

Nous avons eu occasion de diagnostiquer en 1889 sur un de nos confrères, un papillome du larynx, et de procéder à son ablation. L'examen histologique confirma notre diagnostic. Un an plus tard la tumeur, bien qu'enlevée en totalité avait récidivé, et nous procédâmes à une seconde éradication à la suite de laquelle l'examen histologique ne fut malheureusement pas pratiqué. A partir de ce moment, la repullulation se fit assez vite, et un an plus tard, inquiets de voir les polypes apparaître ainsi, nous fîmes pratiquer un examen histologique qui conclut à un épithélioma. Le mal ne fit qu'empirer et je pratiquai la trachéotomie en septembre 1893. Le malade survécut un an environ.

FIBROMES. — Après les papillomes viennent par ordre de fréquence les fibromes. Krishaber pense qu'ils constituent le quart des tumeurs laryngées.

Les fibromes sont généralement uniques et prennent leur base



Fig. 80. — Fibromes du larynx.

d'implantation sur la corde vocale, indistinctement sur la face supérieure ou sur la face inférieure, presque toujours à une place fixe sur le milieu de la portion ligamenteuse. Quand on les observe sur les deux cordes vocales, c'est généralement sur deux points symétriques.

La forme et le volume du fibrome sont susceptibles de très grandes variations (fig. 80).

Tantôt le fibrome n'est pas plus volumineux qu'un grain de millet, cas fréquent chez les chanteurs, aussi leur a-t-on donné le nom de « nodules des chanteurs ». Tantôt le polype prend un développement plus considérable, se développe sur la corde vocale comme une tumeur arrondie, dure au toucher, parfaitement délimitée, atteignant le volume d'une lentille ou d'un pois, reposant sur la corde vocale par une base d'implantation large, ou au contraire s'en détachant par un pédicule allongé et tombant ainsi entre les deux cordes.

Les fibromes pédiculés n'atteignent généralement pas les proportions aussi considérables que les fibromes non pédiculés : ceux-ci, dans les cas extrêmes acquièrent le volume d'une grande noisette. C'est donc le contraire des papillomes qui sont plus généralement pédiculés lorsqu'ils sont volumineux.

Leur couleur est d'un blanc sale, tantôt rouge pâle ou rouge foncé.

Le surmenage vocal est un facteur spécial de production des fibromes. La preuve en est faite par la disparition possible de la tumeur au début de l'évolution dès que le malade veut s'astreindre à un repos absolu.

MYXOMES. — Les myxomes purs ne se montrent que rarement, très rarement même ; sont à noter les cas de Morell Mackenzie, de Bruns, de Wagner.

Cependant Fauvel rapporte 53 observations de myxomes du larynx. Cette divergence d'opinion s'explique parce qu'on prend souvent pour des myxomes des tumeurs mixtes composées de myxome et d'un autre tissu. Le plus fréquemment ces tumeurs sont des fibromyxomes, quelquefois des angiomyxomes.

Leur couleur varie du rose rouge au rouge sombre ; leur consistance est généralement plus molle que celle des fibromes. Leur point d'implantation varie ; on en a vu sur les bandes ventriculaires, le plus souvent ils se trouvent dans la commissure antérieure des cordes vocales.

ENCHONDROMES. — Ils se développent sur les cartilages thyroïdes et cricoïdes. Ils se produisent surtout vers l'époque où se fait l'ossification des cartilages du larynx, et sont dus à une déviation de ce travail d'ossification. Les enchondromes sont donc plutôt des tumeurs de la charpente du larynx que du larynx à proprement parler.

KYSTES. — Les kystes du larynx siègent le plus souvent sur les cordes vocales ou sur l'épiglotte. Ils sont dus à la rétention dans les glandes, aussi s'explique-t-on qu'ils se trouvent surtout là où il y a des glandes. D'après Garel on les rencontrerait le plus fréquemment sur les cordes vocales et à leur tiers inférieur, prenant leur base d'implantation sur la face supérieure ou sur la face trachéale des cordes, point qui est très en rapport avec ce qui nous a été appris par Coyne sur les glandes des cordes vocales dont les conduits sécréteurs viennent s'ouvrir sur ces faces des rubans vocaux, tandis qu'il n'y en a pas sur leur bord libre.

