

TUMEURS DU LARYNX

POLYPES — CANCER

Les *polypes du larynx* sont très communs dans notre pays; les premiers travaux importants sur ce sujet ont été publiés par Gerdy et Ehrmann. On comprend, en général, sous cette dénomination toutes les tumeurs du larynx pédiculées ou non qui ne sont ni syphilitiques, ni tuberculeuses, ni cancéreuses: myxomes, kystes, adénomes, lymphadénomes (Virchow).

Le *myxome* est la variété la plus rare; les tumeurs myxomateuses ressemblent à de petits kystes; leur siège de prédilection est la base de l'épiglotte et les ventricules de Morgagni.

Le *fibrome* siège principalement sur les cordes vocales inférieures, il est petit et s'accroît lentement; il est formé de tissu fibreux résistant, recouvert d'un épithélium pavimenteux stratifié, à surface lisse.

Le *papillome*, la tumeur la plus fréquente (602 sur 1100 cas, Burns, 67 pour 100, Mackenzie), a l'aspect d'un chou-fleur offrant une série de bourgeons et de granulations secondaires; il est nettement pédiculé et n'envahit pas les tissus sous-jacents; c'est au niveau de l'angle de réunion des cordes vocales, sur ces cordes ou sur la muqueuse des ventricules, qu'il se développe avec le plus de facilité, comme du reste la plupart des tumeurs bénignes.

L'*adénome* est produit par l'hypertrophie des glandules de la muqueuse, il est fréquent dans la laryngite catarrhale chronique, et il se mêle souvent aux excroissances du papillome.

Le *lymphadénome* peut s'observer comme manifestation secondaire de la diathèse lymphogène; c'est surtout au niveau des orifices glandulaires que les nodules se développent.

Les *kystes* du larynx tiennent à la dilatation ampullaire des culs-de-sac glandulaires dont le conduit excréteur a été oblitéré. On les observe généralement au niveau des cordes vocales. Moure en a réuni récemment plus de 60 observations.

Au point de vue de leur siège, les polypes peuvent se diviser en sus-glottiques et intraglottiques; ces derniers sont exceptionnels (9 sur 300, Fauvel); ils se cachent souvent dans les ventricules de Morgagni, et il est nécessaire de faire tousser énergiquement le malade pour les faire saillir en dehors.

La femme est moins prédisposée que l'homme à présenter des

polypes du larynx; ceux-ci atteignent leur maximum de fréquence de trente à quarante ans; mais ils peuvent s'observer à tous les âges; on en rencontre même de congénitaux (10 obs., Causit). Les professions où l'on fait un usage excessif de la parole en favorisent le développement (professeurs, prédicateurs, chanteurs, etc.); de même que celles qui exposent aux brusques changements de température.

Le symptôme commun le plus ordinaire dans les altérations polypeuses du larynx, ce sont les troubles de la voix (modifications de timbre et d'intensité suivant le siège et le volume du polype). La respiration est en général peu gênée, la toux est très rare; il en est de même de la douleur et des troubles de déglutition.

L'expectoration de débris de polypes (Ehrmann) est un signe d'une grande valeur; mais c'est l'examen laryngoscopique qui seul permet de faire le diagnostic. Cet examen doit être pratiqué toutes les fois qu'un malade se présente avec des troubles invétérés de la phonation, qu'on ne peut imputer ni à une cause diathésique ni à un refroidissement.

Les polypes peuvent persister longtemps dans le larynx sans causer de troubles appréciables; ceux des ventricules surtout ont une grande tendance à rester stationnaires. Les papillomes sont ceux qui prennent les plus grandes proportions et qui s'accroissent le plus rapidement. Dans quelques cas ils peuvent déterminer la suffocation et faire craindre l'asphyxie. Les polypes récidivent facilement.

Le *cancer primitif* du larynx est beaucoup moins rare qu'on ne le supposait avant l'emploi du miroir laryngoscopique. M. Fauvel en rapporte dans son traité trente-sept observations personnelles, Krishaber en relate de son côté un certain nombre de faits, dans le mémoire très important qu'il a publié sur la matière, et sans compter les faits épars dans les recueils médicaux, on peut citer encore le récent travail de Lublinski, qui en rapporte dix-huit cas inédits. Les deux variétés que l'on rencontre le plus habituellement, sont le *carcinome* et l'*épithéliome*.

Le *carcinome* est moins fréquent que l'*épithéliome*, il se présente sous forme de bourgeons roses qui envahissent rapidement la muqueuse, s'ulcèrent et déterminent la mort dans un court espace de temps (Cornil et Ranvier). L'*épithéliome* peut débiter primitivement sur la muqueuse laryngée, mais ordinairement il a son point de départ dans la paroi antérieure de l'œsophage; les végétations revêtues d'une couche d'épithélium cylindrique

perforent les cartilages et viennent faire saillie dans la cavité du larynx; elles s'ulcèrent et sont presque toujours couvertes d'un liquide opaque. En thèse générale, l'épithéliome a de la tendance à envahir l'intérieur du larynx, les cordes vocales inférieures, les ventricules et la région sous-glottique, tandis que le carcinome attaque surtout les replis ary-épiglottiques et les cartilages (Lublinski).

