

est impossible et les mouvements de déglutition aggravent les troubles respiratoires. Les perforations concomitantes de la muqueuse favorisent la production d'un emphysème, avant-coureur très prochain de la mort. Si le malade est trachéotomisé et peut survivre à ce traumatisme, il est exposé à des inflammations du cartilage et à l'évacuation de séquestres. Ces désordres sont susceptibles de produire des rétrécissements qui nécessitent alors le séjour indéfini de la canule.

On comprend, d'après ce que je viens de dire, quelle peut être la gravité d'un accident de ce genre.

Traitement. — 1° *Trachéotomie* dans la plupart des cas;

2° *Silence* absolu du blessé;

3° Abaisser la tête sur le cou pour favoriser la cicatrisation;

4° Introduction dans le larynx d'une *sonde* remplissant le rôle d'une attelle;

5° Nourrir le malade, si c'est possible, au moyen de la *sonde œsophagienne*.

Telles sont les diverses indications auxquelles devra satisfaire ce traitement difficile.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DU CANCER DU LARYNX

PAR

J. GAREL

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Le cancer du larynx n'est à proprement parler bien connu que depuis la découverte du laryngoscope. Depuis cette époque, les observations sont devenues progressivement plus nombreuses à mesure que l'on a mieux su différencier cette affection d'autres lésions susceptibles d'être confondues avec elle. Enfin, il y a quelques années à peine, un auguste malade, atteint de cette terrible affection, a donné à la question un regain d'actualité et a provoqué l'éclosion d'un certain nombre de travaux importants; puis, la question est entrée dans une phase moins active en apparence, pendant laquelle les tentatives chirurgicales se sont néanmoins multipliées. Nous verrons que cette période n'a pas été improductive, et que dans ce court espace de temps, tous les chirurgiens ont cherché à rendre l'extirpation du larynx de moins en moins dangereuse en perfectionnant les procédés opératoires.

On aurait tort de croire que le cancer du larynx soit aussi rare qu'on le suppose; nous nous rappelons en effet avoir vu

entrer dans notre service, en moins d'un mois, cinq malades atteints de cette même affection.

Pour bien poser les indications thérapeutiques, il est utile de diviser le cancer du larynx en deux grandes catégories : le *cancer intrinsèque* ou cavitaire et le *cancer extrinsèque* ou marginal. Le premier siège sur les cordes vocales, dans les ventricules ou sur les bandes ventriculaires; il serait plus fréquent à gauche. Le second porte spécialement sur l'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la région aryénoïdienne et même sur les organes voisins. Le cancer extrinsèque n'est pas toujours primitif; il est parfois dû à la propagation d'un cancer de la tête, de l'œsophage, de la base de la langue, etc. La forme extrinsèque offre cette particularité importante qu'elle envahit assez rapidement les ganglions du cou, tandis que le cancer cavitaire ne donne lieu que fort tardivement à des poussées ganglionnaires, et seulement lorsqu'il a déjà pris une extension considérable. Il faut aussi savoir qu'un cancer du larynx peut être la conséquence d'une généralisation. Un de nos distingués élèves, M. Chapuis, a publié tout récemment un cas de cancer du larynx survenu secondairement chez un malade porteur d'un cancer du membre inférieur. Le malade prit des accès de suffocation et mourut avant qu'on ait eu le temps de pratiquer la trachéotomie. Il avait une ulcération épithéliomateuse du type corné sur la corde vocale et sur la bande ventriculaire du côté droit.

Le cancer du larynx est d'un diagnostic difficile au début, et pourtant, si l'on veut instituer un traitement efficace, il faut établir de bonne heure le diagnostic. Pour faire l'ablation totale des tissus malades, il est évident qu'il est indispensable d'intervenir quand la lésion est fort limitée encore. Or, ce diagnostic est parfois embarrassant, comme le fait remarquer Semon dans un récent travail. Sans le miroir laryngé, pas de diagnostic possible. C'est que le malade atteint de semblable lésion (nous parlons bien entendu du cancer cavitaire) ne présente comme symptôme que de l'enrouement, enroue-

