

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-

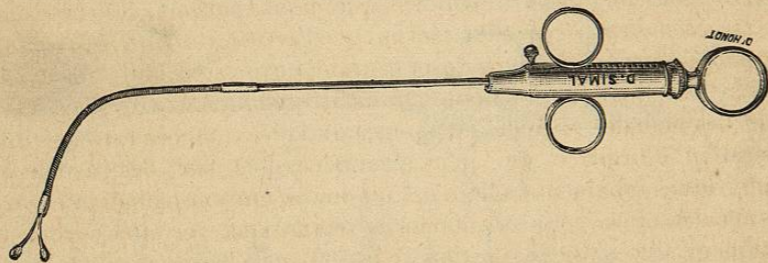


Fig. 83. — Pinces à polypes de Moritz Schmidt.

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

externes étaient atteintes. Aussi beaucoup de cancers passèrent-ils inaperçus, ou tout au moins ces tumeurs furent-elles jugées d'une autre nature. C'est ainsi que dans le « *Traité de la phtisie laryngée* de Trousseau et Belloc » on trouve l'observation d'une femme âgée de trente-deux ans qui fut trachéotomisée pour parer aux accidents asphyxiques. Elle mourut quelques années après, la plaie avait bourgeonné et Cruveilhier reconnut la nature cancéreuse de la tumeur à l'examen nécroscopique.

Les seuls cancers du larynx reconnus avant la période laryngoscopique, étaient des cancers de l'épiglotte que l'on avait observés en abaissant fortement la langue et en rendant ainsi visible cet organe tuméfié. (Regnoli et Cooper.)

Par l'usage du laryngoscope, le diagnostic des cancers devint plus facile et les observations se multiplièrent. La thèse de Blanc (1872), celle de Ed. Schwartz (1886) sont les deux travaux d'ensemble qui ont le mieux résumé la question.

Les progrès que la laryngoscopie fit faire au traitement des cancers du larynx ne furent pas aussi considérables que ceux obtenus dans le traitement des polypes. Le grattage endolaryngé est en effet généralement insuffisant et souvent même préjudiciable pour l'ablation des cancers. Aussi, malgré les progrès du diagnostic, le traitement se résuma longtemps dans la trachéotomie, opération seulement palliative des troubles respiratoires.

Depuis une vingtaine d'années, la chirurgie devenue plus audacieuse, a traité les cancers du larynx comme elle traite ceux des autres régions, par l'ablation de la tumeur. Elle a été encouragée dans cette voie par Czerny qui, en 1870, avait montré que l'on pouvait enlever le larynx à des chiens sans les vouer à une mort fatale. Aussi Billroth et les chirurgiens allemands tentèrent dès 1873 d'extirper le larynx chez les malades atteints de cancer de cet organe. Les chirurgiens anglais et américains les suivirent rapidement dans cette voie; ce n'est que plus tard, lorsque des résultats certains furent acquis, que la chirurgie française adopta ces interventions.

Aujourd'hui l'extirpation du larynx est faite plus fréquemment, et les derniers progrès permettent même de remplacer par un organe artificiel l'organe enlevé.

**Étiologie.** — Il ne saurait y avoir à proprement parler de cause aux tumeurs malignes du larynx, pas plus d'ailleurs qu'aux tumeurs des autres organes. Il est certain cependant, que l'âge et le sexe sont deux facteurs des plus importants.

C'est de trente à soixante ans que se rencontrent le plus souvent ces tumeurs. On en rapporte cependant des cas chez des enfants tout à fait en bas âge. On trouve le cas d'un enfant de trois ans, mort d'asphyxie causée par le développement d'une tumeur que l'examen microscopique révéla être un épithélioma lobulé; il y avait

un ganglion cancéreux sous le sterno-mastoïdien. Ce fait est une exception, mais il est toutefois très intéressant.

Les hommes sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes, et cela dans la proportion de six hommes pour une femme, suivant les statistiques.

