, lorsque le larynx a été divisé en deux parties ou séparé complètement de la trachée et que les deux bouts coupés transversalement se sont écartés l'un de l'autre, la cicatrisation amène la formation de fistules différentes de celles que nous venons de décrire. La peau de la lèvre supérieure de la plaie est attirée en bas, au-dessous de la partie saillante du segment supérieur du tube aérien et vient s'unir intimement à la muqueuse respiratoire; dans le bout inférieur ou trachéal, la présence de la canule empêche la rétraction de la peau vers la muqueuse. La fistule prend alors l'aspect d'une fente transversale dont la lèvre supérieure retroussée en dedans est cutanée, et dont la lèvre inférieure, recouverte de bourgeons charnus, communique par un canal plus ou moins long avec la trachée.

Lorsque le larynx et le pharynx ont été tous les deux sectionnés transversalement, il peut arriver que la peau de la lèvre supérieure s'unisse, non avec la muqueuse aérienne, mais avec la muqueuse du pharynx. Il en résulte, comme dans le cas de Reynaud (de Toulon) (1), une cloison dirigée obliquement de haut en bas, qui obstrue complètement le larynx. Cette cloison est formée dans ses deux tiers antérieurs par les téguments, et dans son tiers postérieur par la face antérieure du pharynx, qui est venue, pour ainsi dire, à leur rencontre. Au-dessous de cette cloison existe l'ouverture fistuleuse trachéo-cutanée.

Une autre variété de fistule laryngienne beaucoup plus rare a été décrite par Lassus. A la suite d'une plaie de la trachée, ce chirurgien avait essayé de réunir les deux bouts du conduit; les fils cédèrent, déchirèrent la plaie, et il en résulta une cicatrice dure, inégale, protubérante, difforme, avec deux ouvertures fistuleuses qui laissaient passer avec peine l'extrémité d'un stylet.

Dans les fistules qui succèdent aux abcès du larynx, on observe une dépression infundibuliforme de la peau qui est attirée vers la muqueuse, laquelle est rouge, amincie, froncée, et adhère intimement dans une certaine étendue au tissu fibreux qui entoure immédiatement les

(1) Thèse de Horteloup, *loc. cit.*