ment qui ne l'inquiète en rien ni lui ni son entourage. On conçoit combien il faut être sûr de son diagnostic pour proposer d'emblée, à un malade bien portant en apparence, une opération aussi grave et aussi radicale que l'ablation, sinon totale, au moins partielle du larynx. Nous nous souvenons pour notre part d'un malade qui nous fut adressé, il y a quelques années, par les docteurs Décrand et Joal. Il s'agissait d'une lésion pouvant être considérée comme de la pachydermie simple de la corde vocale gauche. Néanmoins, la muqueuse épaissie avait une teinte légèrement hyaline qui nous parut suspecte. Nous enlevâmes une parcelle de muqueuse si petite qu'il fallut l'inclure dans la paraffine pour l'examen microscopique. Notre ami le docteur Chandelux nous déclara qu'il s'agissait d'une tumeur maligne à marche rapide. La suite des événements prouva la justesse du diagnostic anatomique. Nous n'avions jamais eu l'occasion d'observer un cancer du larynx si près de son début. A cette époque, nous n'étions que trop édifié sur le danger opératoire de l'ablation du larynx, et ce ne fut que timidement que nous parlâmes de l'opération à la femme du malade. Celle-ci refusa énergiquement, et nous assistâmes à la lente et triste évolution de la tumeur. Le malade mourut au bout de quinze mois environ.

Il faut avouer que l'examen microscopique, bien que fait par un homme compétent, ne donne pas toujours une certitude absolue, et que Virchow lui-même avait considéré un véritable cancer comme une simple pachydermie verruqueuse. Cependant, nous croyons, comme Semon l'a dit au sujet de sa fameuse enquête de 1888, que l'examen histologique doit toujours venir en aide à la clinique. Cliniquement, en effet, il n'est pas toujours aisé de distinguer un cancer d'une syphilis ou d'une tuberculose, sans compter que nous avons, ainsi que N. Wolfenden et d'autres auteurs, rencontré des cas mixtes de cancer et tuberculose.

Dans tous les cas, avant de décider une intervention, il sera opportun d'ausculter le malade avec grand soin, quelque difficile que soit l'auscultation en pareille circonstance. D'un

autre côté, on fera bien d'instituer un traitement spécifique d'épreuve, soit par la méthode rapide de Jullien, soit par une médication plus lente.

Comme on ne saurait apporter trop de précision dans l'appréciation du pronostic au point de vue opératoire, on notera soigneusement la variété anatomique à laquelle appartient le cancer; car on sait que le sarcome donne de bien meilleurs résultats, tant au point de vue de la survie qu'au point de vue opératoire immédiat.

On sait aussi que le pronostic opératoire dépend beaucoup de l'âge du sujet, et qu'une ablation chez un homme de trente-cinq à quarante ans sera toujours d'un succès plus certain que chez un vieillard de soixante-dix ans et plus. Nous ferons remarquer en outre que, chez le vieillard, l'évolution du cancer du larynx est très lente dans quelques cas. Nous avons, dans notre pratique, rencontré deux malades âgés que nous avons opérés cinq ou six ans auparavant pour des bourgeons nullement suspects en apparence. L'affection resta stationnaire six ou sept ans, pour aboutir plus tard assez brusquement à un envahissement total de la glotte qui nécessita la trachéotomie. Tous deux moururent dans les premiers jours qui suivirent l'intervention. Nous nous sommes souvent demandé s'il n'a pas été préférable pour ces deux malades que le diagnostic n'ait pas été fait dès le début; une ablation du larynx, vu la fréquente mortalité opératoire, leur eût été certainement plus préjudiciable que l'abandon de la maladie à sa marche naturelle.

Ces considérations établies, nous allons entrer dans le cœur de notre sujet et discuter le traitement approprié aux différents cas.

II

Traitement.

Quand le diagnostic est confirmé par l'examen laryngoscopique et par l'examen microscopique, quand toutes les

causes d'erreur ont été écartées, il importe d'instituer un traitement rationnel qui accorde au malade, sinon une guérison définitive, au moins une survie aussi longue que possible. Il est même permis d'espérer que quelques malades éviteront toute récurrence. Des cas de survie de sept et huit ans ont été signalés plusieurs fois, et Semon cite un malade qui mourut d'une affection cardiaque sept ans après l'opération et sans récurrence.

Nous diviserons le traitement en *traitement médical* et *traitement chirurgical*.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL

On peut dire que le traitement médical se réduit à un traitement de symptômes. On emploiera l'*opium* sous toutes ses formes; on fera des badigeonnages avec de la glycérine contenant de 1/50 à 1/20 de *cocaïne* ou de *morphine*. On luttera contre l'amaigrissement rapide par les *toniques* et surtout par l'*alimentation*. Au besoin, on aura recours à l'alimentation à la *sonde œsophagienne* ou avec des *lavements nutritifs*.

