

entre la partie inférieure de l'incision et l'ouverture faite pour la trachéotomie.

Dans un deuxième temps, on isole le larynx en détachant, avec un instrument mousse, les insertions des muscles qui recouvrent le cartilage thyroïde; on libère également le cricoïde. Ce temps réclame de nombreuses manœuvres d'hémostase.

Au troisième temps, on sectionne la trachée au-dessus du cricoïde et on saisit le larynx en bas au moyen d'une pince de Museux. On le relève de bas en haut, en détachant les adhérences avec l'œsophage et en rasant toujours de très près le conduit laryngo-trachéal. Le larynx ne tient bientôt plus que par ses attaches supérieures, c'est-à-dire par les grandes cornes de l'os hyoïde, les membranes thyro-hyoïdienne, glosso-épiglottique et l'éperon laryngo-pharyngien. Pour cela, on tire l'organe en dehors, on sectionne la grande corne du thyroïde d'un côté, puis la membrane thyro-hyoïdienne, et on coupe entre deux ligatures l'artère laryngée supérieure. Le bistouri dirigé en arrière sépare l'épiglotte, si elle doit être conservée; dans le cas contraire, le bistouri est dirigé en haut et coupe les replis glosso-épiglottiques. On procède ensuite à la même opération du côté opposé. Enfin, le larynx ne tient plus que par l'éperon laryngo-pharyngien, qui est fendu à son tour.

On a alors devant soi une large plaie béante, dont le fond est formé par la face antérieure de l'œsophage, dont on voit l'orifice, et par la face postérieure du pharynx. Il faut rétrécir cette plaie. A cet effet, on réunit la muqueuse pharyngienne aux téguments du cou et on rapproche les lèvres de la plaie transversale par quelques points de suture. On introduit dans l'œsophage une sonde œsophagienne dont l'extrémité supérieure sort par la plaie ou par l'une des fosses nasales. Cette sonde reste à demeure au plus huit à dix jours. Pour éviter les accidents septiques pulmonaires, la sonde sera recouverte de gaze iodoformée et la plaie sera soigneusement remplie de cette même gaze.

Périer (1893) a modifié quelque peu ce procédé. Il libère le larynx en taillant deux lambeaux trapézoïdes relevés de chaque côté comme deux volets, en rasant le squelette laryngo-trachéal. Comme il ne fait pas la trachéotomie préliminaire, il passe alors de chaque côté de la trachée un fil en anse; puis, à l'aide d'une sonde cannelée placée derrière la trachée, entre le premier anneau et le commencement de l'œsophage, d'un seul coup de bistouri guidé sur la sonde, il sectionne la trachée en travers.

Au moyen des deux fils placés d'avance, il amène la trachée en haut et en avant, après avoir introduit une canule munie d'un taquet sur lequel sont noués les deux fils; puis il dissèque et détache complètement le larynx. On a alors une vaste plaie présentant en bas l'orifice de la trachée, en haut l'orifice par lequel le larynx communique avec le pharynx. On suture l'orifice pharyngien aux lèvres de l'incision transversale supérieure sur une étendue suffisante pour admettre le bout de l'index. On enlève ensuite la canule et on suture la trachée aux lèvres de l'incision transversale inférieure. On a de la sorte deux orifices externes, l'un pour l'alimentation, l'autre pour la respiration. Pour la production des sons, il faut introduire une anche vibrante dans l'orifice supérieur et l'actionner par une soufflerie de caoutchouc à double poire. Cette difficulté pour le rétablissement de la voix sera toujours un gros obstacle à la vulgarisation de cette méthode.

Dans cette même classe, nous ferons rentrer la méthode sous-périchondrale de Heine de Prague et de Péan, qui présente l'avantage d'opérer sans crainte de léser les vaisseaux et les nerfs importants.

