

de cette façon de nombreux succès. Mais entre les mains des praticiens la dilatation a rarement produit des effets bien utiles. L'introduction des instruments est difficile, pénible pour le malade; elle a provoqué souvent de la fièvre, de l'œdème du larynx, voire même une nouvelle péri-chondrite.

Heine, pour un cas d'extrême rétrécissement succédant à la péri-chondrite, a exécuté la résection partielle, sous-péri-chondrique, des cartilages du larynx (décembre 1874). Bruns a répété avec succès cette opération en 1880; il a extirpé la partie antérieure du thyroïde et du cricoïde sur une largeur de 1 centimètre 1/2. Le larynx transformé en gouttière a subi facilement la dilatation, mais le malade a dû être pourvu, comme l'avait été celui de Heine, d'un larynx artificiel.

3° Tumeurs du larynx.

Si l'on met à part les échondroses développées à la face interne des cartilages, tumeurs dont on compte à peine trois ou quatre exemples certains, les néoplasmes laryngiens peuvent être divisés en deux grandes classes :

- a. Les tumeurs bénignes, ou polypes.
- b. Les tumeurs malignes, ou cancers.

Les tumeurs bénignes sont loin d'être toutes franchement pédiculées. Quelques-unes ont une base absolument large et méritent le nom de sessiles. Mais toutes font une saillie limitée, plus ou moins considérable, dans la cavité laryngienne. De là le terme de polype, passablement impropre, il est vrai, mais consacré par l'usage.

Parmi les tumeurs malignes, nous mentionnerons l'épithélioma, le carcinome, le sarcome, le lympho-sarcome.

§ 1. — Tumeurs bénignes, polypes du larynx.

Cette affection n'a commencé à être connue qu'au milieu du siècle dernier. Koderik, vers 1750, aurait opéré par la bouche un polype implanté sur le larynx. Lieutaud, dans son *Historia anatomica medica*, 1767, rapportait deux cas dans lesquels une mort inattendue fut expliquée par la présence de tumeurs semblables, découvertes à l'autopsie. Après ces deux auteurs, des observations isolées paraissent de temps en temps; mais la première monographie importante, celle

d'Ehrmann, n'est publiée qu'en 1850 à Strasbourg. Middeldorpf à Breslau, en 1854, en écrit une seconde qui porte sur 64 cas. Le nombre des faits connus était arrivé à 80 (Ziemssen) lorsque l'invention du laryngoscope vint faciliter singulièrement l'étude de ces polypes. Une trentaine d'années à peine s'est écoulée depuis lors, et c'est maintenant par centaines ou par milliers que les faits se comptent. Fauvel en avait à lui seul observé 500 et opéré 220 en 1875.

Étiologie. — Causit, dans sa thèse inaugurale, en 1867, a démontré que les polypes du larynx n'étaient pas rares dans la première enfance, et que même ils pouvaient être congénitaux. Depuis lors de nombreux observateurs ont fourni beaucoup de faits nouveaux. Dans la seconde enfance, les polypes sont déjà moins communs. C'est à la période moyenne de la vie qu'on les rencontre le plus souvent. Sur 100 malades traités par Morell-Mackenzie, 72 avaient de vingt à cinquante ans. Sur les 500 malades de Fauvel, 257 avaient de vingt à soixante ans; 111 étaient compris entre trente et quarante ans.

Le sexe masculin est affecté dans une proportion d'environ trois contre un pour le sexe féminin.

Toutes les causes d'irritation fréquente de la muqueuse laryngée, tout ce qui peut engendrer la laryngite chronique, semble propre à favoriser le développement des polypes. L'usage abusif de la voix dans le chant, dans la lecture à haute voix, dans le commandement militaire, joue ici un rôle important. On a incriminé aussi les corps étrangers, les gaz et les poussières irritantes, l'abus du tabac, les maladies aiguës antérieures et surtout les fièvres éruptives, qui ont toutes leurs déterminations laryngées. La syphilis et la tuberculose donnent naissance à des végétations au niveau des parties ulcérées, et non à de véritables polypes.

Anatomie pathologique. — La plupart des polypes du larynx sont des *papillomes*. Mackenzie en comptait 67 sur les 100 cas analysés par lui. Dans les tableaux de Fauvel, le papillome entre pour 206 sur 500 observations. Après lui, si l'on en croit encore Fauvel, le *myxome* se présenterait encore avec une certaine fréquence : 55 observations sur 500. Mais la plupart des auteurs sont d'un avis différent. Pour Ziemssen, le myxome est extrêmement rare, et Mackenzie dit n'en avoir rencontré qu'un seul cas. Le *fibrome*, qui se

rencontre ensuite, vient dans le tableau de Fauvel avec une fréquence de 14 sur 500, et représente au contraire 11 pour 100 des cas de Mackenzie. On trouve exceptionnellement des kystes, des angiomes, des lipomes. Quelquefois le sarcome au début ou l'épithélioma peuvent avoir l'apparence d'une tumeur bénigne et recevoir le traitement des véritables polypes.

