

croisés. Les ganglions des parties latérales du cou sont généralement envahis par le néoplasme, ils forment du côté correspondant à la production une masse de volume variable. Le cancer du larynx est primitif ou consécutif, fréquemment alors il succède à une tumeur de même nature qui occupe les parties voisines, en particulier le pharynx.

Symptômes. — Les symptômes du cancer du larynx se divisent en trois classes :

1° *Signes fonctionnels.* — a. *Voix.* — Les troubles de la phonation constituent d'habitude la première manifestation du mal. Ils varient avec le développement du néoplasme et le siège qu'il occupe. Si la lésion a commencé par la corde vocale supérieure, la voix est d'abord légèrement voilée, puis elle devient enrôlée, rauque, et cette raucité augmente à mesure que le cancer en se développant vient presser sur les cordes vocales inférieures. Lorsque la période ulcéreuse est arrivée, le timbre de la voix s'altère de plus en plus, elle arrive enfin à s'éteindre complètement. Toutefois, comme le fait remarquer FAUVEL, le malade peut toujours, en faisant un effort, émettre des sons rauques, symptôme qui différencie cette affection de la tuberculose laryngée.

b. *Respiration.* — La gêne de la respiration est le plus souvent consécutive

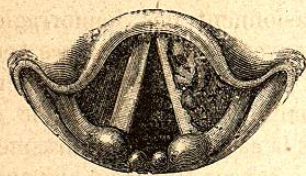


Fig. 194. — Épithélioma de la bande ventriculaire gauche.

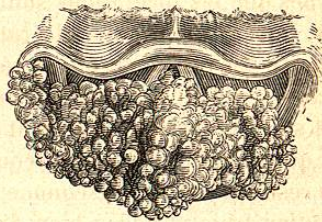


Fig. 195. — Épithélioma diffus.

aux affections de la voix. La respiration devient rude, rapeuse (cornage dur de Fauvel); puis plus tard, lorsqu'arrivera la période ulcéreuse, surtout lorsque se développera de l'œdème, on verra se produire des accès de suffocation qui pourront entraîner la mort.

c. *Déglutition.* — Les troubles de la déglutition sont constants dans le cancer primitif du larynx, mais ils surviennent toujours à une période avancée du mal. Il en serait tout autrement lorsque le cancer débute par les parties supérieures du pharynx, en particulier par l'épiglotte. Peu sensibles au début, ces troubles s'accroissent progressivement; pendant les derniers temps de son existence le malade refuse même les aliments liquides. Chaque mouvement de déglutition détermine en effet des crises douloureuses qui s'irradient du côté des oreilles, des articulations temporo-maxillaires, parfois dans toute la tête.

Symptômes laryngoscopiques. — Le cancer du larynx, quelle que soit sa nature, traduit tout d'abord sa présence par une simple hyperhémie, une congestion de la région qui va être envahie; plus tard se forme une tumeur limitée en un seul point (fig. 194) qui présente une surface rouge sombre; tout autour la muqueuse est injectée et offre un aspect vineux.

Après un certain temps cette masse finit par s'ulcérer et bourgeonne. Dès lors, la scène change suivant la nature du néoplasme. L'ulcération du cancer épithélial se recouvre de bourgeons charnus qui se détruisent, il reste une solution de continuité, sur les bords de laquelle se forment de nouveaux bourgeons charnus qui subissent ensuite le sort des premiers.

L'ulcération grandit donc peu à peu, cette variété de néoplasme peut envahir au loin, et constituer des tumeurs volumineuses (fig. 195 et 196). Il en est de même lorsqu'on est en présence d'un encéphaloïde; les bourgeons se développent très rapidement et la tumeur ne tarde pas à envahir les organes voisins.

A mesure que le mal fait des progrès, on voit se former sur les parties périphériques un œdème dur, luisant, rougeâtre, dont nous connaissons la gravité.