La diathèse et l'hérédité sont ici ce qu'elles sont pour les cancers des autres organes et bien souvent on a relevé dans les antécédents héréditaires des affections cancéreuses.

Même remarque pour la contagion et pour la prolifération secondaire des cancers du larynx. Il faut enfin indiquer ici, mais à un degré moindre que pour les polypes, les causes qui irritent et fatiguent le larynx : abus de la parole, abus du tabac, de l'alcool.

Nous nous sommes déjà expliqués sur les cas où des tumeurs bénignes s'étaient transformées en tumeurs malignes.

La fréquence générale des tumeurs malignes du larynx est bien inférieure à celle des polypes. Beaucoup de laryngologistes ont pu passer de longues années de pratique active sans en rencontrer des exemples : tels sont Morell Mackenzie, Størck, Ziemssen. Nous en avons observé de nombreux cas et les statistiques admettent généralement que le nombre des cancers est à celui de polypes comme 1 est à 5 (1).

**Anatomie pathologique.** — Nous avons déjà dit que seuls seraient étudiés les cancers primitifs du larynx, et non ceux qui attaqueraient le larynx par contiguité, venant des organes voisins : langue, pharynx, œsophage... Il est vrai que bien souvent la réciproque est vraie, qu'un cancer primitif du larynx peut attaquer les parties voisines, et si le chirurgien est appelé à ce moment, il lui sera bien malaisé, sinon impossible, de dire sur lequel des organes se trouvait au début le point d'origine du mal.

Les cancers du larynx se développent presque toujours dans les parties molles; il n'est même pas de fait connu où la tumeur ait débuté par les parties cartilagineuses ou ligamenteuses de l'organe.

Tantôt la tumeur débute sur les parties centrales du larynx, tantôt sur les parties périphériques. La marche de la maladie n'est pas la même dans les deux cas. Krishaber a donné aux premières la dénomination de tumeurs intrinsèques du larynx, et aux secondes, celle de tumeurs extrinsèques. Par les premières il entend celles qui se trouvent sur les cordes vocales, sur les bandes ventriculaires, sur les aryténoïdes; par les secondes, celles qui se développent sur les replis ary-épiglottiques, sur l'épiglotte.

Les premières sont beaucoup plus fréquentes que les secondes, bien souvent elles chevauchent sur les parties centrales et sur les parties périphériques, sans qu'il soit possible de dire où était le point

(1) VIRCHOW, *Archiv für pathologische Anatomie de Virchow*, 1868, Band.

initial. Au lieu de la dénomination de Krishaber on pourrait adopter celle proposée par Schwartz, et distinguer les cancers en *marginaux* et en *cavitaires*. A notre sens ces divisions des cancers ne répondent pas à la réalité clinique.

Les cancers de la cavité du larynx sont intraglottiques ou sus-glottiques; les tumeurs sous-glottiques sont extrêmement rares. Leur rareté n'est peut-être qu'apparente, car elles sont souvent difficiles à diagnostiquer; on a vu des tumeurs attaquer et ronger profondément toute la face trachéale du larynx sans qu'il ait été possible de les reconnaître.

Les cancers de la cavité siègent surtout sur les cordes vocales, plus rarement sur les bandes ventriculaires.

Les cancers marginaux siègent surtout sur l'épiglotte. Ils peuvent être bilatéraux ou seulement localisés à un seul côté; les cancers unilatéraux sont de beaucoup les plus fréquents, on ne saurait leur assigner un côté de prédilection.

Les lésions de voisinage dépendent de la nature de la tumeur et du temps qui lui a été donné pour se développer. Les désordres peuvent être considérables dans l'organe dont l'aspect est absolument modifié; bien rarement les muscles périlaryngiens sont restés intacts, les observations relatant les opérations ou encore celles faites à l'autopsie en font foi.