Chacune de ces tumeurs possède des caractères anatomiques spéciaux.

Les *papillomes* se présentent sous la forme de petites tumeurs tantôt vilieuses, formant une sorte de corps chevelu, tantôt plus

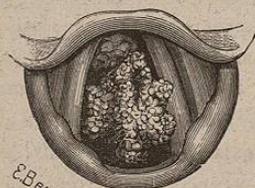


Fig. 22. — Papillome uniforme.

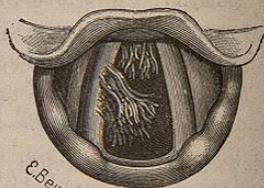


Fig. 23. — Papillome vilieux.

compactes, mamelonnées seulement à leur surface, assez semblables à une petite fraise ou à une mûre. Leur couleur est blanche ou rosée; ils siègent principalement sur les cordes vocales, et de préférence

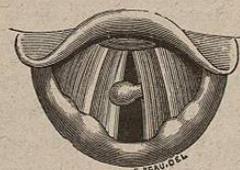


Fig. 24. — Fibrome pédiculé.

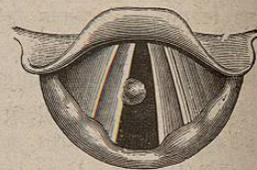


Fig. 25. — Fibrome sessile.

encore sur leur portion antérieure. On en trouve quelquefois à l'entrée des ventricules sur la fausse corde vocale, ou même dans le ventricule. Quelques-uns s'implantent sur l'épiglotte. Tantôt ils sont pédiculés, tantôt et le plus souvent ils sont sessiles. Il est commun d'en trouver plusieurs à la fois, dispersés au hasard dans le larynx ou symétriquement placés. Leur structure est bien celle du papillome ordinaire : de longues papilles formées de tissu fibreux, et nées de l'hypertrophie des papilles vasculaires normales de la muqueuse laryngienne, sont noyées dans de nombreuses couches épithéliales qui

forment au tissu central une gaine huit ou dix fois plus épaisse que le tissu lui-même. Mais les papilles normales ne se rencontrent qu'au niveau de la partie libre de la corde vocale inférieure, et l'on trouve pourtant des papillomes ailleurs. Il faut donc admettre que des productions d'apparence papillaires se forment spontanément partout à la surface du larynx.

Ces petits néoplasmes sont très vasculaires. Extirpés incomplètement, ils récidivent avec facilité et peuvent, mais rarement, se transformer en véritables épithéliomas.

Leur développement est généralement rapide.

Les *fibromes* sont constitués par de petites masses dures de tissu fibreux, revêtues d'un épithélium pavimenteux comme tous les polypes du larynx (Cornil). Ils sont généralement uniques et sessiles. Leur siège presque exclusif est la partie antérieure de la corde vocale inférieure. Blanchâtres, ils tranchent peu sur la coloration de la corde vocale. Leur volume, le plus souvent fort petit, dépasse rarement celui d'une noisette. On en a observé pourtant d'assez volumineux. Le fibrome se développe lentement, et ne récidive pas après l'opération.

Les *myxomes* ont ici la structure et l'aspect des polypes des fosses nasales; les *lipomes*, les *angiomes*, les *adénomes* (tumeurs fort rares), les *petits sarcomes* qui affectent au début l'apparence des polypes, ne présentent rien de spécial.

Les *kystes* sont d'origine glandulaire. On répète à tort qu'ils n'occupent presque jamais les cordes vocales. Moure, sur 117 cas relevés par lui (1884), a noté ce siège 45 fois. Ceux de l'épiglotte sont plus communs encore. Quelques-uns se forment dans le ventricule de Morgagni et viennent faire saillie entre la corde vocale inférieure et la bande ventriculaire. Leur aspect lisse, leur transparence, permettent de les reconnaître à première vue.

Symptômes. — a. *Symptômes fonctionnels.*

Les deux grandes fonctions auxquelles concourt le larynx sont la phonation et la respiration. Selon Fauvel, la première est toujours altérée; la seconde l'est rarement. Morell-Mackenzie a rencontré des troubles de la voix chez 92 malades sur 100 et de la dyspnée chez 50.