3° **Symptômes généraux.** — Dans le cours de la première période du cancer, le malade accuse quelques douleurs vives, lancinantes, semblables à celles que produirait une forte décharge électrique. Plus tard, lorsqu'arrive la période ulcéreuse, les souffrances affectent tantôt le type continu, tantôt un caractère intermittent, elles s'irradient dans les diverses parties de la tête. Presque toujours les malades se plaignent d'une salivation constante et fort désagréable; de plus, dès que les ulcérations sont formées, l'haleine devient fétide et nauséabonde. Les progrès de l'ulcération occasionnent des hémorragies peu abondantes il est vrai, mais qui se répètent souvent. Fatigué par ces pertes de sang successives, par la privation d'aliments, par la souffrance, le patient s'affaiblit, et s'il n'est pas brusquement étouffé par la tumeur elle-même ou par l'œdème qu'elle détermine, il succombe dans la cachexie et le marasme. Nous pouvons résumer cet exposé comme il suit. Le cancer du larynx présente dans son évolution trois périodes bien distinctes. — *Première période.* Période de début, caractérisée par des symptômes analogues à ceux de la laryngite catarrhale; la tumeur évolue lentement, il existe un seul symptôme fonctionnel, l'enrouement. — *Deuxième période.* Période de troubles mécaniques (KRISHABER). Les symptômes fonctionnels laryngoscopiques et généraux sont ici très marqués. Les troubles sérieux, peu compatibles avec une existence active, imposent le diagnostic à l'observateur. — *Troisième période.* Période de cachexie et de terminaison. Cette dernière phase de la maladie arrive après un temps variable; les causes de la mort sont multiples, elle se produit par syncope, par complication pulmonaire, par inanition, rarement par généralisation.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer laryngien est assez difficile pendant la première période du développement du mal, avant l'ulcération. Cependant l'aspect rouge foncé de la région, l'existence des douleurs lancinantes éveillent l'attention du chirurgien; il se rappellera de plus que le cancer débute fréquemment par la corde vocale supérieure ou les parties ventriculaires voisines, au contraire les polypes avec lesquels on pourrait confondre ce néoplasme apparaissent principalement sur les cordes vocales inférieures.

Parvenu à la période ulcéreuse, le cancer du larynx peut être pris pour une manifestation de la syphilis; nous avons déjà indiqué à propos des polypes les caractères spéciaux de ces lésions sur lesquelles nous reviendrons. De plus,

suivant les conseils de M. MACKENZIE, on ne devra jamais affirmer qu'un malade est atteint de cancer du larynx avant de l'avoir soumis à un traitement antisyphilitique.

Marche. Terminaison. Pronostic. — Quelle que soit sa nature, le cancer du larynx envahit rapidement non seulement cet organe, mais encore les régions voisines (fig. 196) et se termine toujours par la mort. L'encéphaloïde évolue d'ordinaire en trois ans; l'épithélioma, beaucoup plus rapide, détermine la

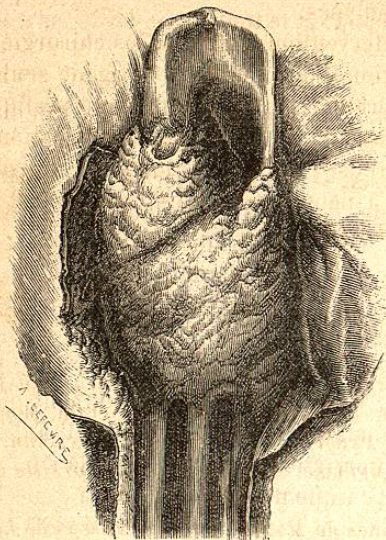


Fig. 196. — Épithélioma ulcéré du pharynx et du larynx. — Rétrécissement considérable de la glotte. Trachée en fourreau de sabre. — Propagation du néoplasme aux ganglions et au corps thyroïde.

mort après dix-huit mois ou deux ans. La trachéotomie prolonge habituellement la vie du malade de quelques mois (FAUVEL).

Traitement. — Le rôle du chirurgien se réduit, dans la majorité des cas, à calmer la douleur, à prévenir ou à combattre la suffocation par la trachéotomie. Toutefois si le mal était bien limité et le néoplasme accessible, il ne faudrait pas hésiter à l'enlever par les voies naturelles. Le galvano-cautère est un instrument précieux pour ces sortes d'opérations. DURHAM a conseillé et pratiqué le curage du larynx qui lui a donné un certain nombre de résultats encourageants. Enfin, dans ces dernières années, on a tenté la guérison radicale du mal par l'extirpation de l'organe.

