

de la tumeur. Les bourgeons mûriformes du cancer, recouverts d'une sanie purulente, très fétide, saignent facilement. La douleur est de plus très vive. L'adénopathie est marquée. Enfin, en dernier ressort, on pratiquera l'examen histologique des fragments enlevés; on fera l'essai du traitement ioduré, en se rappelant toutefois qu'au début de cette médication le cancer peut paraître rétrocéder. On ne portera donc pas de diagnostic hâtif.

Les *ulcérations lupiques* sont d'un ton pâle; les cicatrices d'un blanc nacré peuvent être le siège de nouvelles poussées.

**Traitement.** — On doit instituer un traitement général et local.

Le *traitement général*, analogue à celui des autres localisations syphilitiques, est mercuriel et ioduré. Il ne faut pas oublier que dans certains cas l'iode peut augmenter la congestion de la muqueuse; mais, les accidents d'asphyxie écartés par la trachéotomie, son action est en général rapide sur les manifestations œdémateuses de la syphilis laryngée. Il restera donc le médicament de choix dans les formes tertiaires graves (2 à 6 grammes).

Le *traitement local*, à la période secondaire, consistera en pansements intra-laryngiens avec des solutions de chlorure de zinc (1/30), de nitrate d'argent (1/50 à 1/30), de glycérine iodée (teinture d'iode, 4 grammes; glycérine, 10 grammes). On interdira absolument au malade de fumer et de prendre de l'alcool. Les bains de vapeur seront un adjuvant utile dans l'érythème.

A la période des ulcérations, on fera faire des inhalations de sublimé (sublimé, 20 centigrammes; alcool rectifié, 50 grammes; eau distillée, 200 grammes. En inhaler deux à trois fois par jour de la dixième à la cinquième partie). On insufflera de la poudre d'iodoforme; on badigeonnera les parties ulcérées avec des solutions phéniquées (acide phénique, 10 à 20 centigrammes; glycérine, 10 grammes).

Contre les œdèmes, provoquant des accès de dyspnée, on fera des scarifications. L'asphyxie est-elle menaçante, on pratiquera la trachéotomie.

S'est-il développé des végétations, formé des adhérences, des ponts membraneux, on aura recours pour les détruire aux pinces coupantes, au galvanocautère. Quand la méthode endo-laryngée a échoué, la thyrotomie ne donne pas de meilleurs résultats. Existe-t-il de la sténose par suite du rétrécissement cicatriciel du calibre du larynx, la trachéotomie préalablement pratiquée, on fera la dilatation avec les tubes de Schrötter.

H. CUVILLIER.

## CANCER DU LARYNX

Le cancer du larynx est primitif ou secondaire, soit par métastase, soit par propagation d'un cancer d'un organe voisin (langue, pharynx, corps thyroïde).

**Étiologie.** — Cette affection, qui n'est guère connue et n'a pu être bien étudiée que depuis la découverte de la laryngoscopie, s'observe surtout à l'âge adulte. Son maximum de fréquence est entre quarante et soixante-dix ans (83 pour 100 des cas, Morell-Mackenzie). L'abus du tabac, de l'alcool, les fatigues vocales, le traumatisme, les maladies inflammatoires antérieures prédisposeraient à son développement.

L'influence du sexe paraît certaine, si l'on s'en rapporte à une statistique de 179 cas, sur lesquels on trouve 153 hommes et seulement 26 femmes. L'influence professionnelle n'a pas été signalée. On a voulu incriminer, sans preuves manifestes, l'action des diathèses (arthritisme, herpétisme). Par contre, l'hérédité est bien établie, comme pour les néoplasies des autres organes.

La transformation possible d'une tumeur bénigne du larynx en une tumeur maligne, qu'il y ait eu ou non intervention endo-laryngée, ne doit être admise que sous toutes réserves et dans des cas extrêmement rares. Parfois la tuberculose et le cancer coïncident.