Troubles de la phonation. — La voix est altérée dans son intensité et dans son timbre, le plus souvent dans l'une et dans l'autre à la

fois. Le siège du polype exerce ici une influence bien évidente. S'il est implanté sur la corde vocale, et surtout s'il est près de son attache antérieure, il gêne au plus haut point son fonctionnement. Les cordes vocales séparées l'une de l'autre par l'interposition de ce corps étranger n'ont plus que des vibrations insuffisantes. La voix baisse, s'enroue, et peut finir par disparaître complètement. Quelquefois, après une période plus ou moins longue de dysphonie ou d'aphonie presque complète, la voix s'améliore au point que le malade peut se croire guéri. Ce phénomène tient à ce qu'un polype jusque-là sessile et interposé aux cordes vocales a pu se pédiculiser et se loger au-dessous de la fente glottique. On note aussi des pertes intermittentes de la voix. Elles tiennent souvent à ce qu'un petit polype se trouve à de certains moments saisi entre les cordes vocales et à de certains autres libre au-dessus ou au-dessous d'elles. La simple congestion du polype et de la muqueuse laryngienne, l'œdème de la glotte, prennent aussi part à la production de ces intermittences.

Les polypes qui s'implantent en dehors des cordes vocales causent presque toujours un certain degré d'enrouement; ils arrivent bien rarement à produire une véritable aphonie.

Troubles de la respiration. — Un grand nombre de petits polypes ne gênent en aucune façon la respiration. Même des polypes volumineux n'occasionneront aucun trouble, s'ils siègent au niveau des bandes ventriculaires, de l'épiglotte, des cartilages ary-ténoïdes.

Les troubles respiratoires sont ordinairement d'ordre mécanique. Le polype joue le rôle d'un bouchon, qui dans l'inspiration s'applique sur la glotte et l'obture plus ou moins complètement. On comprend que l'implantation sur la partie antérieure des cordes vocales favorise le mieux ces accidents. La dyspnée s'accroît progressivement à mesure que le polype grandit. Elle est permanente, mais sujette à des exacerbations subites. On voit, chez des malades qui portaient sans grands troubles de volumineux polypes, se produire tout d'un coup, sous l'influence d'un mouvement brusque, d'un effort, d'un cri, un accès de suffocation au milieu duquel la mort arrive assez souvent. Le spasme du larynx ajoute dans ce cas son action à l'action toute mécanique du polype. Lorsque la dyspnée est assez marquée, la respiration est rude, sifflante, quelquefois accompagnée de cornage et d'un bruit de drapeau ou de soupape.

La toux n'est pas fréquente chez les malades affectés de polype. Pour Fauvel, on ne la trouve qu'à l'état d'exception. Lorsqu'elle existe, elle est habituellement sèche, cassée, presque aphone. Chez les enfants, où sa fréquence paraît plus grande que chez les adultes, elle revêt souvent le caractère croupal.

L'expectoration, généralement insignifiante, prend quelquefois, au point de vue diagnostique surtout, une extrême importance. C'est lorsqu'elle contient des débris de polypes. On comprend tout ce que valait ce symptôme avant l'invention du laryngoscope. Il détermina Ehrmann à pratiquer la belle opération qui devint le point de départ de son célèbre travail. Aujourd'hui l'exploration laryngoscopique rend pour ainsi dire inutile l'examen des crachats.

On peut ajouter à ces symptômes : une *douleur* médiocre au niveau du larynx, un sentiment de pesanteur vers la poignée du sternum et une *gêne légère de la déglutition*, surtout de la déglutition des liquides. Ce phénomène est le plus souvent lié à la dyspnée, le malade toujours anhelant ayant de la peine à interrompre la respiration pendant le temps nécessaire à une bonne déglutition. Il peut tenir pourtant, dans des cas exceptionnels, au volume extrême d'un polype implanté sur les parties supérieures du larynx.

b. *Signes physiques.* — Ni la *percussion du larynx*, qui dans quelques cas aurait permis de trouver un son plus mat que le son normal, ni son *auscultation*, qui fournit des bruits de souffle râpeux, des sifflements, des ronchus, des bruits de soupape, de drapeau ou d'explosion, ne peuvent être considérées comme des méthodes d'exploration utiles.

L'*examen à l'œil nu* de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx, l'*exploration avec le doigt*, sont rarement possibles ou ne fournissent que des renseignements incertains si on les compare à ceux que donne le moyen d'exploration par excellence, c'est-à-dire l'*examen laryngoscopique*. A l'aide de cette dernière méthode, on reconnaîtra sans difficulté l'existence du polype, on arrivera à déterminer ses principaux caractères et son point d'implantation.

Diagnostic. — Supposons l'examen laryngoscopique impossible, ce qui peut se rencontrer chez les enfants indociles, ou chez les adultes observés en plein accès de dyspnée.