Il n'existe pas encore de médication spécifique. On a fait bien à tort grand bruit, il y a quelques années, au sujet de la *teinture de thuya*, et tout récemment encore, la *médication sérothérapique* a fait entrevoir des résultats possibles, mais non prouvés jusqu'ici.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

1° Médication endo-laryngée.

Dans quelques cas, le néoplasme se présente sous la forme d'un petit bourgeon limité; on peut, à la rigueur, songer à l'extraction par les voies naturelles. Il existe des exemples authentiques de guérison définitive par cette méthode. Semon, entre autres, cite un cas de guérison complète, bien que l'examen microscopique ait indiqué nettement la nature maligne

du néoplasme. Mais, d'un autre côté, il faut bien savoir que ces tentatives endo-laryngées sont plus utiles pour établir le diagnostic que pour guérir le malade; et nous pensons même que, répétées souvent, elles sont dangereuses et donnent plutôt un coup de fouet qui favorise le développement de la tumeur. Nous n'entendons pas par cela dire qu'une intervention sur une tumeur papillomateuse provoquera la transformation du papillome en tumeur maligne. S'il en était ainsi, il faudrait renoncer à tout jamais à opérer n'importe quel polype du larynx. Sans nier absolument la possibilité de la transformation des papillomes en tumeurs malignes, nous croyons avec Thost que certains papillomes ne sont pour ainsi dire que les signes prémonitoires réactionnels offerts par un tissu dans la profondeur duquel existe un néoplasme en incubation.

2° Traitement par une simple trachéotomie.

Le traitement chirurgical comporte des méthodes différentes, qui ont donné lieu à de sérieuses discussions. Il est, à cet égard, des distinctions à établir entre les diverses formes de cancer du larynx. Il existe, en effet, une catégorie de tumeurs au sujet desquelles le choix du mode opératoire ne soulève pas la moindre difficulté; nous voulons parler des tumeurs anciennes, largement développées, ayant dépassé les limites du larynx pour s'attaquer aux organes voisins. Ici, pas d'hésitation possible : on attend les menaces de suffocation et on intervient le plus tôt possible par la trachéotomie. Attendre longtemps est toujours une faute; car rien n'est plus insidieux que ces asphyxies lentes sans suffocation marquée qui tuent le malade avant que l'on ait eu le temps d'intervenir.

Comme le principal objectif de toute médication est d'assurer le maximum de survie au malade, on incisera la trachée aussi bas que possible, pour retarder le moment où le néoplasme envahira le pourtour de la canule.

Nous n'avons pas l'intention de dire que, dans les cancers largement étendus, une ablation totale est impossible; cer-

tains chirurgiens ont eu quelques succès relatifs dans des cas de ce genre; mais, en somme, la règle, à notre avis, est de se limiter ici à la simple trachéotomie.

La trachéotomie est d'ailleurs considérée par beaucoup comme l'opération de choix dans tous les cas de cancer du larynx, tant dans les tumeurs généralisées que dans les cancers purement cavitaires. Pour nous, notre conviction commence à être ébranlée en présence des résultats plus favorables des laryngectomies récentes. En nous reportant aux nombreux cas de cancers que nous avons observés jusqu'ici, nous voyons que la trachéotomie donne couramment une survie de six à dix-huit mois. Cela mérite d'être comparé avec la survie très problématique d'une extirpation, dont la mortalité opératoire est considérable. Nous n'avons fait encore opérer que deux malades, l'un par D. Mollière, au moyen d'une large laryngectomie partielle, l'autre par Vallas (cancer de l'épiglotte et de la base de la langue), au moyen d'une pharyngotomie trans-hyoïdienne. Le premier malade récidiva au bout de trois mois et ne vécut pas plus d'un an, après avoir été de nouveau trachéotomisé. Pour le second malade, l'opération est de date récente et on ne peut se prononcer encore sur la possibilité de la récurrence. Il est évident qu'en présence d'un malade voué à une mort certaine, on doit peser consciencieusement les chances de succès d'une intervention peut-être capable de le guérir définitivement.

3° Extirpation du larynx.