**Anatomie pathologique.** — Le cancer du larynx, au sens clinique du mot, comprend, histologiquement parlant, toutes les formes de tumeurs malignes : épithéliome, carcinome, sarcome. C'est l'épithéliome que l'on observe le plus fréquemment.

Selon le siège, on distingue deux variétés : le cancer marginal ou extrinsèque et le cancer cavitaire ou intrinsèque. Le cancer *marginal* se localise primitivement sur les parties extérieures de l'organe (épiglotte, replis ary-épiglottiques, région aryténoïdienne au niveau de l'éperon pharyngo-laryngien), et de là peut s'étendre aux organes voisins (Isambert). Le cancer *cavitaire* est sus-glottique; il débute par la région des ventricules et des bandes ventriculaires. Très rarement on a observé des cancers primitivement intra- ou sous-glottiques. Le plus souvent unilatéral (deux fois sur trois, Schwartz), il siège de préférence à gauche.

Dans le processus envahissant de la néoplasie, toutes les parties

constitutives de l'organe sont successivement atteintes (muqueuse, muscles, cartilages). Les vaisseaux peuvent s'ulcérer (artère laryngienne supérieure, carotide primitive); les nerfs (récurrent, pneumogastrique, grand sympathique), être englobés dans la dégénérescence. La généralisation du cancer laryngien s'observe rarement.

L'épithélioma, le plus souvent cavitaire, est ordinairement pavimenteux lobulé; le carcinome, à localisation surtout marginale, se rattache à la forme encéphaloïde plus fréquemment qu'au squirrhe. Le sarcome, plus rare, appartient en général à la variété la plus bénigne (sarcome fasciculé). Comme l'épithélioma, il se développe de préférence dans l'intérieur de l'organe (21 sur 27 observations).

Enfin, il faut signaler les lésions de l'épithélium et du tissu conjonctif que Virchow a décrites sous le nom de « pachydermie du larynx » et qu'il déclare, au point de vue histologique, analogues aux verrues. Pour d'autres auteurs, ce ne serait là qu'une forme bénigne d'épithélioma.

**Symptomatologie.** — Le cancer laryngien débute insidieusement et envahit lentement l'organe.

Selon le siège du néoplasme, les symptômes du début sont variables. Le plus souvent (cancer intra-laryngien), les troubles de la phonation se manifestent d'abord. La voix se couvre insensiblement, s'altère de plus en plus et finit par prendre un timbre déchiré spécial, une raucité caractéristique (*voix de bois*). La toux, qui s'atténue à mesure que la tumeur se développe, est fréquente au début. Comme pour la voix, le timbre en est rauque. L'expectoration est spumeuse, peu abondante.

A cette période, la douleur, spontanée ou à la pression, n'existe pas : ce n'est qu'une simple sensation de picotement, provoquée par la toux et la parole. Les troubles respiratoires sont nuls. Mais, ainsi que la douleur, ils iront s'accroissant avec les progrès de la maladie.

S'agit-il d'un cancer marginal, la voix n'est pas atteinte et les premiers symptômes sont des troubles de la déglutition, marqués d'abord pour les solides, puis s'étendant aux liquides.

La dysphagie est, dans certaines formes, très prononcée; la douleur irradie à la face et aux oreilles. Dans les tumeurs intra-laryngiennes, sans être aussi précoce, elle peut aussi exister. Elle serait plus tardive quand le néoplasme siège à droite, en raison des rapports anatomiques du larynx et du tube digestif.

On a signalé dès cette période, et accompagnant la dysphagie, une salivation exagérée, par hypersécrétion véritable de la salive ou par gêne de la déglutition. L'adénopathie est, à cette époque, nulle ou très peu marquée. Les ganglions envahis sont situés sous le bord

antérieur du sterno-mastoïdien. Les ganglions inférieurs sont pris dans le cancer cavitaire, les ganglions supérieurs dans le cancer extrinsèque et le premier atteint se trouve situé au niveau de l'espace inter-hyo-thyroïdien.