Le diagnostic dans ce cas ne se fait guère que par exclusion. Les phénomènes présentés par le malade ayant permis d'établir que

l'affection siège dans le larynx, on peut penser à un *corps étranger*, au *croup*, à la *laryngite striduleuse*, à l'*œdème de la glotte*, s'il s'agit surtout d'un enfant. L'étude attentive des commémoratifs, la marche de la maladie, éclairent suffisamment l'observateur pour le conduire à un diagnostic au moins probable. On ne doit pas oublier surtout que le polype, avant de produire des troubles respiratoires marqués, se signale par une longue période de dysphonie ou même d'aphonie complète.

Le diagnostic ne devient certain, hormis le cas d'expectoration caractéristique, que par l'emploi du laryngoscope. Il doit répondre aux points suivants (Fauvel) :

1° Y a-t-il un polype ?

2° Quels sont le siège et le point d'implantation de ce polype ?

3° Quelle est sa nature ?

4° Comment distinguer le polype des affections qui peuvent le simuler ?

Reconnaître une tumeur polypeuse, trouver son point d'implantation, est une affaire de technique laryngoscopique. On peut rencontrer des difficultés ; mais par un examen patient, en variant les conditions d'éclairage, en changeant le miroir de place, en provoquant les mouvements des cordes vocales, on arrive le plus souvent au but. On échoue pourtant quelquefois lorsqu'il s'agit de découvrir des polypes de très petit volume, et très rapprochés de l'insertion antérieure des cordes vocales. Ils restent, chez certains malades, cachés derrière l'épiglotte. Le point d'implantation des gros polypes se dérobe, d'autre part, sous la masse de la production même.

Les caractères des différentes tumeurs polypeuses sont assez tranchés pour qu'on puisse en général les distinguer les unes des autres. Le papillome a sa couleur rose ou blanc rosé, l'irrégularité de sa surface, sa multiplicité. Le fibrome, ordinairement unique, se distingue par sa forme ronde ou ovale, sa surface lisse ou largement ondulée, sa couleur pâle ; il est fréquemment pédiculé. Les myxomes et les kystes sont transparents ; mais les premiers sont frangés, irréguliers, insérés sur les cordes vocales, tandis que les seconds sont ronds ou ovoïdes et siègent souvent sur l'épiglotte, dans le ventricule de Morgagni, etc., etc. Le lipome, excessivement rare, se reconnaît à sa mollesse, que l'on pourrait constater au moyen d'une sonde

laryngienne. Les angiomes sont colorés en brun noirâtre et comparables à un grain de cassis.

Des *végétations syphilitiques* ou *tuberculeuses* pourraient être prises pour des polypes. Tout d'abord les commémoratifs mettent généralement sur la voie du diagnostic ; puis on sait que les végétations syphilitiques siègent indistinctement sur toutes les parties du larynx, aux cordes vocales moins souvent qu'ailleurs ; on sait aussi que des lésions laryngées de cet ordre s'accompagnent presque toujours d'ulcérations buccales et pharyngiennes. Quant aux végétations développées sur des ulcérations tuberculeuses, leur siège exclusif est à la partie supérieure des cordes vocales, près de l'insertion aryénoïdienne. Elles sont d'ailleurs grises, flétries, d'un aspect tout à fait spécial.

Les *productions malignes*, principalement l'épithélioma et le sarcome, seront à leur début confondues souvent avec le fibrome ou le papillome ; mais leur extension aux tissus voisins, ou leur tendance à l'ulcération, les feront bientôt reconnaître.

Marche et pronostic. — La marche des polypes du larynx est ordinairement lente. Certaines de ces tumeurs d'origine congénitale n'ont occasionné d'accidents qu'à une période avancée de la vie (Causit).

D'autres durent toute la vie sans entraîner d'autre désagrément qu'un enrouement continu. La plupart des fibromes se comportent de la sorte, et aussi beaucoup de papillomes. Ces derniers cependant s'accompagnent souvent, nous l'avons dit, d'une dyspnée qui s'accroît à mesure que la tumeur se développe et qui se complique tout d'un coup sous diverses influences d'accès de suffocation mortels. Les enfants supportent plus mal les polypes du larynx que les adultes, à cause de l'étroitesse relative de leur glotte. Dans le cas de polypes congénitaux, la mort s'est quelquefois produite pendant l'accouchement ou peu de temps après.

La guérison spontanée par l'expulsion naturelle de la tumeur dans un effort de toux est une terminaison absolument rare et extraordinaire.

Le pronostic s'est beaucoup amélioré depuis que l'emploi du laryngoscope a permis d'attaquer les polypes par les voies naturelles. Cependant on est encore obligé, pour les tumeurs volumineuses et menaçantes, de revenir à des opérations sérieuses, telles que la trachéotomie et la laryngotomie.