Ils peuvent atteindre jusqu'à la grosseur d'une cerise, rarement davantage. Il faut noter cependant que l'on rencontre aussi des kystes très volumineux sur les parties où il n'y a pas de glandes, sur la face linguale de l'épiglotte, par exemple.

Ils se développent d'une façon lente et progressive, prennent la forme d'une tumeur hémisphérique ou sphérique, qui au toucher paraît fortement tendue. Leur couleur est rouge, ils paraissent hyalins et transparents.

Un malade pour lequel nous avons fait le diagnostic de fibrome du larynx fut opéré de la trachéotomie par un de nos confrères. Nous le vîmes quelques temps après l'opération, et nous ne pûmes retrouver, à l'examen laryngoscopique la tumeur que nous y avions observée. Sa canule fut enlevée et la respiration se trouva rétablie. Il est pro-

bable que le malade était porteur d'un kyste du larynx dont les parois se sont rompues spontanément.

Symptômes. — Lessymptômes fonctionnels autrefois très intéressants, sont aujourd'hui bien moins importants à étudier : c'est par l'examen objectif seul qu'est fait le diagnostic, et les troubles fonctionnels ne sont en quelque sorte que la cause occasionnelle de l'examen laryngoscopique. Ils ne peuvent pas suffire pour établir le diagnostic de tumeur du larynx. On pourrait même dire pour quelques-uns de ces symptômes, qu'ils n'ont plus qu'un intérêt historique, la laryngoscopie étant aujourd'hui une pratique suffisamment répandue pour que les malades ne supportent plus aussi longtemps des troubles aussi pénibles.

Les troubles de la voix font rarement défaut, mais ils se présentent à des degrés différents, variables surtout suivant la situation occupée par la tumeur : un polype des cordes vocales produira plus de modification dans la voix qu'un polype de toute autre région.

Un polype du bord libre des cordes vocales est plus gênant qu'un autre siégeant sur la face supérieure ou inférieure de cette corde.

Le volume même de la tumeur n'est pas toujours en rapport avec la modification de la voix ; celle-ci est plus affectée par un petit polype à base large sur les cordes vocales, que par un autre plus considérable comme volume, mais reposant sur un pédicule et plongeant dans l'espace sous-glottique : ce qui revient à dire que les troubles de la voix sont d'autant plus grands que les cordes vocales ont plus de peine à se rapprocher. La raucité va rarement jusqu'à l'aphonie ; celle-ci ne survient que si la corde vocale est entamée sur une grande surface. La voix est généralement étouffée, elle manque de timbre et le malade paraît toujours faire des efforts pour augmenter la tension de ses cordes vocales.

Pour que la respiration soit gênée, il faut que la tumeur ait acquis un volume assez considérable. La gêne peut porter autant sur l'inspiration que sur l'expiration, cela dépend de la situation du polype et de son pédicule. Quand il est suffisamment pédiculé, il est mobile dans le larynx, et il change de position avec les divers mouvements du corps. Comme il porte davantage obstacle à la respiration dans telle situation que dans telle autre, le malade cherche une sorte d'accommodation à ses besoins. Poyet a vu un patient garder pendant deux ou trois ans la tête penchée en avant pour conserver la facilité de la respiration.