Le toucher digital, enfin, ne sera de quelque utilité que dans le cas de cancer marginal (épiglote).

Pour arriver à un diagnostic précis, il faut de toute nécessité avoir recours au miroir laryngien. A l'examen laryngoscopique, on distinguera trois formes : polypoïde, infiltrée, nodulaire.

La forme polypoïde répond au cancer intrinsèque. Sur les bandes ventriculaires se sont développées de petites masses d'aspect papillomateux, isolées ou confluentes, tantôt insérées sur un point, d'autres fois multiples, entourées d'une muqueuse injectée, rouge foncé, épaissie. De cette forme relèvent les troubles vocaux et respiratoires précoces.

Au lieu de ces masses papillomateuses, on peut apercevoir dans le miroir, sur un point de la muqueuse, une tuméfaction lisse unilatérale, mal circonscrite, de coloration rouge intense, violacée ou bien mamelonnée et grisâtre (*forme infiltrée*).

Dans la troisième forme (*forme nodulaire*), la tumeur est unique, arrondie, nettement circonscrite, fortement colorée, à large base. Sa grosseur varie d'un pois à une noisette.

Le sarcome, enfin, est très variable d'aspect extérieur : la base en est large, la surface polie ou en verrue, parfois lobée. La coloration, d'habitude d'un rouge plus ou moins sombre, est parfois en partie jaunâtre. Malgré la netteté de ces symptômes, le diagnostic ne pourra s'affirmer qu'en suivant la marche de la tumeur ou avec l'examen histologique des fragments enlevés par la voie endo-laryngienne. Pendant toute cette période, qui dure de deux à quatre ans, l'état général, particularité intéressante de l'évolution du cancer laryngien et qui en explique la lenteur, reste ordinairement satisfaisant.

**Période d'état.** — A cette période, la tumeur s'étend rapidement et s'ulcère. Des accidents menaçants éclatent du côté de la respiration et de la déglutition; l'état général s'aggrave.

Le néoplasme gagnant et détruisant les cordes vocales, la voix s'éteint peu à peu. L'aphonie devient complète. La toux, au contraire, comme nous l'avons déjà signalé, se calme, soit qu'il y ait tolérance de l'organe, soit destruction des nerfs et suppression des phénomènes réflexes.

Au lieu de la salivation, simplement exagérée, de la première période, il se produit un écoulement continu de liquide sanieux, purulent, d'une extrême fétidité, et qui devient pour le malade un

des symptômes les plus pénibles. Dans certains cas, assez rares il est vrai, l'expectoration peut contenir des fragments de la tumeur.

Comme la salivation, l'haleine prend une odeur fétide, au point de gêner l'entourage.

Avec la période ulcéreuse, il faut redouter les hémorragies (Fauvel). Tantôt les crachats sont simplement rosés et sanguinolents; mais parfois aussi l'hémorragie est assez abondante pour inquiéter le malade et même le médecin; dans certains cas, elle peut occasionner une mort foudroyante. En tout cas, c'est un symptôme grave et d'une grande importance diagnostique et pronostique. On peut affirmer que toute néoplasie laryngienne avec hémorragie est de nature maligne.

A la gêne mécanique de la déglutition viennent s'ajouter des douleurs extrêmement vives. Ces douleurs peuvent être provoquées par la pression ou elles sont spontanées, lancinantes, siégeant soit dans la profondeur même de l'organe, soit dans le pharynx, et irradiant vers l'oreille.

Les troubles respiratoires, très marqués, sont un danger incessant pour la vie du malade. La péri-chondrite, les lésions articulaires, les proliférations de la tumeur, rétrécissant de plus en plus la glotte, déterminent une dyspnée qui, d'abord intermittente, ne tarde pas à s'établir d'une façon continue. La respiration acquiert une rudesse toute spéciale que l'on a très justement qualifiée de « ligneuse » (Fauvel). Les accès de suffocation se rapprochent, éclatent sous l'influence des causes les plus légères : la trachéotomie s'impose d'urgence.