Pour éviter les accidents septiques pulmonaires, Bardeheuer conseille d'établir une sorte de cloison ou toit protecteur entre la cavité buccale et la cavité opératoire. Pour cela, pendant l'opération, il isole aussi loin que possible la paroi antérieure de l'œsophage d'une part, et la muqueuse sous-jacente de l'épiglotte d'autre part. Il les suture et comble la plaie avec de la gaze stérilisée. Cette suture formant cloison

protectrice ne tient guère plus de dix à douze jours; mais à ce moment l'infection n'est plus à redouter. Il fait en outre coucher le malade sans traversin et supprime même le tiers supérieur du matelas.

II. *Ablation des parties molles après thyrotomie.* — Solis-Cohen remarquant que, sur la plupart des larynx extirpés, les cartilages étaient sains, a proposé une opération qu'il pratiqua sur les animaux et qui a été appliquée sur l'homme par Fowler. Cette méthode consiste, après l'incision ordinaire, à sectionner le thyroïde avec une pince coupante, puis à enlever largement toutes les parties molles envahies par le néoplasme. Cette laryngectomie modifiée permet la conservation d'un point d'appui solide et réduit au minimum la perte de substance.

Semon, dans une note récente, a décrit un bon procédé de thyrotomie, en insistant tout spécialement sur les précautions antiseptiques seules capables de supprimer les complications opératoires. Pour la trachéotomie, il se sert de la canule à éponge *parfaitement aseptique* de Hahn. Au bout de dix minutes, l'éponge est dilatée et obture les voies aériennes supérieures. On met alors à nu le cartilage thyroïde et on le sectionne sur la ligne médiane avec une pince ostéotome; on écarte les ailes du thyroïde. On tamponne la partie inférieure du pharynx avec une grosse éponge aseptique maintenue par la plaie laryngienne à l'aide d'un cordon de soie. On badigeonne très exactement les parties à enlever avec une solution de *cocaïne* à 5 p. 100, précaution fort importante pour produire l'ischémie. On détache ensuite largement les parties malades et on saupoudre toute la plaie avec un mélange à parties égales d'*iodoforme* et d'*acide borique*. Suivant la méthode de Butlin, la canule est enlevée de suite après l'opération. S'il est quelques parties de cartilage à extirper, on aura soin de les dépouiller tout d'abord de leur péri-chondre.

III. *Laryngotomie partielle ou unilatérale.* — Cette opération est réservée aux cas limités. Hahn conseille de faire une incision en L, dont la branche horizontale suit le bord de l'os hyoïde.

La méthode de Semon est également applicable dans ce cas.

IV. *Procédé par la voie hyoïdienne.* — Si le cancer est limité à l'épiglotte ou aux replis ary-glottiques, on fait la trachéotomie avec la canule à éponge de Hahn et on pratique la pharyngotomie sous-hyoïdienne de Malgaigne, qui rend tout le pharynx parfaitement accessible.

Dernièrement, chez un de nos malades atteint de cancer de l'épiglotte et de la base de la langue, Vallas¹ a employé une nouvelle méthode qu'il décrit sous le nom de *pharyngotomie trans-hyoïdienne*. Elle consiste en une incision verticale de 8 à 10 centimètres, dont le milieu répond à l'os hyoïde. On sectionne ensuite l'os hyoïde ainsi que les muscles qui s'y insèrent au-dessus et au-dessous. Enfin, on pratique une incision toujours verticale et médiane de la membrane hyo-thyroïdienne. Ce procédé est préférable à la méthode sous-hyoïdienne employée jusqu'à ce jour. Vallas l'a déjà appliquée plusieurs fois avec plein succès.

C. — *Larynx artificiels.* — Les divers auteurs ne sont point d'accord sur l'utilité des larynx artificiels; car ces appareils sont loin de répondre au but que l'on veut atteindre. Ils sont d'ailleurs souvent fort difficiles à mettre en place. Que l'on se serve de celui inventé par Gussenbauer ou de ceux de Foulis, de von Bruns, de Solis-Cohen, de Cadier, tous donnent une voix monotone; ils sont vite encombrés par les mucosités; au bout de peu de temps, les malades renoncent à s'en servir. On a remarqué d'ailleurs qu'après la laryngectomie il se forme des brides cicatricielles suffisantes pour produire des sons sans le secours d'aucun autre artifice.