Si les accidents dyspnéiques sont rarement graves chez les adultes, il n'en est pas de même chez les enfants où ils prennent rapidement un caractère inquiétant, du fait de l'étroitesse du larynx. C'est surtout pendant la nuit que les enfants sont gênés pour respirer. La dyspnée qui est généralement causée par l'occlusion du larynx peut d'autres fois aussi être occasionnée par l'irritation de la muqueuse. —

Le polype libre dans le larynx comme un battant dans une cloche, enflamme la muqueuse et s'irrite par son frottement. De plus, mis en mouvement à chaque respiration par la colonne d'air, il la fait vibrer d'une façon spéciale, produisant ainsi, en même temps que par le choc sur les parois un bruit spécial. Ce bruit perçu par l'auscultation porte le nom de bruit de drapeau.

La douleur et la dysphagie ne s'observent que bien rarement, leur absence est même un symptôme qui a grande importance pour le diagnostic différentiel.

La cause de ces troubles est expliquée par l'examen objectif. Celui-ci devra toujours être pratiqué d'une façon rigoureuse et scrupuleusement complète. Nous avons déjà traité des indications qu'il devait fournir (voy. p. 558), il ne faut pas y revenir.

Chez les enfants, lorsque l'examen laryngoscopique est impossible, le toucher peut donner des renseignements sur l'existence, le siège et même la nature de la tumeur.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut se faire qu'au laryngoscope. Pour ne pas être exposé à faire quelque erreur, il faut faire un examen méthodique et complet de toute la cavité du larynx ; aucun point ne doit échapper à l'inspection, et comme c'est la partie antérieure des cordes vocales qui est le plus souvent le siège du mal, on n'oubliera pas que ce point est aussi le plus difficile à examiner, caché qu'il est souvent par l'épiglotte. On devra cocaïner l'épiglotte et la ramener en avant pour découvrir complètement le larynx ; cette conduite évitera bien des erreurs. Chez les chanteurs on doit être encore plus circonspect que chez les gens du monde, examiner le larynx encore avec plus de soin, parce que la moindre imperfection de l'organe peut entraîner des troubles très accentués. Aussi ne faut-il les abandonner qu'après un examen tout à fait complet. Le larynx doit être vu non seulement en entier, mais encore dans diverses positions, pendant les larges inspirations où il est grand ouvert et pendant la phonation où il est fermé. Des polypes de la face inférieure des cordes vocales qu'on ne voyait pas dans cette première situation, apparaîtront dans la seconde.

La tumeur aperçue, il est souvent utile d'en connaître exactement les dimensions et le point d'implantation. Pour cela encore on cocaïnera le larynx, le cocaïner très complètement et aller avec le bec de la seringue ou avec un stylet laryngien, contourner la tumeur.

De la forme de la tumeur, de son volume, de sa position, de son aspect, on ne peut pas conclure à sa nature. Il faut en effet savoir : 1° si c'est un polype simple ou bien une végétation du larynx due à une affection générale localisée (tuberculose, syphilis) ou bien encore une tumeur de mauvaise nature ; 2° Étant établi que c'est un polype, quelle est sa nature histologique ?

La végétation tuberculeuse est rarement unique, elle s'accompagne toujours d'ulcération et d'infiltration de la muqueuse.

Les végétations tuberculeuses sont douloureuses, les polypes ne le sont guère. La pâleur des muqueuses et l'abondance des mucosités sont les caractéristiques de la tuberculose laryngée, de même que l'infiltration interaryténoïdienne, une lésion constatée en ce point est très importante, car ce n'est que très exceptionnellement qu'on voit les polypes se placer entre les aryténoïdes.

Les végétations syphilitiques ne sont point ulcérées comme les précédentes; elles siègent indistinctement sur n'importe quelle portion du larynx, mais plus spécialement dans le vestibule. La couleur de l'organe qui est d'un rouge cramoisi est caractéristique. Bien souvent des lésions spécifiques sont observées sur les organes voisins et imposent le diagnostic. La dureté des végétations syphilitiques est excessive, et ne se rencontre pas chez les polypes.

Faut-il considérer comme fréquemment d'origine syphilitique certaines petites tumeurs en forme de nodules sur les cordes vocales? La chose est trop incomplètement étudiée pour qu'on puisse se prononcer.