Au palper, le larynx paraît hypertrophié dans sa masse. Le cartilage thyroïde, élargi et d'une dureté particulière, donne la sensation d'une carapace de crustacé (Isambert).

L'adénopathie, rare tant que le cancer restait limité à la cavité du larynx, devient la règle dès que le néoplasme a franchi les limites de l'organe vocal; l'engorgement ganglionnaire augmente rapidement; les parties voisines s'empâtent et forment autour du cou une véritable cuirasse. Si les ganglions péri-trachéaux se trouvent envahis, la compression des nerfs récurrents détermine une paralysie des cordes vocales.

Au laryngoscope, on voit ce larynx obstrué par une masse bourgeonnante, à surface ulcérée, sanieuse (forme polypoïde); ou bien l'ulcération, d'abord superficielle, gagne en profondeur. Le fond se recouvre d'une épaisse sécrétion muco-purulente, tandis que les bords bourgeonnants sont entourés d'une muqueuse infiltrée, très vascularisée, d'une coloration intense. Le cancer siége-t-il à l'épiglotte, le fibro-cartilage prend l'aspect d'un énorme champignon

bourgeonnant, recouvrant l'entrée du larynx et masquant la profondeur.

*Terminaison.* — La marche de la maladie s'accroît alors rapidement; la cachexie devient de plus en plus marquée; des fusées purulentes se produisent, amenant de vastes décollements, des fistules bourgeonnantes. Le néoplasme gagne la trachée, envahit la plaie de la canule, si la trachéotomie a été pratiquée, et le malade meurt, au milieu des plus vives souffrances, épuisé par les hémorragies et l'inanition ou emporté dans un accès de dyspnée.

*Diagnostic.* — *Période de début.* — Le diagnostic est très difficile à cette période. Il doit être fait : 1° avec les *tumeurs bénignes* (polypes): le siège et l'aspect différent (cordes vocales inférieures, autres localisations exceptionnelles, tumeurs gris rosé, ordinairement pédiculées); la muqueuse environnante est saine; — 2° avec les *laryngites chroniques* simples ou hypertrophiques (lésions diffuses, ordinairement des deux côtés, localisées aux cordes vocales et à la région aryténoïdienne, de coloration rouge; pas de douleur); — 3° avec la *phthisie polypiforme* (espace inter-aryténoïdien, cordes vocales inférieures). Il faut, en tout cas, tenir compte de l'âge, des antécédents, de l'état général du malade et faire l'*examen histologique* des fragments enlevés.

*Période d'état.* — Le diagnostic positif, symptomatique, se fait par la douleur, la salivation, les hémorragies, l'adénite, la cachexie. Le diagnostic différentiel laryngoscopique doit être fait avec : 1° les gommes syphilitiques (ulcérations à fond grisâtre, entourées d'un cercle rouge, à évolution très rapide depuis l'infiltration, souvent bilatérales; lésions simultanées du voile et du pharynx; essai du traitement ioduré); 2° les ulcérations tuberculeuses (pâleur du voile et du larynx, infiltration de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, des aryténoïdes, caractère des ulcérations, auscultation pulmonaire); 3° le lupus (ulcération granuleuse, rouge; pas de sécrétion, pas de douleur).

*Pronostic.* — Il est toujours fatal, qu'on ait recours ou non aux opérations, qui ne peuvent que prolonger la vie du malade. La récurrence est en effet la règle. Le carcinome aurait une marche plus rapide que l'épithélioma et que le sarcome.

*Traitement.* — Le traitement est médical ou chirurgical. Le traitement chirurgical (ablation endo-laryngienne, laryngotomie, extirpation partielle, extirpation totale) ne doit pas nous occuper ici.

Le traitement médical est purement palliatif. Contre les douleurs, on emploiera les préparations opiacées, les attouchements à la glycérine morphinée (1/15), à la glycérine cocaïnée (1/50-1/10), les pul-