

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 gommes 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

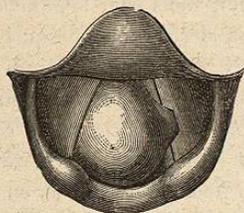


Fig. 28. — Sarcome du larynx.

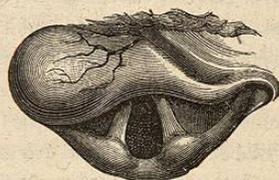


Fig. 29. — Sarcome fasciculé de l'épiglotte.

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

aussi une grande importance. Le cancer intrinsèque du larynx fournirait une proportion de guérison définitive de un sixième environ, proportion remarquable et véritablement très satisfaisante. Les cancers extrinsèques seraient infiniment plus graves.

L'ablation du larynx ne peut pas être décrite comme une opération régulière. L'extension du mal aux parties avoisinantes la complique parfois beaucoup. Lorsque la trachéotomie a été faite antérieurement, et il en est souvent ainsi, on n'a qu'à appliquer une canule-tampon pour empêcher le sang de pénétrer dans les voies aériennes, puis à détacher le larynx, en haut de l'os hyoïde, en bas de la trachée, en arrière du pharynx, comme on ferait d'une tumeur, après l'avoir mis à nu au moyen d'une incision médiane verticale, ou mieux d'une incision en T dont la branche horizontale se trouve placée au voisinage de l'os hyoïde. Si la trachéotomie n'a pas été faite, on découvre d'abord le larynx et la partie supérieure de la trachée, puis on coupe cette dernière en travers en ayant soin de ne pas léser l'œsophage, et l'on introduit dans son bout supérieur une canule-tampon ou une canule recourbée comme l'a fait Périer dans un fait très remarquable par la perfection de sa technique, et qu'il a publié en 1890. On coupe généralement les apophyses supérieures du cartilage thyroïde à leur base. La dénudation du larynx et son isolement du pharynx s'accompagnent d'un écoulement de sang très abondant. Beaucoup d'opérateurs conseillent ici l'emploi du thermo-cautère.

Après l'ablation du larynx, lorsque le pharynx n'a pas été trop touché, les opérés recouvrent parfois d'une façon parfaite le pouvoir de déglutir les aliments et les boissons. On a essayé de leur rendre au moins en partie la fonction vocale, en remplaçant le larynx par des instruments munis d'anches vibrantes qui, montés sur une canule placée dans la trachée, sont traversés à l'expiration par l'air venu du poumon. Le premier larynx artificiel a été construit par Gussenbauer en 1864. Son instrument a subi de nombreuses modifications.

L'*extirpation partielle du larynx* a été tentée plus récemment contre le cancer par Billroth (1878). Elle s'adresse aux cas où la tumeur paraît bien limitée à un côté de l'organe. Les résultats immédiats semblent un peu meilleurs que dans l'extirpation totale (mortalité opératoire 55 pour 100, Hache); les résultats fonctionnels surtout sont infiniment supérieurs; les opérés recouvrent presque tous une déglutition normale et arrivent à parler d'une façon satisfaisante.

4° *Trachéocèle.*

Ce nom désigne une affection encore assez mal connue, consistant dans la présence, à la partie antérieure du cou, d'une tumeur aérienne. Cette affection a été très complètement étudiée par L.-H. Petit (*Revue de Chirurgie*, 1889).

On a recueilli une vingtaine de faits de trachéocèle ou goitre aérien; mais les descriptions montrent que les observateurs ont eu sous les yeux des lésions très différentes les unes des autres. Il s'agissait quelquefois d'une ectasie totale du conduit aérien, affection fort rare et tout à fait spéciale, qui peut à peine être rapprochée des véritables trachéocèles. Celles-ci sont au contraire formées tantôt par une hernie de la muqueuse de la trachée ou du larynx, tantôt par une infiltration permanente de l'air dans le tissu cellulaire du médiastin et de la base du cou, à travers une rupture de la trachée. A la première espèce se rapporte un cas publié en 1861 par Hutchinson, dans lequel l'autopsie prouva qu'il s'agissait bien d'une hernie de la muqueuse à travers l'espace crico-thyroïdien, et divers autres faits de tumeurs rondes limitées, réductibles par la pression; que l'on a vues naître pour ainsi dire sur la trachée et se développer progressivement. Quelques-unes ont peut-être une origine congénitale (Gohl, Faucon); presque toutes sont liées à des efforts vocaux excessifs (aveugles qui chantent au haut des minarets, en Orient; sous-officiers instructeurs, Larrey), ou à la toux, ou aux cris poussés dans un accouchement laborieux, etc.

Les goîtres aériens par infiltration se feraient à la suite d'une rupture de la trachée, dans un effort, ou peut-être dans un traumatisme. Un malade que j'ai observé en 1884, à la consultation de L. Labbé à l'hôpital Beaujon, rapportait l'origine de sa tumeur à un accident de chemin de fer éprouvé quelques mois auparavant.

La tuméfaction du cou, les sensations fournies par la palpation, varient nécessairement avec les cas. Ici le gonflement est limité: les doigts apprécient les limites d'une véritable tumeur; là il s'agit d'une tuméfaction vague qui occupe par exemple toute la moitié antérieure et inférieure du cou. Le principal caractère de la trachéocèle consiste dans sa réductibilité facile et dans l'expansion qu'elle prend au moment d'une forte expiration. Les tumeurs produites par une rup-