Quelle que soit la méthode employée, les récives sont très fréquentes, lorsqu'il s'agit des tumeurs les plus communes, c'est-à-dire des papillomes. On ne triomphe de l'affection qu'après un traitement plusieurs fois renouvelé, par conséquent prolongé et pénible. La transformation du papillome en épithélioma est assez rare pour qu'on ne la considère pas comme une circonstance de nature à assombrir beaucoup le pronostic.

Traitement. — Un certain nombre de petits polypes, papillomes ou fibromes, surtout fibromes, ne réclameraient aucun traitement, s'ils n'entretenaient pas un état d'enrouement gênant pour le malade. A raison de cette incommodité et de l'innocuité du traitement dans le cas de petits polypes, l'abstention ne sera jamais conseillée.

Le traitement est essentiellement curatif. Si l'on est quelquefois obligé de pratiquer la trachéotomie pour parer momentanément à un danger menaçant de suffocation, on en vient toujours un peu plus tard à s'attaquer directement au polype.

Deux grandes méthodes de traitement sont actuellement à notre disposition : la destruction par les voies naturelles, et l'extraction par des voies artificielles créées par le chirurgien.

1° *Destruction par les voies naturelles.* — On a pu, sans se servir du laryngoscope, au moyen d'instruments introduits dans la bouche et guidés par un doigt porté sur l'orifice du larynx, extraire quelques tumeurs de l'épiglotte ou des parties avoisinantes. Les cas de ce genre se comptent et peuvent passer pour des exceptions heureuses.

Le larynx n'est devenu réellement accessible aux instruments qu'après l'invention du laryngoscope, et l'on peut dire, avec Morell-Mackenzie, que le grand triomphe du miroir laryngien est précisément d'avoir permis cette introduction. Les polypes sont détruits par les voies naturelles, tantôt par des moyens mécaniques, tantôt par la cautérisation.

Les *moyens mécaniques* comprennent : l'arrachement au moyen des pinces laryngiennes, l'écrasement, qui se combine souvent avec l'arrachement ; la section, pour laquelle on emploie des instruments divers : couteaux, guillotines, serre-nœuds, etc. ; le ramonage du larynx avec une éponge portée sur une tige coudée.

Les *cautérisations destructives* se font au moyen de solutions

portées sur un pinceau ou une éponge : nitrate d'argent, acides chromique, acétique, chlorhydrique, perchlorure de fer, etc., ou avec un caustique solide contenu dans un porte-caustique spécial. De petits instruments galvano-caustiques, anses et couteaux, conduisent au même but.

La plupart des polypes du larynx sont actuellement détruits par l'un des procédés que nous venons d'indiquer. Les moyens méca-

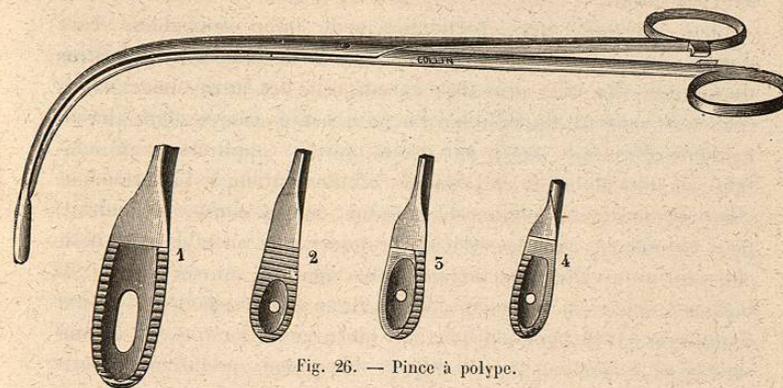


Fig. 26. — Pince à polype.

niques en particulier ont la faveur des opérateurs. Ils ont peu à peu supplanté les cautérisations, qui, plus faciles à appliquer, avaient été mises tout d'abord en usage. Les cautérisations ne sont guère employées que pour des tumeurs de petit volume et sessiles, ou pour terminer une opération commencée autrement. C'est ainsi qu'après avoir érasé des kystes, on les cautérise pour éviter leur reproduction.

On reproche aux cautérisations d'agir un peu aveuglément, de déterminer le spasme de la glotte, et d'amener souvent des inflammations violentes de la muqueuse laryngienne. Le traitement mécanique n'est pas passible des mêmes reproches. Les instruments n'agissent que sur les seules parties malades, et les plaies qu'ils produisent ne s'accompagnent d'aucune réaction. Suivant les cas, on ouvre un kyste par incision, on arrache un fibrome ou un papillome, etc. Ce dernier mode d'action est de beaucoup le plus employé et le plus sûr.