Extirpation du larynx. — La première idée de cette opération appartient à deux chirurgiens français, KÆBERLÉ et BÆCKEL, qui n'eurent pas l'occasion de réaliser cette conception. En 1870, CZERNY enleva le larynx à cinq chiens, un de ces animaux survécut assez longtemps. Se basant sur ces expériences, BILLROTH le premier enleva le larynx d'un malade le 31 décembre 1873. Depuis lors HEINE, MAAS, SCHMIDT, BOTTINI, LANGENBECK, SCHAMBOIN, REYHER, FOULIS, CZERNY, etc., ont suivi son exemple, et nous trouvons soixante-dix opérations de ce genre relatées dans le travail de G. DÉZAS. Sur ces soixante-dix cas, on compte

quarante-huit décès, dix-neuf guérisons, trois résultats inconnus; plusieurs fois des récidives amenèrent après quelques mois la terminaison fatale. Cependant les opérés de BOTTINI, d'AZZIO CAZZELLI, WEGNER, THIERSCH, HAHN, KOCHER, etc., suivis pendant assez longtemps, ont pu être considérés comme guéris. Revus deux et trois ans après l'extirpation, ils se portaient bien et travaillaient; un autre traité par FOULIS mourut phthisique deux ans après l'intervention chirurgicale. L'opération a été pratiquée soixante fois pour des carcinomes, deux fois pour des sarcomes; dans les autres cas, il s'agissait de rétrécissements ou de polypes.

La gravité de cette intervention a conduit les chirurgiens, lorsque le mal est limité, à faire l'extirpation d'une moitié de l'organe seulement. Sur onze cas, dans lesquels cette opération partielle, aurait été pratiquée, la mort, d'après HAHN, ne serait survenue qu'une seule fois. L'extirpation unilatérale est donc beaucoup moins dangereuse que l'extirpation totale; de plus, après cette intervention la fonction est à peine altérée, les malades ont la voix enrouée mais parlent encore assez distinctement.

§ 6. — Syphilis du larynx et de la trachée

Bibliographie. — VERNEUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1859. — GERHARDT et ROTH, *Virchow's Archiv*, 1861. — GUINIER, *Bull. Ac. de méd.*, 1865, et CH. MORTON, *Brit. Med. Journ.*, mai 1874. — ISAMBERT, *Progrès méd.*, 1875. — POYET, *Ann. de dermat. et syphyl.*, 1875. — KRISHABER et MAURIAC, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1875-76-77-78-79.

Consulter en outre les traités de *Maladies vénériennes* et de *Laryngoscopie*.

Thèses de Paris. — 1827, DARDARE. — 1829, BOË. — 1830, ASSELIN, WELTÉ. — 1854, MARTELLIÈRE. — 1864, DANCE. — 1872, FERRAS. — 1875, MASSON. — 1877, POYET. — 1879, MOURE.

Les manifestations syphilitiques, rares du côté de la trachée, sont au contraire fréquentes du côté du larynx; nous parlons, on le comprend, des accidents secondaires, tertiaires ou héréditaires, car le chancre, jusqu'à ce jour, n'a jamais été observé au delà du pharynx.

Fréquence. — Les manifestations tertiaires de la syphilis du larynx sont, d'après les auteurs, plus communes que les accidents secondaires. La proportion serait de dix-huit à onze d'après M. MACKENZIE. Les accidents secondaires les plus fréquents sont: l'érythème, les plaques muqueuses et les ulcérations. Sur cent dix-huit malades porteurs d'accidents secondaires laryngiens, M. MACKENZIE trouve cinquante et un cas d'érythème, quarante-quatre de plaques muqueuses, vingt-trois d'ulcération. Quarante-quatre syphilitiques atteints de lésions secondaires, examinés par LIBERMANN, fournissent vingt-cinq observations d'érythème, dix-neuf de plaques muqueuses. Les chiffres précédents se rapportent au larynx, on n'a jamais rencontré d'accidents secondaires dans la trachée. Sur onze cent quarante-cinq malades atteints d'accidents spécifiques du larynx et de la trachée, M. MACKENZIE n'a rencontré que trois cas d'accidents trachéaux, tous à la période tertiaire.