Les vaisseaux artériels sont détruits, tantôt c'est l'artère laryngée supérieure, tantôt la carotide qui est atteinte, et quelquefois la mort a été la conséquence de l'hémorragie de ces vaisseaux.

Les nerfs du cou sont détruits par le processus cancéreux; c'est surtout le récurrent qui est exposé aux atteintes du mal; il en résulterait une paralysie du larynx, si déjà les parties malades n'étaient immobilisées par les lésions œdémateuses ou par la désorganisation profonde des tissus.

Les ganglions sont pris assez tôt; cela, il est vrai, dépend beaucoup de la portion du larynx sur laquelle se développe la tumeur. Krishaber a formulé la loi suivante sujette toutefois à quelques exceptions: lorsque le cancer est exclusivement intrinsèque, il n'y a pas de ganglion du cou; lorsque le cancer est extrinsèque, il y a au contraire des ganglions. Il ne faut pas oublier que la tumeur est souvent plus étendue profondément qu'elle ne le paraît au laryngoscope, de là les exceptions apparentes possibles à la loi de Krishaber. Cette loi est au reste d'accord avec ce que nous savons de l'anatomie des lymphatiques du larynx. Il est généralement admis que la muqueuse de la cavité laryngienne, surtout celle de la région glottique, est beaucoup moins riche en vaisseaux lymphatiques que celle des régions sus-glottiques et surtout que le pharynx et l'œsophage; cette proposition demeure vraie même après les travaux de Poirier qui a décrit un réseau spécial de ganglions du larynx. Disons que les

tumeurs du larynx ne se limitent pas souvent et que si quelques-unes peuvent être réellement appelées intrinsèques et siègent seulement sur les cordes vocales, il est bien rare qu'une tumeur marginale n'empiète pas d'une part sur la cavité du larynx proprement dite, d'autre part sur la région glosso-épiglottique ou aryténo-épiglottique. Rien n'est variable comme l'infection ganglionnaire secondaire et nous ne savons pas pourquoi tel cancer s'accompagne d'adénite précoce alors que tel autre évolue jusqu'à la période terminale sans donner lieu à cette complication. Nous croyons que l'ulcération ou la non ulcération de la tumeur a sur l'adénite une influence plus réelle que sa localisation.

Quand il y a adénite, les premiers ganglions pris sont ceux qui se trouvent en avant du sterno-cléido-mastoïdien, au niveau du cartilage cricoïde. Lorsque les organes voisins (œsophage, pharynx, langue) sont envahis, l'infection ganglionnaire suit la même évolution que dans les cancers de ces régions.

La destruction des cartilages et les séquestres qui accompagnent cette destruction peuvent déterminer la formation d'abcès autour du larynx; ces abcès peuvent s'ouvrir spontanément à l'extérieur ou nécessiter une intervention chirurgicale, et ainsi, la cavité du larynx communiquant avec l'extérieur, il se forme une fistule permanente au travers de laquelle s'élimine le séquestre.

**Nature de la tumeur.** — L'épithélioma est de beaucoup la plus fréquente des tumeurs malignes du larynx — tous les auteurs sont d'accord sur ce point. — C'est plus particulièrement sur les parties centrales du larynx qu'il prend naissance; il naît aussi sur l'épiglotte, mais moins fréquemment.

La variété histologique à laquelle appartient le plus généralement le cancer du larynx est celle des épithéliomas pavimenteux lobulés. Les carcinomes seraient plutôt les cancers de la périphérie et envahiraient de préférence l'épiglotte. On en rencontre toutefois dans les parties centrales du larynx, mais exceptionnellement.

Histologiquement, ils appartiennent plus spécialement à la variété des encéphaloïdes ou à celle des squirrhés.

Les épithéliomas et les carcinomes sont les tumeurs malignes les plus fréquentes. Après eux viennent les sarcomes.