Nous verrons plus tard quels sont les principaux caractères qui permettent de différencier les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Le plus souvent, ce n'est que par l'examen histologique que peut être faite cette distinction.

Même remarque pour le diagnostic probable de la nature histologique du polype. Si cependant on se reporte à ce qui a été dit à propos de l'anatomie pathologique, on retrouvera les quelques signes distinctifs de chacun d'eux.

Les papillomes sont de beaucoup les plus fréquents, souvent multiples, sessiles ou pédiculés, quelquefois disposés en grappe ou en chou-fleur (fig. 79). Leur couleur varie du gris-blanc, ou plutôt du rose pâle au rouge vif. Ils siègent le plus généralement à la partie antérieure des cordes vocales.

Les fibromes sont généralement uniques, lisses, ils sont sessiles ou pédiculés (fig. 80). Ils se développent plus lentement que les papillomes, leur siège est d'habitude sur une des cordes vocales.

Les myxomes sont rares, ils sont uniques, rouge-violacé et siègent de préférence à la commissure antérieure des cordes vocales.

Les autres polypes sont rares et généralement d'une texture histologique complexe.

La différence de ces tumeurs a si peu d'importance que nous ne saurions insister: le traitement est toujours le même.

Enfin, il faut prendre garde de ne pas confondre un polype avec une simple éversion d'un ventricule. Celle-ci, très rare toutefois, peut être reconnue en essayant de remettre en place la muqueuse avec un stylet. On n'oubliera pas non plus que la muqueuse laryngée

forme parfois des plicatures normales sur la nature desquelles il ne faut pas se méprendre.

Pronostic. — Le pronostic d'un polype du larynx a une grande importance au point de vue professionnel des chanteurs. Souvent l'affection a été méconnue pendant un temps plus ou moins long, et la gêne qu'entraîne à sa suite la présence de la tumeur, nécessite de la part du chanteur des efforts proportionnés qui forcent pour ainsi dire les cordes vocales.

Lorsque l'affection est connue et traitée, le pronostic varie suivant sa localisation. Un polype du bord libre ou de la commissure antérieure bien enlevé, ne laisse après lui aucun trouble vocal. Lorsque au contraire la tumeur siège sur le bord supérieur de la corde vocale, qu'elle n'est pas bien isolée des parties saines, il reste dans l'épaisseur même de la corde une infiltration qui rend celle-ci moins mobile que sa congénère, boîteuse en quelque sorte, et les malades, quoique opérés et bien opérés, perdent, du fait de la cordite, une bonne partie de leurs moyens vocaux; il faudra donc se garder, en présence d'un polype du larynx de faire un pronostic fonctionnel trop favorable.

En résumé, bon pronostic, puisque la tumeur est par sa nature essentiellement bénigne, pronostic toujours réservé au point de vue fonctionnel, parce qu'on ne sait pas toute l'étendue de la lésion, et qu'il peut se trouver qu'après l'ablation complète un vide, une perte de substance sur la corde vocale se trouve à la place de la tumeur.

Traitement. — Ablation. — La cocaïnisation du larynx en rendant l'opération endolaryngée plus facile et plus précise a, du même instant, supprimé les indications de l'intervention extra-laryngée pour l'ablation des polypes du larynx.

En principe: 1° tout polype doit être enlevé; 2° il doit l'être par la voie endo-laryngée.

Mais avant de procéder à l'ablation de la tumeur, on soumettra le malade à un traitement préparatoire et au repos fonctionnel. Le repos fonctionnel en diminuant l'inflammation générale du larynx, séparera davantage la tumeur des parties environnantes, montrant ainsi ses limites. Quelquefois même, dans des cas sur lesquels nous nous sommes déjà expliqués, le repos suffira pour amener la disparition des nodules.