La méthode de destruction par les voie naturelles rencontre

c'est-à-dire développé à distance pendant l'évolution d'un cancer primitif.

On n'en compte presque aucun cas avant trente ans. Le maximum de fréquence est nettement de quarante à soixante ans, comme pour tous les cancers.

Le sexe masculin y est 5 à 6 fois plus sujet que le sexe féminin.

Dire avec Blanc que l'hérédité ne joue aucun rôle est aller trop loin. Son influence est moins active que dans la plupart des autres cancers; on connaît pourtant un certain nombre de faits où elle est certaine. On a invoqué quelques causes occasionnelles dont la plus nette est une fracture du cartilage thyroïde produite plusieurs mois auparavant par des violences exercées sur le cou (Demarquay).

Anatomie pathologique. — Le cancer est le plus souvent unilatéral : il siège presque toujours dans la moitié supérieure de la cavité du larynx. Il paraît occuper le plus souvent la bande ventriculaire (28 fois sur 55, Morell-Mackenzie, — 16 fois sur 37, Fauvel); mais, pendant la vie, le point précis d'implantation n'est pas facile à établir, ce qui explique comment Ziemssen croit au contraire que la tumeur débute le plus souvent par les cordes vocales ou par le ventricule de Morgagni. La bande ventriculaire ne serait pour lui envahie que secondairement.

Après la bande ventriculaire et les cordes vocales, l'épiglotte et les replis glosso-épiglottiques sont le plus fréquemment atteints.

Au début, l'épithélioma et le carcinome du larynx se présentent quelquefois sous la forme d'une petite masse limitée, qui éveille l'idée d'une tumeur bénigne; parmi les *polypes* enlevés par divers opérateurs, on a reconnu, à l'examen histologique, un certain nombre de productions malignes. Mais de bonne heure le cancer du larynx manifeste sa tendance à l'extension vers les parties avoisinantes et à l'ulcération. L'épithélioma prend alors, ici comme partout ailleurs, des apparences diverses. Tantôt c'est un ulcère à bords calleux, à surface légèrement fongueuse, tantôt c'est au contraire une masse bourgeonnante formée de végétations touffues qui arrivent à obturer complètement la cavité du larynx. Le squirrhe, tout envahissant qu'il est, conserve davantage un aspect compact. L'encéphaloïde est fongueux et végétant comme l'épithélioma.

Autour de la masse morbide la muqueuse du larynx s'enflamme.

Les parties sous-jacentes sont envahies à leur tour. Le tissu cellulaire sous-muqueux s'infiltré; les cartilages subissent des troubles de nutrition qui aboutissent à des ossifications partielles ou à l'infiltration calcaire. Dans le fibro-cartilage de l'épiglotte des chondroplastes disparaissent après avoir proliféré et le tissu normal fait place à un tissu fibroïde que l'ulcération entame facilement. Enfin souvent la charpente cartilagineuse, mise à nu par la disparition du périchondre, se nécrose. Morell-Mackenzie a constaté cette lésion 10 fois dans 52 autopsies; il la croit encore plus commune que ces chiffres ne le feraient penser.

Les ganglions lymphatiques sont envahis tardivement dans la plupart des cas, quelquefois dix et douze mois après le début de la maladie. C'est là un fait frappant

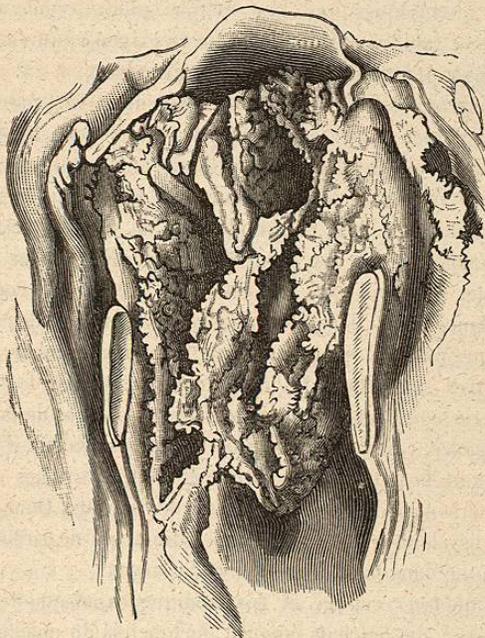


Fig. 27. — Cancer du larynx (M. Mackenzie).

et tout à fait propre au cancer du larynx. Krishaber affirmait même que l'adénite manquait tant que la lésion restait limitée à l'organe sans empiéter sur le pharynx. Il n'en est malheureusement rien. La propagation aux ganglions est tardive, mais elle est constante, quelle que soit la limitation de la tumeur, pourvu que la maladie dure assez longtemps. Les ganglions malades occupent la partie moyenne de la région sterno-mastoiïdienne, quelquefois les régions sous-maxillaire ou sus-claviculaire.