Ils sont rares et ils tiennent le milieu pour la gravité du pronostic entre les polypes et les cancers proprement dits (épithéliomas, carcinomes). Ils envahissent de préférence le centre du larynx, les cordes vocales et les bandes ventriculaires. Quant, exceptionnellement, ils sont marginaux, on les trouve sur l'épiglotte. D'une façon plus lente, mais comme les précédents, les sarcomes envahissent progressivement toutes les parties du larynx et les détruisent.

Le sarcome est généralement unique, il se développe comme une tumeur limitée, généralement sessile ou reposant sur un large pédi-

cule. Rarement il s'ulcère, et quand il y a ulcération, ce n'est que superficiellement. Dans ce dernier cas, le diagnostic est très difficile, et il est même à peu près impossible, sauf par l'histologie, de distinguer un sarcome de l'épithélioma.

**Symptômes.** — Le début d'un cancer du larynx est en général obscur; c'est pendant des mois des troubles fonctionnels légers et variables suivant la localisation de la maladie, plus prononcés du côté de la phonation si le cancer est intrinsèque, du côté de la déglutition s'il est marginal. Disons toutefois que, même pour ces derniers, ce sont les troubles vocaux qui attirent les premiers l'attention. La voix est irrégulière, tantôt à peine voilée, à d'autres moments tout à fait éteinte. A mesure que la tumeur grossit, ce symptôme s'établit d'une façon plus constante, et bientôt les malades ne peuvent plus parler qu'à voix chuchotée.

La déglutition est quelquefois gênée, mais pas autant qu'on pourrait le croire, étant donné la position et le volume de certains cancers. Ce qui aggrave et rend plus marquée la dysphagie, ce sont les douleurs qui accompagnent souvent les cancers du larynx; quelquefois nulles, ces douleurs sont chez certains malades le caractère dominant de l'affection, elles peuvent être continues et spontanées, avec des irradiations fulgurantes dans le cou jusque vers l'épaule et le dos, jusque dans l'oreille et dans la pointe de la langue. Elles sont exacerbées à chaque instant par les mouvements de déglutition salivaire, bien plus encore que par la déglutition du bol alimentaire.

La dyspnée est aussi un phénomène variable comme intensité, elle est nécessairement en rapport avec l'étrécissement du larynx et augmentée par les bourgeons qui viennent obstruer la lumière du conduit rétréci. Cette dyspnée s'accompagne de cornage habituel et quelquefois d'accès; elle est pour une grande part dans l'altération de l'état général, puisqu'on voit des cancéreux dont l'état s'améliore après une trachéotomie, jusqu'à donner l'illusion d'un retour à la santé.

Ces altérations de l'état général sont aussi très variables. On a vu des malades supporter pendant des années des cancers avérés, reconnus non seulement par le diagnostic, mais encore par la marche ultérieure et fatale des événements, et continuer leurs occupations habituelles sans présenter pendant longtemps d'autre symptôme que l'aphonie.

L'ulcération peut ne survenir que tardivement, elle s'accompagne d'un suintement séro-sanguinolent et d'une odeur repoussante. Elle détermine une aggravation de l'état général. Cette ulcération peut avoir lieu soit à l'intérieur du larynx lui-même, soit tout autour des orifices fistulaires et principalement de l'orifice créé par la trachéotomie.

Nous nous sommes expliqués suffisamment sur l'adénite (p. 573) pour qu'il n'y ait pas lieu d'insister ici.

Au point de vue objectif, on verra tout à fait au début, soit sur une corde, soit de préférence sur la bande ventriculaire, une tuméfaction plus ou moins marquée en rapport avec les symptômes observés. La tumeur est en général mal isolée des tissus voisins, ses limites se fondent pour ainsi dire avec eux; elle n'est que très rarement pédiculée, et même lorsqu'elle est toute petite, il est difficile de la distinguer de l'auréole inflammatoire qui l'entoure; aussi dès qu'elle a acquis un certain volume, et Fränkel a insisté sur ce point, toute la région sur laquelle elle siège est fixée en masse, et l'*immobilité d'une corde vocale* ou d'*un aryténoïde* accompagnant une tuméfaction est un signe presque certain de cancer du larynx.