Au repos fonctionnel on pourra avantageusement adjoindre des fumigations de vapeurs chaudes. Celles-ci diminueront la congestion de la muqueuse laryngée, et habitueront aussi le malade à respirer largement et longuement, la bouche bien ouverte. Enfin il faudra tâter la susceptibilité à la cocaïne, et n'arriver que progressivement à la dose nécessaire pour l'anesthésie. Nous avons dit déjà comment on devait cocaïner un larynx.

Ces séances préliminaires de cocaïnisation auront pour but d'habituer le malade à bien montrer son larynx, à supporter sans appréhension l'introduction d'instruments ; elles seront variables en nombre suivant les cas.

Bien que le larynx soit anesthésié, tous les polypes ne sont pas enlevés avec la même facilité. En dehors des circonstances qui rendent difficile l'examen laryngoscopique (grosses amygdales, luette trop longue, etc.), le volume de la tumeur, sa situation en avant ou en arrière, sus-glottique, intraglottique, ou sous-glottique, sont autant de conditions qui compliquent l'opération. La portion postérieure de la glotte est plus accessible que la portion antérieure, et la partie supérieure plus que l'inférieure, si le polype est situé au-dessous des cordes vocales, il est plus difficile à enlever.

Les différences de volume, de position, de forme, de mode d'implantation font qu'il est nécessaire d'avoir recours à des instruments de dimensions ou de formes variées pour extirper les polypes du larynx.

Ils peuvent être classés sous deux rubriques différentes, les serre-nœuds et les pinces. Le serre-nœud (fig. 81) s'emploiera de préférence pour les polypes pédiculés, uniques, libres, insérés sur le bord des cordes vocales ou dans l'angle antérieur. C'est l'instrument pour ainsi dire idéal parce que son petit volume permet d'en suivre toutes les évolutions dans la cavité du larynx. En outre l'ablation est limitée à la tumeur elle-même, et n'enlève que les parties en saillie.

Les pinces sont des instruments qui exigent moins de précision, qui entament souvent les parties saines, qui s'emploient surtout dans les cas de tumeurs sessiles, volumineuses, multiples, implantées sur les points en retrait de la cavité laryngée.

La pince doit être assez ténue pour ne pas obstruer la lumière du larynx, et il faut se rappeler que toute intervention doit être faite sous le contrôle de la vue ; aussi désapprouvons-nous les grosses pinces à deux branches de préhension, latérales ou antéro-postérieure, du modèle que Fauvel un des premiers fit construire. Ces pinces qui avaient leur mérite au moment où Fauvel les imagina, et qui entre ses mains ont donné de bons résultats doivent être rejetées aujourd'hui que la cocaïne est introduite dans la pratique spéciale. Elles marquent une époque, la période précocaïnique, dans l'histoire des progrès de la laryngologie : beaucoup trop volumineuses, elles ne permettent pas de se guider dans le miroir. Avec elles on opère pour ainsi dire à l'aveugle enlevant toutes les parties que le hasard place entre les mors.

A ces pinces nous préférons celles qui sont formées de deux cuillers montées sur une tige qui est cachée dans un tube métallique. En faisant remonter la tige dans le tube les mors de la pince se rapprochent automatiquement, prenant dans leur écartement les parties

à enlever. Ces pinces peuvent être considérées comme une modification de celles imaginées pour la première fois par Stœrk. Leur dimension, leur forme, la direction de leur action sont variables à l'infini, et peuvent s'appliquer aux différents cas des polypes du larynx. Nous en reproduisons ici un des nombreux modèles.

L'instrument (fig. 82) se compose d'un manche qui sert dans tous

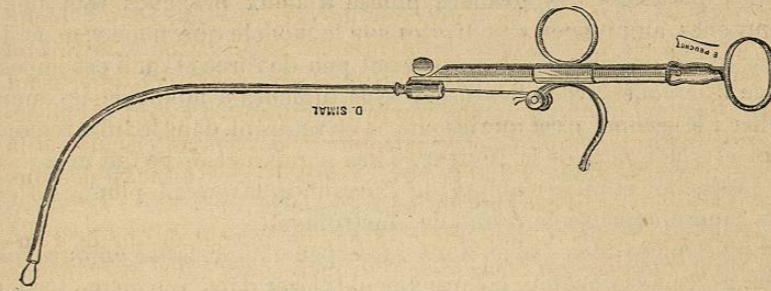


Fig. 81. — Serre-nœud.