Étiologie. — Parmi les causes prédisposantes, le froid, l'abus du tabac, des boissons alcooliques, l'usage forcé de la voix ou de la parole ont une influence incontestable. Quelques-uns de ces motifs nous expliquent la fréquence plus grande de ces lésions chez l'homme que chez la femme.

1° **Accidents secondaires.** a. *Érythème.* — La muqueuse laryngée présente une rougeur uniforme tirant sur le vermillon (POYER). L'épiglotte est généralement atteinte tout d'abord, puis les cordes vocales; le gonflement est peu considérable, aussi les troubles fonctionnels sont-ils d'ordinaire peu marqués, tout se borne à de l'enrouement.

b. *Plaques muqueuses.* — Les plaques muqueuses peuvent occuper les différents points du larynx; sur cinquante-neuf faits de laryngite spécifique observés par GOUGENHEIN, il y avait trente et un cas de plaques muqueuses se répartissant comme il suit : épiglotte vingt trois fois, cordes vocales inférieures six fois, replis glosso-épiglottiques et région aryénoïdienne une fois chacun. Ces plaques, dit MOREL-MACKENZIE, se montrent en général sous la forme d'une saillie lisse et jaunâtre, quelquefois arrondie, mais plus souvent ovale, variant dans son diamètre de 3 à 7 millimètres, et atteignant un centimètre dans quelques cas rares. Les bords sont d'un rouge vif tranchant sur les parties environnantes légèrement œdématisées. La phonation est toujours altérée lorsque la lésion porte sur les cordes inférieures; lorsque l'ulcération occupe les cordes vocales supérieures ou les replis, il y a d'ordinaire un peu de raucité due à l'œdème concomitant. La congestion détermine des accès de toux assez fréquents, la dyspnée est rare; la dysphagie, signalée par quelques auteurs, serait exceptionnelle.

L'altération résultant de la plaque muqueuse est très superficielle, le derme

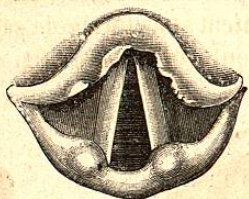


Fig. 197. — Gonflement et ulcération de l'épiglotte.

en effet est à peine atteint; après guérison il reste une cicatrice fine, rayonnée, opalescente, qui gêne peu les fonctions de l'organe.

2° **Accidents tertiaires.** — Ils consistent en ulcérations, gommés et rétrécissements. Relativement à la fréquence de ces lésions, cent quatre-vingts cas de syphilis tertiaires observés par MOREL-MACKENZIE donnent : ulcérations, cent cinquante-cinq; gommés, cinq; rétrécissements, vingt-sept.

a. *Ulcérations.* — Les ulcérations se produisent à une période avancée de la syphilis; elles sont toujours précédées d'un gonflement considérable des parties et succèdent quelquefois à une gomme. Leur siège de prédilection est l'épiglotte, principalement la face dorsale de cet organe (fig. 197). Elles constituent des solutions de continuité à bords irréguliers, déchiquetés, taillés à

pic, qui ont une tendance manifeste à gagner les parties voisines et à creuser les tissus. Le processus destructeur atteint parfois les cartilages. La voix est toujours gravement altérée, la déglutition souvent très douloureuse. Cette première variété (syphilide ulcéreuse profonde de FOURNIER) présente un pronostic très grave. Il n'est pas rare de voir l'épiglotte profondément modifiée dans sa forme (fig. 198), parfois même entièrement détruite (fig. 199). La cicatrisation qui se fait par bourgeons charnus détermine une rétraction cicatricielle des tissus, capable de produire dans le larynx et la trachée des rétrécis-

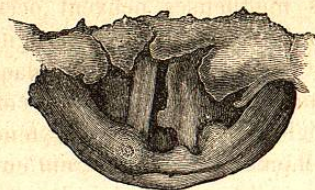


Fig. 198. — Ulcération destructive de l'épiglotte : hypertrophie irrégulière de la bande ventriculaire gauche et du repli ary-épiglottique.

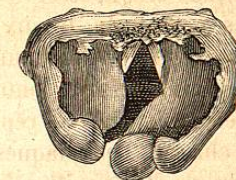


Fig. 199. — Ancienne ulcération aujourd'hui cicatrisée ayant détruit toute l'épiglotte.

ssements puis des déformations considérables qui conduisent presque fatalement à l'asphyxie.