Lorsque la tumeur est marginale, elle se développe dans l'épaisseur de la muqueuse qu'elle distend; cette muqueuse distendue est rouge, luisante, violacée, et les vaisseaux qui la parcourent paraissent variqueux.

La tumeur peut acquérir un volume tel qu'on ne puisse plus distinguer qu'avec peine l'ouverture par où pénètre l'air. Cette ouverture peut être réduite à une sorte de glotte, dont les bords sont fixes et immobiles, et dont la lumière peut être obstruée par des villosités végétantes dont se recouvre toute la cavité du larynx.

La durée d'un cancer du larynx est chose très variable; elle dépend surtout de la prédominance de certains symptômes; la dyspnée, la dysphagie, les ulcérations rendent l'affection plus grave, mais la cachexie vient tardivement par le fait du cancer seul.

La *terminaison* est toujours fatale, mais reculée par des interventions tantôt palliatives, tantôt curatives.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du cancer du larynx est difficile au début. La tumeur simulera un polype, mais le polype, tumeur bénigne, est en général bien isolé; il est souvent multiple, ne s'accompagne pas d'inflammation. Il est par sa position une cause de dysphonie mais la motilité du larynx est toujours conservée. Il ne s'accompagne pas d'adénite, de dysphagie ni de douleur.

Les tumeurs tuberculeuses ne sauraient en imposer que tardivement pour un cancer du larynx. Elles s'accompagnent d'ulcérations multiples, d'œdème collatéral, de périchondrites, et ces accidents siègent le plus souvent sur les deux côtés du larynx. La cavité de cet organe est remplie de pus, la muqueuse est pâle, d'une couleur terreuse toute spéciale qui règne non seulement sur le larynx, mais encore sur les parties voisines, principalement le voile du palais, et qui ne ressemble pas du tout à la pâleur de la période cachectique du cancer. L'affection tuberculeuse siège sur les aryténoïdes, l'affection cancéreuse n'importe où.

A égalité de lésion laryngée, la tuberculose détermine un affaiblis-

sement de l'état général plus grand, et ne s'accompagne pas d'adénite. L'examen de la poitrine et celui des crachats seront d'un utile secours dans les cas douteux.

La différenciation clinique sera surtout difficile entre le cancer et la syphilis du larynx, si bien que dans la plupart des cas douteux, il ne faut pas hésiter à imposer au malade un traitement mixte énergétique. Dans la syphilis l'état local est amélioré, (syphilis gommeuse) ou reste stationnaire (syphilis scléreuse); dans le cancer, le traitement antisiphilitique ne donne aucun changement et la tumeur continue ses progrès.

Les *gommés syphilitiques* siègent de préférence sur l'épiglotte ou les replis aryténo-épiglottiques, il est rare qu'on ne trouve pas, soit sur la langue, soit dans le pharynx ou dans le nez des foyers anciens ou récents de la même affection.

La marche des accidents syphilitiques est beaucoup plus rapide que celle du cancer, et ne s'accompagne pas d'adénite. L'immobilité de la portion envahie fait pencher l'opinion du côté du cancer.

Le *diagnostic* de la nature du cancer n'a pas une grosse importance, si ce n'est au point de vue de la marche et du pronostic. Il est souvent impossible à faire, sauf à l'aide du microscope.

Le sarcome et le squirrhé n'ont rien qui les distingue, au début, d'un simple polype. L'aspect est un peu changé quand il s'agit d'un néoplasme à l'apparence noueuse comme dans le carcinome médullaire. Celui-ci et l'épithélioma sont les deux tumeurs ayant le plus de tendance à l'ulcération, le carcinome se couvrant toutefois davantage de végétations. Quand l'examen histologique sera possible, il tranchera la difficulté.