les cas : c'est le manche ordinaire d'un serre-nœud, pourvu d'une glissette sur laquelle vient se fixer la tige de la portion laryngienne. Cette portion se compose d'un tube coudé conducteur dans lequel se trouve un mandrin qui d'une part se fixe sur la glissette du manche et est terminé de l'autre par une cuiller double ou tel autre instru-

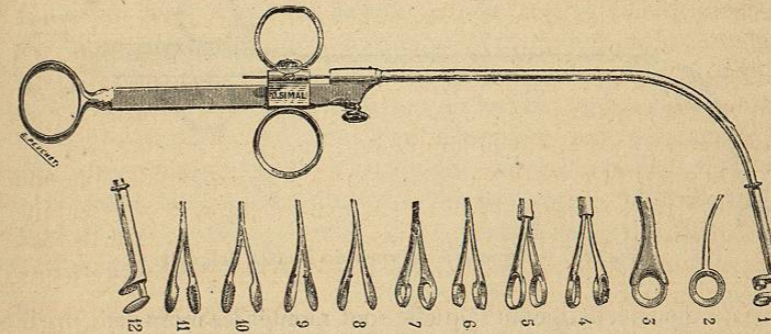


Fig. 82. — Pinces formées de deux cuillers montées sur une tige qui est cachée dans un tube métallique. Les nos 1 à 12 représentent les différentes formes de la partie de l'instrument qui sert à saisir le polype.

ment de préhension qu'on choisira. La mobilisation de la glissette fait mouvoir le mandrin dans le tube, et tend à fermer les deux cuillers de l'instrument de préhension.

De la nature du polype, de sa dureté, de sa forme, de sa position, il résultera une série d'indications spéciales pour le choix de telle pince plutôt que de telle autre ; en règle générale la section est préférable à l'arrachement, et on emploiera la pince antéro-postérieure

pour les polypes de la partie moyenne des cordes vocales, les pinces latérales pour ceux de la partie antérieure ou postérieure.

Si le polype a son siège sur la face trachéale de la corde vocale, c'est pendant un large mouvement d'inspiration qu'il deviendra plus facile à saisir ; il se présentera mieux pendant la phonation s'il est sus-glottique ou s'il repose sur la face supérieure de la corde vocale.

Les partisans des grandes pinces à deux branches font deux reproches aux pinces construites sur le modèle que nous venons de décrire : le premier, c'est qu'elles ont peu de force et qu'il est impossible d'arracher avec elles de grosses tumeurs à moins de les morceller ; le second, c'est que les pinces en rentrant dans le tube remontent et s'éloignent de la tumeur. Elles paraissent de ce fait manquer de précision, et on est obligé de faire un mouvement plongeant en bas pour compenser le retrait de l'instrument.

La première de ces objections garde peu d'importance aujourd'hui que, grâce à la cocaïne, le larynx peut tolérer dans une même séance l'introduction plusieurs fois répétée des instruments. Il devient dès lors plus dangereux d'enlever trop que trop peu à chaque pincée.

Le second des inconvénients qui est très réel et qui existe surtout quand il s'agit d'enlever des tumeurs très petites, a été supprimé par une modification due à Oertel et employée aussi par Moritz Schmidt. Dans la petite pince modifiée par ce dernier (fig. 83), et dont nous don-