Il existe une deuxième variété d'ulcération, dite superficielle, qui se rapproche de la plaque muqueuse.

b. *Gommés.* — Les gommés, peu fréquentes, siègent de préférence dans la portion sus-glottique du larynx, sur la surface antérieure de la paroi postérieure de l'organe. Elles se présentent sous forme de saillies arrondies parfois jaunâtres, disposées généralement en groupes (fig. 200 et 201). Leur évolution

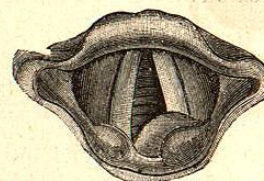


Fig. 200. — Gommés.

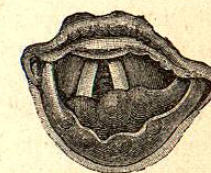


Fig. 201. Gommés.

n'offre ici rien de caractéristique; elles occasionnent toujours des phénomènes graves, et NORTON a vu une gomme de la grosseur d'un œuf de pigeon située sur le repli ary-épiglottique droit déterminer des accidents de suffocation.

Diagnostic. — Les plaques muqueuses et ulcérations syphilitiques peuvent être confondues avec les érosions et ulcérations tuberculeuses. Le tableau ci-contre, emprunté à la thèse de MOURE, résume assez bien les caractères des deux variétés de lésions. Avant toute exploration, on doit interroger le malade et étudier ses antécédents.

Plaques muqueuses. — Aspect grisâtre, gaufré, faisant saillie, mais déprimée au centre, liseré carminé inflammatoire.

Ulérations syphilitiques. — Uniques ou peu nombreuses, de forme serpentineuse, bords indurés, taillés à pic; liseré inflammatoire; fond grisâtre, sanieux, recouvert de pus assez lié. Ces ulérations siègent de préférence à l'épiglotte, se développent et marchent de haut en bas, de la périphérie au centre. L'œdème est rouge, dur, c'est plutôt un gonflement inflammatoire. Le traitement améliore ou arrête les progrès du mal.

Traitement. — Le traitement doit être général ou local. Le traitement général est celui de la période de la syphilis à laquelle se rapportent les accidents. Suivant les cas et les indications, on prescrira donc le mercure ou l'iodure de potassium. Localement on touchera les parties ulcérées avec un pinceau laryngien trempé dans une solution de nitrate d'argent à 1/20 ou dans la teinture d'iode. Le malade se gargarisera au chlorate de potasse, et deux fois par jour il fera une pulvérisation avec : Liqueur de Van Swieten 30 grammes, Eau 300.

§ 7. — Accidents consécutifs aux différentes lésions du larynx et de la trachée

1° FISTULES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Ces fistules se produisent par suite d'une cicatrisation vicieuse ou d'un arrêt de cicatrisation des plaies accidentelles ou chirurgicales du conduit aérien. Dans d'autres circonstances, un abcès ouvert à l'extérieur ne se tarit pas et le trajet suivi par le pus s'organise.

L'étendue et l'aspect de l'orifice extérieur de la fistule varient avec les causes qui lui ont donné naissance. Les fistules qui persistent à la suite des opérations de trachéotomie présentent une forme ovalaire; la peau est attirée du côté de la muqueuse par la rétraction du tissu cicatriciel qui fronce les bords de l'orifice. Celles qui succèdent à l'ouverture d'un abcès peuvent à peine, dans certains cas, recevoir la pointe d'un stylet. La présence de la fistule, lorsqu'il n'existe pas de rétrécissement du canal aérien, ne modifie pas sensiblement le mécanisme de la respiration; la phonation, au contraire, ne peut se produire qu'après obturation de la perte de substance, avec le doigt ou un corps quelconque. Les malades sont particulièrement gênés par l'impuissance absolue dans laquelle ils se trouvent de faire aucun effort. L'effort, en effet, exige l'accumulation de l'air dans les poumons, après fermeture de la glotte; or dans le cas présent, l'air trouvant toujours une issue ne pourra s'accumuler.

Traitement. — On doit obturer les fistules, à condition toutefois que les voies respiratoires soient encore libres au-dessus d'elles.