**Pronostic.** — Le pronostic du cancer du larynx est le même que celui de tous les cancers en général, ils ne guérissent pas spontanément. Dans le larynx, ils sont plus dangereux à cause des troubles qu'ils apportent à la fonction respiratoire, mais celle-ci rétablie par la trachéotomie, ils amènent une déchéance de l'état général moins rapide que dans d'autres organes. Les progrès de la chirurgie semblent diminuer la gravité du pronostic.

De toutes les tumeurs, la moins maligne est le *sarcome*, et surtout le sarcome dur. Les quelques cas de guérison durable que l'on a relevés, après traitement, sont à peu près tous des cas de sarcomes durs. Bien souvent aussi le sarcome s'est reproduit après une première ablation, et plusieurs années après la première opération. Même dans ces cas, une seconde intervention a encore donné des résultats durables.

Le *pronostic* est bien plus grave pour les épithéliomas et pour les carcinomes, pour ces derniers tout particulièrement: leur marche est rapide, et le traitement, quel qu'il soit, n'a pas semblé, jusqu'à présent, apporter même un arrêt dans les progrès de la maladie.

Le *siège* de l'affection modifie la nature des troubles et la gravité du pronostic. Les cancers de la partie centrale du larynx et qui demeurent limités à cette portion, n'ont guère de gravité que par les troubles respiratoires et la sténose du larynx qu'ils peuvent entraîner. Sauf ces accidents, l'état général semble pendant longtemps ne pas en souffrir, et nulle manifestation cachectique ne se produit; seuls les troubles vocaux vont en progressant.

Il n'en est pas de même pour les tumeurs extrinsèques. Celles-ci envahissent les organes voisins: pharynx, œsophage, langue, et le danger ne vient pas de la gêne respiratoire, mais des accidents du côté du pharynx, et de l'infection qui semble dans ce cas, marcher d'une façon beaucoup plus rapide. La voix peut rester intacte.

**Traitement.** — Le desideratum de la chirurgie du larynx serait évidemment d'enlever tous les cancers, comme il est de règle de le faire en chirurgie courante dans tous les cancers, accessibles à cette pratique. Considérant que le cancer n'est au début qu'une affection spécialement localisée au point où il se manifeste, il serait assurément indiqué d'enlever la tumeur chaque fois que l'infection n'a pas eu le temps de s'étendre au delà. Mais malheureusement ce point précis est difficile à délimiter, et de là toute une série d'indications pour le traitement que nous allons considérer.

Deux voies sont offertes pour l'ablation des cancers du larynx, la *voie naturelle* ou *endolaryngée*, et la *voie artificielle* que le chirurgien se crée pour arriver plus librement jusqu'au larynx et pour se donner la lumière suffisante qui lui permettra d'étendre l'opération jusqu'aux limites qu'il se posera.

**INDICATIONS OPÉRATOIRES.** — *Voie endolaryngée.* — La voie endolaryngée sera employée chaque fois qu'on pourra par ce procédé atteindre dans le larynx toutes les parties à enlever; ce cas ne se présentera que si la tumeur est bien circonscrite et située dans une portion du larynx accessible aux instruments habituels pour les interventions endolaryngées. Il faudra donc que le cancer soit exactement limité, peu volumineux, situé sur la partie moyenne de la corde vocale et sur son bord libre, non ulcéré, et surtout que la corde vocale *soit demeurée absolument mobile.*

Si l'on pense que les parties malades peuvent être exactement isolées des parties, on rentre dans le cas indiqué plus haut, et qui réalise la meilleure condition pour obtenir la guérison de l'affection. Par malheur, le diagnostic d'un cancer à cette période est chose bien difficile et bien hasardée avant que l'examen microscopique soit pratiqué; on peut cependant être mis sur la voie par les considérations que nous venons d'indiquer.

Pour que le cancer soit bien limitable, il faut que son siège se trouve surtout sur la partie moyenne de la corde vocale. S'il siégeait sur la partie antérieure, la commissure et l'épiglotte risqueraient d'être