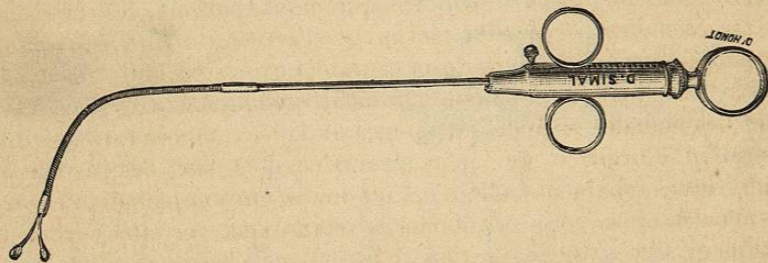


Fig. 83. — Pinces à polypes de Moritz Schmidt.

nons un modèle, la tige sur laquelle sont montés les mors demeure immobile, c'est le tube manchon qui est porté en avant, qui descend vers les cuillers et les serre comme le ferait un coulant. Cette disposition est obtenue en se servant pour manchon d'un tube flexible fait d'une lame en métal recourbée en spirale comme la trame d'un ressort à boudin. Cet instrument, à cause de la finesse de sa construction, en même temps que de la fixité de son extrémité, est l'instrument le plus commode pour l'ablation des petites tumeurs du larynx, nodules des chanteurs, trachomes, etc.

L'hémorragie qui suit l'intervention est peu importante ; elle se réduit à quelques gouttes de sang que la toux expulse rapidement ; jamais elle n'est assez abondante pour donner une inquiétude, et

nous ne comprenons pas que pour éviter ce petit suintement sanguin on puisse donner la préférence sur les instruments coupants à l'anse galvano-caustique. L'application de celle-ci est toujours suivie d'une réaction inflammatoire très douloureuse et accompagnée d'un œdème quelquefois considérable.

CAUTÉRISATION. — Elle peut être faite par des agents chimiques ou par le galvano-cautère. A cause de la difficulté de limiter à un point précis l'agent galvanique ou chimique que l'on emploie, nous ne sommes pas partisans de ce mode de traitement. La cautérisation galvanique est beaucoup plus douloureuse à supporter que l'excision, non seulement au moment de l'opération, mais aussi dans les jours qui suivent. Elle s'accompagne d'inflammation, de gonflement, de troubles de la déglutition, de la phonation, de la respiration qui peuvent être graves : aussi la proscrirons-nous de notre pratique.

Quant aux *caustiques chimiques*, s'ils peuvent être utiles dans les cas de pseudo-polypes du larynx dus à un gonflement localisé de la muqueuse, et que l'on peut jusqu'à un certain point qualifier de laryngite hypertrophique subaiguë, ils n'ont pas la prétention de faire disparaître les tumeurs chroniques et un peu volumineuses.

Leur usage devra être réservé au traitement post-opératoire, alors qu'il s'agira de modifier la surface d'implantation du polype pour en empêcher la repullulation.

C'est seulement pour mémoire que nous parlons des procédés d'extraction des polypes du larynx par les voies artificielles extralaryngées. Les laryngotomies ne sauraient avoir leur indication dans aucun cas. Seule la trachéotomie peut quelquefois être nécessaire chez des malades porteurs de polypes du larynx, mais c'est alors une opération d'urgence qui peut être nécessitée par des accidents asphyxiques imminents, elle n'est qu'une opération palliative contre ces accidents, et destinée à donner le temps d'enlever ultérieurement la tumeur par les voies naturelles : elle remédie à l'asphyxie, la tumeur est enlevée ultérieurement.

2° TUMEURS MALIGNES DU LARYNX.

Nous emploierons souvent le terme de cancer pour désigner les tumeurs malignes du larynx, parce que cette dénomination est plus aisée. — Cancer par opposition à polype.

L'histoire des tumeurs malignes du larynx est de date plus récente encore que celle des tumeurs bénignes. Les premières observations que l'on en retrouve ont trait à des cancers pharyngo-laryngés, observations de Morgagni, de Valsalva, dans lesquelles il est impossible de dire si la tumeur fut primitivement laryngée ou pharyngée. Depuis Morgagni, en effet, jusqu'à la période laryngologique, on ne pouvait diagnostiquer les cancers du larynx que dès le moment où les parties