Le cancer du larynx est exceptionnel chez la femme; il débute rarement avant quarante ans, et met en général deux à trois ans à évoluer. Il se développe souvent au milieu des apparences de la santé; mais il finit par entraîner la mort en déterminant la cachexie qui lui est spéciale. Il n'a aucune tendance à se généraliser.

Le larynx peut être envahi aussi consécutivement, par voie de contiguïté, par un cancer développé dans une région voisine (langue, œsophage).

Dans les relevés de Fauvel, le cancer a débuté beaucoup plus fréquemment par le côté gauche et sur la corde vocale supérieure.

L'abus du tabac, des liqueurs fortes, semble jouer un certain rôle étiologique; l'influence de l'hérédité est mal établie.

Quelle que soit la nature de la tumeur, les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes: ce sont des troubles vocaux et respiratoires en rapport avec le siège et le volume du néoplasme; souvent on perçoit un *cornage dur*, « on dirait que l'air est inspiré à travers une anche ligneuse » (Fauvel); ce signe a une valeur sérieuse. Il existe presque toujours une *salivation marquée*, souvent aussi de la dysphagie par suite de la participation de l'épiglotte ou de l'œsophage au processus pathologique. Habituellement il existe une douleur sourde, quelquefois lancinante, nettement localisée au niveau du larynx. Quand la tumeur est ulcérée, l'haleine prend une odeur nauséabonde.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont presque constamment engorgés, quelquefois même dégénérés; dans un cas rapporté par Desnos, l'autopsie fit découvrir des noyaux secondaires jusque dans le parenchyme hépatique.

Lorsque la tumeur est très volumineuse, il peut y avoir de violents accès de suffocation, et la mort survient par asphyxie.

On évitera de confondre le cancer du larynx avec les ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses. La coloration brunâtre de la muqueuse, les tendances végétantes du cancer, la salivation excessive, sont les signes sur lesquels on s'appuiera le plus sûrement pour établir le diagnostic.

TRAITEMENT. — Quand un polype du larynx tend à s'accroître et à produire des troubles fonctionnels marqués, il est indiqué de le détruire. On peut y arriver: 1° par arrachement, 2° par écrasement, 3° par excision, 4° par cautérisation, 5° enfin à l'aide de la galvanocaustique.

Le siège et la forme de la tumeur jouent un grand rôle dans le choix du procédé.

Le cancer du larynx n'est susceptible le plus souvent que d'un traitement palliatif. On peut employer les topiques calmants contre la douleur, la cautérisation contre l'envahissement du néoplasme. La trachéotomie pratiquée à une période déjà avancée de la maladie a, dans certains cas, prolongé de quelques mois l'existence.

L'extirpation complète du larynx depuis les premières tentatives de Heine, de Langenbeck et de Billroth, a été pratiquée déjà un bon nombre de fois. Krishaber, en 1879, en réunissait 12 observations; dans une revue critique de Ceccherelli, en 1880, on en comptait déjà 32 cas. Dans son récent travail sur le cancer du larynx, Lublinski en cite 76 cas. Sur ces 76 opérés, 41 ont survécu, parmi lesquels on compte seulement 20 récidives.

Parmi ses 12 observations, Krishaber n'admettait qu'un seul exemple de guérison complète, celui de Bottini. Aujourd'hui nous sommes à même d'enregistrer plusieurs succès, parmi lesquels ceux de Tiersch, de Novaro et surtout de Casselli de Reggio. D'ailleurs, les dernières statistiques n'établissent plus qu'à 29 pour 100 le taux de la mortalité dans l'extirpation du larynx. Néanmoins, comme l'a très judicieusement fait observer Schwartz en présence des insuccès encore trop nombreux et du grand nombre des récidives, l'extirpation du larynx doit être réservée aux cas exceptionnels.

GERDY. Des polypes et de leur traitement. Paris, th., conc., 1833. — ANDRAL. Précis d'anat. path., t. II. — TROUSSEAU et BELLOC. Phthisie laryngée, 1837. — EHRMANN. Des polypes du larynx. Diss. in-4°, 1837. — LEWIN. Deutsche Klinik, 1862. — CAUSIT. Étude sur les polypes du larynx chez les enfants, 1867, th., Paris. — CORNIL et RANVIER. Manuel d'anat. path. — Ch. FAUVEL. Traité des maladies du larynx, 1876. — MANDL, BOECKEL. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article *Larynx*. — PETER et KRISHABER. Loc. cit. — DESNOS. Bull. Sociét. anatomique, 1878. — KRISHABER. Cancer du larynx (Annales de l'oreille et du larynx, 1879, et Gaz. hebd., 1879). — CASSELLI de Reggio. Ablation totale du larynx, de la base de la langue et d'une partie de l'œsophage. Guérison (Congrès de Milan, 1880). — THIERSCH. Extirpation du larynx avec guérison (Berlin. klinische Wochenschr., 1881). — EHRENDORFER. Enchondrome du larynx (Archiv für klin. Chirurg., 1881). — MOURE. Étude sur les kystes du larynx. Paris, 1881. — MANN. L'extirpation du larynx (Sammlung klin. York, 1885). — LUBLINSKI. Canal du larynx (Berlin. klin. Wochenschr., 1885).