La tumeur peut franchir les limites du larynx et s'étendre aux

parties voisines : pharynx, œsophage, corps thyroïde, etc. Il est rare qu'elle prenne un grand développement.

Schwartz (th. d'ag., 1886) n'a pu relever que cinq cas dans lesquels un cancer se soit développé secondairement dans d'autres parties du corps après avoir débuté dans le larynx.

Les cancers développés dans la cavité même du larynx, cavitaires ou intrinsèques, ont une marche moins rapide et se généralisent moins rapidement que les cancers extrinsèques ou marginaux.

Symptômes, marche, terminaison. — a. *Symptômes fonctionnels.* — Un *enrouement* constant et très précoce est le premier symptôme; il précède tous les autres, dans bien des cas, de plusieurs mois et même de plusieurs années. Il est rare que la voix se perde aussi complètement que dans la phthisie laryngée. La *douleur* du côté du larynx et du pharynx ne manque presque jamais. Elle s'exaspère dans les mouvements de déglutition et s'accompagne, toutes les fois que le processus ulcérateur a commencé (Fauvel), d'élançements dans une oreille ou dans les deux. Le pneumogastrique possède, comme on sait, un nerf auriculaire, auquel sont rapportées sans doute les excitations reçues par le larynx supérieur.

Les *troubles respiratoires*, caractéristiques de la sténose du larynx (dyspnée, cornage), augmentent progressivement, d'une façon variable suivant la nature et la forme de la tumeur. Les épithéliomas végétants sont à ce point de vue les plus sérieux. Quand l'affection a pris un développement considérable, des accès de suffocation surviennent comme dans toute obstruction du larynx.

Une *toux rauque* et spasmodique expulse souvent des débris de tumeur, des crachats sanieux, quelquefois du pus en quantité notable. Ce dernier caractère apparaît surtout lorsqu'une périchondrite est venue compliquer le cancer. Le cartilage baigne alors dans un véritable abcès dont le pus se vide et se reforme continuellement. On voit aussi des hémoptysies, peu abondantes généralement et qui tiennent à des déchirures produites au sein de la tumeur.

L'*haleine* prend une odeur fétide dès que le néoplasme s'ulcère.

La *déglutition* est plus ou moins gênée suivant le siège élevé ou profond du cancer. Lorsque le mal est avancé et que les parties supérieures du larynx sont envahies, elle peut devenir absolument impossible, le moindre essai déterminant des crises de douleur d'une extrême violence et des accès de suffocation. Les malades, s'ils ne

sont pas secourus, peuvent, dans ces conditions, mourir d'inanition.

b. *Signes physiques.* — La *palpation du larynx et des parties avoisinantes* fait constater une sorte d'hypertrophie en masse de l'organe et le développement de l'adénite symptomatique. L'*auscultation* ne fournit que des renseignements banals. L'*inspection* peut se faire à l'œil nu, ou au moyen du laryngoscope. À l'œil nu on aperçoit quelquefois des cancers de l'épiglotte ou de l'ouverture supérieure du pharynx. Le doigt peut sentir ces productions et en apprécier la dureté, les inégalités, etc. Mais la véritable exploration se fait au moyen du laryngoscope. Par cet instrument seul on apprécie le volume, la forme, la couleur, on reconnaît le siège de la plupart des tumeurs du larynx. Il n'y a pas du reste à compter sur un aspect constant, sur une image type du cancer laryngien. Tantôt on trouve des nodosités peu saillantes, tantôt des ulcérations, tantôt des fongosités en forme de chou-fleur qui peuvent obstruer tout le canal laryngien. Il faut interpréter ces images pour arriver au diagnostic.

La *durée* de l'affection est plus longue qu'on ne le supposerait *a priori*. Elle est, en moyenne, de dix-huit mois pour l'épithélioma, de trois ans pour l'encéphaloïde. On a cité des cas dans lesquels elle aurait été plus longue encore : quatre, six, dix et même quinze ans; mais on doit se demander s'il s'agissait bien là d'une tumeur maligne, au moins au début (Mackenzie). La *terminaison* constante est la mort. Elle se produit tantôt par *asphyxie* (obstruction par le cancer, œdème glottique), tantôt par épuisement. Nous apprécierons, en parlant du traitement, l'influence des opérations curatives ou palliatives qui sont pratiquées ici.

Diagnostic. — Lorsqu'on voit survenir, après une période d'enrouement plus ou moins longue, chez un sujet qui a dépassé quarante-cinq à cinquante ans, des douleurs du côté du larynx et de l'oreille, des troubles respiratoires consistant en dyspnée, cornage, accès de suffocation, de la dysphagie, une haleine fétide, il est difficile de ne pas penser à un cancer du larynx. À ce moment, le diagnostic est aisément confirmé par le laryngoscope.