C'est en 1873 que Billroth enleva le premier cancer du larynx. Les opérations de ce genre se multiplièrent bientôt en Allemagne, en Angleterre et en Italie. En France, les opérations furent plus rares, et Pinçonnat¹ ne put en recueillir que quatorze cas. Les premiers opérateurs français étaient Labbé, Péan, Demons, Le Dentu, Mollière, Terrier et Périer.

1. PINÇONNAT. — *Thèse de Paris*, 1890.

A partir de ce moment parurent chez nous une série de travaux tels que la thèse d'Hermantier, les mémoires de Heydenreich, Baratoux, Schwartz, Labbé, Monod, Ruault, Moure, Charazac, etc. La question fut portée par Labbé à l'Académie de médecine en 1887, mais Tillaux, Verneuil et Richet se prononcèrent contre l'extirpation, déclarant que la trachéotomie seule pouvait donner une survie de quelque importance. Le cas de Périer, en 1890, souleva une nouvelle discussion à la Société de chirurgie.

En somme, l'extirpation du larynx divise encore les chirurgiens en deux classes absolument opposées. Nous croyons toutefois que le nombre des non-partisans baissera peu à peu, à mesure que l'on publiera de nouvelles statistiques accusant une diminution importante de la mortalité opératoire.

1° *Manuel opératoire.* — Nous allons maintenant exposer la technique opératoire d'après la description des procédés les plus récents.

A. — Avant de pratiquer l'ablation du larynx, il est certaines précautions à prendre pour faciliter l'opération. Comme il faut assurer l'entrée de l'air dans les poumons, tout en empêchant le sang et les mucosités de pénétrer dans la trachée, la plupart des chirurgiens sont d'avis de faire une *trachéotomie préliminaire*. Les uns la pratiquent quinze jours avant l'opération, les autres font la trachéotomie et l'extirpation dans la même séance. Par contre, Périer commence d'emblée l'opération sans trachéotomie, et comme nous le verrons, coupe la trachée tout entière et la suture à la peau. Butlin préconise la trachéotomie, mais il enlève la canule de suite après l'opération.

On fera la trachéotomie aussi bas que possible pour laisser libre le champ opératoire; puis, afin d'éviter la pénétration du sang dans les voies respiratoires, on se servira d'une canule spéciale. La canule tampon de Trendelenburg, à manchon de caoutchouc, est la plus communément employée. Elle a, comme celle de Michael, des avantages et des inconvénients. Hahn préfère une canule entourée d'éponge aseptique. Enfin Czerny et Gussenbauer se contentent de boucher

la trachée avec une petite éponge au-dessus de la canule trachéale. Quant à Novaro, il préfère opérer le malade la tête fortement inclinée en arrière et en bas, dans la position de Rose, Maas et Bottini.

Que l'on adopte l'une ou l'autre des méthodes ci-dessus, il ne faut pas oublier que l'anesthésie générale est indiquée dans tous les cas. Une fois la trachéotomie faite, on continue l'anesthésie par la canule au moyen du dispositif imaginé par Trendelenburg, ou bien avec un simple tube de caoutchouc introduit dans la canule.

B. — Les méthodes d'ablation du larynx peuvent se diviser en quatre catégories :

I. Ablation totale complète ou par la méthode sous-péri-chondrale de Péan.

II. Ablation des parties molles après thyrotomie (Solis-Cohen, Butlin, Semon).

III. Ablation partielle ou unilatérale réservée aux cas limités.

IV. Ablation par la méthode sous-hyoïdienne pour les cancers de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques. Dans cette classe, il faut ranger la pharyngotomie trans-hyoïdienne imaginée par Vallas.

Cette division est en réalité fort schématique; car les chirurgiens sont pour ainsi dire obligés de modifier la méthode dans chaque cas, suivant la distribution des lésions.

Nous allons procéder à la description de ces diverses méthodes; mais nous n'en donnerons qu'un résumé très succinct, pour ne point sortir des limites de ce traité et ne pas empiéter sur le domaine de la médecine opératoire.

I. *Ablation totale du larynx.* — Nous empruntons cette description au travail de Pinçonat inspiré par Terrier.

On pratique la trachéotomie, soit quelques jours avant l'opération, soit au moment même de l'opération. Le premier temps consiste en une incision en T ou en double T, longue de 6 à 7 centimètres, allant de l'os hyoïde au bord inférieur du cartilage cricoïde. On réservera un petit pont de peau