Bien que la conservation de la voix soit peu de chose en comparaison de la nécessité où l'on est d'opérer largement pour dépasser les limites du mal, on fera bien, toutes les fois que le cas le permettra, de conserver l'épiglotte ainsi que le cartilage cricoïde. De la sorte, la déglutition et la phonation seront beaucoup moins compromises.

1. VALLAS. — *Province méd.*, janvier 1896.

III

**Considérations sur la valeur opératoire
de l'ablation du cancer du larynx.**

Si maintenant nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les statistiques, nous sommes effrayé de la mortalité opératoire de l'ablation du larynx. On frémit à l'idée de conseiller à un malade une laryngectomie si souvent mortelle d'emblée, lorsqu'on sait d'un autre côté que l'abandon de l'affection à sa marche naturelle assure au patient une survie fréquente de douze à huit dix-mois, avec ou sans trachéotomie. Mais, d'un autre côté, on n'a aucun doute sur l'issue fatale certaine de la maladie, et comme il existe des cas avérés de guérison de cancers laryngés, et plus encore de sarcomes après opération, on est fort perplexe sur la conduite à tenir en pareil cas. On se demande si la possibilité d'obtenir une guérison définitive ou tout au moins une survie bien supérieure à celle conférée par la trachéotomie ne vaut pas la peine de courir les risques d'une très grave opération.

En réalité, quand on consulte les statistiques de Solis-Cohen, de Schwartz, de Hahn, la mortalité opératoire est telle (69 morts opératoires sur 171 cas opérés) que l'on excuse toute hésitation. On n'a nulle envie de prendre part à une loterie dans laquelle les chances de gain sont si minimes. Mais on doit aussi se souvenir que la marche de la maladie entraîne pour le malade des souffrances atroces, malgré la trachéotomie faite pour parer aux accidents asphyxiques. Il est vrai toutefois qu'après la laryngectomie la récurrence est fréquente; elle survient à bref délai et le malade n'échappe point à ces mêmes souffrances.

Somme toute, dans le cancer du larynx, n'était la gravité opératoire, il faudrait, comme pour tous les cancers externes, trancher la question en faveur de l'intervention, puisque c'est le seul moyen d'entrevoir la possibilité de la guérison

complète. La laryngectomie devrait de ce chef l'emporter sur la trachéotomie et s'imposer comme procédé de choix. Mais, pour lever l'hésitation, il faut que les méthodes opératoires s'améliorent considérablement. Il faut arriver à la suppression des complications, dont les deux principales sont, en premier lieu, le *shock* si fréquent chez les sujets âgés, en second lieu, les accidents septiques dus à l'infection de la plaie, et surtout à l'infection des voies respiratoires.

Semon, dans une statistique personnelle récente, nous annonce de meilleurs résultats (50 p. 100 de succès). Aussi cet auteur, après avoir été opposé à l'intervention, en devient-il un véritable défenseur. Sa statistique est surtout encourageante au point de vue de l'absence de récurrence. Il nous cite un malade qui vécut sept ans et mourut sans récurrence d'une affection cardiaque. Trois autres de ses malades, opérés depuis cinq ans, trois ans et deux ans et demi, sont également à l'abri de la récurrence.

Mais il ne suffit pas d'améliorer les procédés opératoires, il faut aussi apprendre à reconnaître les cas favorables à l'intervention. Du choix judicieux des cas dépendra sans contredit la proportion des succès. Autant que possible, on n'interviendra que dans les cas où la lésion est relativement limitée; on opérera surtout le plus près possible du début de l'affection. L'opération sera contre-indiquée chez les sujets âgés, trop enclins à succomber sous le coup du *shock* opératoire. Enfin, on conçoit sans peine que l'ablation d'un cancer après une simple thyrotomie ou bien après une laryngectomie partielle fera courir moins de risques que la laryngectomie totale.