Lorsqu'on examine le malade à une époque voisine du début, la plupart de ces signes manquent et l'image laryngoscopique seule fournit des renseignements qu'il faut interpréter.

La tumeur n'est-elle pas encore végétante, elle se différencie aisé-

ment du fibrome par son siège, qui est presque toujours sur la bande ventriculaire, par sa diffusion, par sa couleur sale, par la rougeur inflammatoire des portions voisines de la muqueuse. Dans cet état, on pourrait penser à des gommés du larynx. Il faut tenir compte alors des antécédents, de l'âge du sujet, et essayer au besoin du traitement spécifique.

Un peu plus tard, lorsque la tumeur sera fongueuse, il faudra éliminer le papillome, qui est plus délicat, plus franchement papillaire que le cancer et les végétations syphilitiques. On pourrait, sur le simple examen, rester dans le doute. Mais bientôt l'envahissement rapide des parties avoisinantes, l'apparition de l'adénite, les troubles de l'état général, tirent l'observateur d'embarras. Au besoin, le traitement spécifique trancherait encore ici la question de syphilis.

2° Sarcomes.

Ils sont rares si on les compare aux épithéliomas ou aux carcinomes. Comme partout ailleurs, le sarcome se développe rapidement

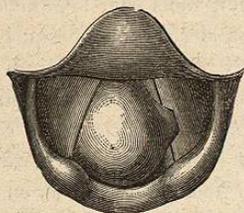


Fig. 28. — Sarcome du larynx.

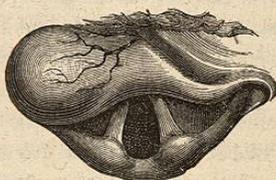


Fig. 29. — Sarcome fasciculé de l'épiglotte.

dans le larynx, et ne tend pas beaucoup à s'ulcérer. Son aspect n'a du reste rien de caractéristique, et la plupart du temps le diagnostic anatomique n'est fait qu'après l'examen microscopique.

3° Lympho-sarcomes.

Extrêmement rares. On en connaît deux ou trois observations. M. Mackenzie dit en avoir observé un, et Czerny, en 1878, en a opéré un autre qui fut remarquable par les récidives ganglionnaires successives auxquelles il donna lieu. Il finit par entraîner la mort au bout de quinze mois.

Traitement des tumeurs malignes du larynx.

On a pu enlever avec succès par les voies naturelles quelques épithéliomas et quelques petits sarcomes, encore à leur début, comme de simples polypes.

Dans d'autres cas, on a pratiqué la *thyrotomie*, et par ce moyen extirpé toutes les parties malades. Malheureusement cette opération entraîne la perte de la voix, et après elle la récidive est de règle à bref délai. Le beau succès de J. Bœckel, rapporté dans la thèse de Schwartz, doit être considéré comme tout à fait exceptionnel.

La *trachéotomie*, à titre purement palliatif pour prévenir l'asphyxie, donne peut-être une survie plus grande. Fauvel dit que, sur 6 malades atteints d'épithélioma et non trachéotomisés, la moyenne de la vie a été de un an et onze mois, tandis qu'elle a été de quatre ans chez 7 sujets trachéotomisés.

L'*extirpation totale du larynx*, pratiquée déjà en 1866 par Watson (d'Édimbourg), dans un cas de rétrécissement syphilitique, a été faite pour la première fois dans le cancer par Billroth en 1875; Albers (de Bonn) et plus tard Czerny, par une série d'expériences sur les animaux, en avaient démontré la possibilité. Elle a été répétée un grand nombre de fois depuis. Schwartz a pu dans sa thèse d'agrégation, en 1886, présenter un tableau de 95 observations auxquelles Hache, dans une revue plus récente (1887), a ajouté 10 cas nouveaux.

Cette opération est des plus graves. La mortalité opératoire peut être évaluée à 40 pour 100 environ. La récidive se produit chez les survivants, dans la moitié des cas, entre deux mois et un an après l'opération.

On a pu se demander si l'ablation du larynx prolongeait réellement la vie des opérés. Il paraît certain que la masse des malades est loin d'y gagner. Ceux qui succombent rapidement auraient probablement survécu plusieurs mois avec la simple trachéotomie. Il faut considérer pourtant que quelques opérés ont paru réellement guéris. On les a revus, après deux et trois ans, en bonne santé et travaillant. On comprend que les chances de guérison soient bien plus grandes pour les opérés de sarcomes que pour les carcinomateux.

D'après les relevés récents de Butlin, le siège du cancer aurait