Érosion tuberculeuse. — Elle offre un aspect grisâtre, ne fait pas saillie au-dessus de la muqueuse, ses bords sont confus et mal délimités.

Ulérations tuberculeuses. — Nombreuses, presque rondes, bords ramollis, masqués par des bourgeons charnus; fond grisâtre sale, recouvert de pus mal lié. La muqueuse est comme disséquée, ses lambeaux flottent dans le larynx. Ces ulérations siègent sur la muqueuse aryénoïdienne et les cordes vocales, marchent de bas en haut, du centre à la périphérie. L'œdème est blafard, pâle, mou, avec infiltration gélatineuse. Le traitement est impuissant.

Les petites fistules guérissent facilement par la simple cautérisation de leur orifice avec le crayon de nitrate d'argent, ou la pointe d'un stylet porté au rouge. Les fistules un peu étendues nécessitent une opération autoplastique. Plusieurs procédés ont été conseillés : LARREY se bornait à aviver les bords de la solution de continuité et à les réunir par la suture entrecoupée; VELPEAU et RIED disséquaient un lambeau sur les parties latérales du cou, avivaient les bords de la fistule sur lesquels ils fixaient le lambeau par des points de suture; J. ROUX, NÉLATON, LE FORT ont aussi décrit des procédés particuliers.

2° RÉTRÉCISSEMENTS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Bibliographie. — EMPIS (Cornage), *Union médicale*, 1862. — TRÉLAT, *Acad. de méd.*, 1869. — *Behandlung. der. Oesterr. Zeitschr. f. praktische Heilkunde*, n° 9, 28 févr. 1873. — ELSBERG, *Americ. Journ. of Syphilis*, janvier 1874. — KRISHABER et MAURIAC, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1875. — ISAMBERT, *eod. loc.* — HUNT, *Arch. f. klin. Chir.*, 3^e fasc., 1876. — J. SOMMERBRODT, *Berlin. klin. Wochens.*, n° 13, p. 175, 1878. — WAGNER, *Centralbl. f. Chir.*, 1883, p. 361. — PEDELL, *Soc. de méd. de Berlin*, 1884, C.-R., in *Sem. médicale*.
Thèses de Paris. — 1859, CHARNAL. — 1862, HOUEL (Agrég.). — 1864, BAUDRÉ. — 1865, MARY. — 1866, CYR. — 1869, HORTÉLOUP. — 1874, BARÉTY, COGNES. — 1875, REY.

Étiologie. — D'après la cause qui leur donne naissance, ces rétrécissements forment un certain nombre de classes parfaitement tranchées.

1° *Rétrécissements spasmodiques.* — Les spasmes des muscles du larynx, fréquents chez les hystériques, affectent parfois un caractère inquiétant. Dans deux faits relatés par BRIQUET, MICHON et VELPEAU furent obligés de faire la trachéotomie; dans un cas analogue, LÉPINE obtint la résolution des accidents par l'emploi du bromure.

Certaines paralysies musculaires dues à la compression ou à la dégénérescence des récurrents, l'atrophie des muscles qu'ils innervent peuvent déterminer la mort d'une façon absolument opposée au spasme. Les muscles sont impuissants à tendre les cordes vocales inférieures qui s'accolent l'une à l'autre, d'où asphyxie.

2° *Rétrécissements par compression périphérique.* — Les tumeurs développées au voisinage de l'arbre aérien pressent parfois assez fortement sur ce conduit pour le déformer. Le larynx, grâce à sa résistance et à la mobilité dont il jouit, est rarement le siège d'accidents de ce genre; les tumeurs de toute nature au contraire agissent facilement sur la trachée et les bronches. Parmi ces causes de déformation, les plus fréquentes sont: les tumeurs du corps thyroïde, les anévrysmes de la sous-clavière droite et du tronc brachio-céphalique, les tumeurs ganglionnaires du cou et du médiastin.

3° *Rétrécissements par obstruction.* — Nous avons étudié cette variété spéciale en faisant l'histoire des néoplasmes du larynx.

4° *Rétrécissements inflammatoires.* — A la suite des inflammations chroniques du larynx et de la trachée, il se produit parfois dans le tissu sous-