schr., 1886). — GOTTSTEIN. Diseases of the larynx. Edimbourg, 1886. — ED. SCHWARTZ. Des tumeurs du larynx. th. agr., 1886. — BERTOYE. Enchondromes et exostoses du larynx (Ann. mal. de l'or., 1886). — SCHRAETER. Leçons sur les maladies du larynx, etc. Vienne, 1886.

MALADIES DES BRONCHES

Nous décrirons successivement :

- 1° La bronchite catarrhale aiguë simple (inflammation des gros tuyaux bronchiques);
- 2° La bronchite capillaire (inflammation des bronches terminales), à laquelle se rattache très fréquemment la *broncho-pneumonie*;
- 3° La bronchite chronique;
- 4° La dilatation des bronches;
- 5° L'emphysème pulmonaire qui se relie aux affections précédentes par d'étroites affinités;
- 6° Nous étudierons ensuite les affections bronchiques avec élément nerveux spasmodique, c'est-à-dire l'asthme et la coqueluche;
- 7° L'adénopathie bronchique.

BRONCHITE CATARRHALE AIGUË

L'inflammation des grosses bronches est *primitive* ou *secondaire*. Chez l'adulte, elle n'est le plus ordinairement que le résultat d'un processus morbide local provoqué par un refroidissement et surtout par l'action des températures basses et humides, ou bien encore par l'inspiration de vapeurs ou de gaz irritants; chez les jeunes sujets, elle fait souvent partie d'un complexus morbide généralisé dont la bronchite n'est alors qu'une localisation (telle la bronchite de la grippe, de la rougeole, de la dothiéntérie; on peut y joindre celle de la coqueluche).

D'autres fois la bronchite aiguë est sous la dépendance de certaines dispositions constitutionnelles: les goutteux, les arthritiques ont fréquemment du côté des bronches des poussées aiguës qui alternent avec d'autres manifestations diathésiques; dans le mal de Bright, cette variété n'est pas rare, elle représente même le principal type de ces bronchites toxiques sur lesquelles Lassègue a particulièrement appelé l'attention (voy. plus loin l'article *Albuminurie*).

Anatomiquement, la bronchite catarrhale n'a rien qui la distingue des autres inflammations de même nature, et nous retrouvons sur la muqueuse bronchique les mêmes altérations que nous avons mentionnées plus haut en faisant l'étude des laryngites: congestion, rougeur, épaissement, hypersécrétion glandulaire, desquamation épithéliale dans quelques points.

DESCRIPTION. — Lorsque la maladie a atteint un certain degré d'intensité, elle s'accompagne de phénomènes généraux et de signes locaux qui peuvent se diviser en deux groupes constituant deux périodes.

1° *Période inflammatoire*. — Il y a un peu de fièvre, de la courbature, parfois de la céphalgie et des symptômes d'embarras gastrique; la langue est blanche, l'appétit diminue; il peut exister de la constipation.

En même temps, le malade éprouve un sentiment de cuisson, de brûlure, derrière le sternum; il a des quintes de toux qui retentissent péniblement dans la poitrine, par suite de l'endolorissement des insertions du diaphragme, que réveille le moindre ébranlement du thorax. Les quintes de toux peuvent être accompagnées de régurgitations et même de vomissements.

Durant cette période inflammatoire (dite encore période de crudité), l'expectoration est nulle ou peu abondante, et la toux se borne à provoquer le rejet d'un liquide transparent, légèrement filant et finement aéré. L'auscultation révèle la présence de râles *sonores*, *sibilants* ou *ronflants*, dus au passage de la colonne d'air dans des canaux dont la muqueuse est inégale, boursoufflée, ou bien encore à la mise en vibration des éperons bronchiques épaissis. Les râles s'entendent pendant les deux temps de la respiration.

Au bout de trois à cinq jours, les phénomènes généraux s'amendent, l'expectoration devient plus abondante et plus facile, les crachats sont opaques, muco-purulents ou d'un jaune verdâtre: c'est le début de la *deuxième période*.

2° *Période de coction*. — On perçoit à ce moment des *râles humides* occasionnés par le conflit de l'air avec les produits d'exsudation (sérum transsudé à travers les parois des vaisseaux, produits de desquamation épithéliale ou d'hypersécrétion glandulaire). Ces râles sont à *grosses* ou à *petites bulles*, suivant le volume de la bronche où ils ont pris naissance, et ils sont disséminés des deux côtés du thorax, souvent avec un certain degré de prédominance au niveau des bases et en arrière. La sonorité de la poitrine et les vibrations thoraciques ne sont pas modifiées.