

infiltrées. S'il était implanté sur la partie postérieure, le pied de la corde vocale, les aryténoïdes et l'espace interaryténoïdien seraient presque toujours atteints; et l'ablation complète de chacun de ces points n'est pas sans de nombreuses difficultés par la méthode endolaryngée.

C'est pour cette même raison que si la tumeur est limitée au bord libre de la corde vocale, elle sera facile à enlever parce qu'on jugera mieux de l'étendue de la lésion; le peu d'épaisseur du larynx en ces points facilite l'intervention endolaryngée.

Encore faut-il que la tumeur ne soit pas ulcérée; la tumeur parvenue à cette période est toujours trop avancée, et alors même qu'il n'y aurait pas d'adénite, il faut s'abstenir d'une intervention, parce que l'ulcération suppose déjà un stade relativement avancé de la maladie. C'est par l'adénite, que nous pouvons généralement juger de l'étendue plus ou moins considérable de l'infection, et la présence d'un ganglion dans le cou doit être considérée comme la preuve d'une infection déjà propagée aux alentours.

Pour la même raison, un trouble de motilité dans la corde vocale correspondant à la tumeur sera une contre-indication à l'intervention, car il y aura tout lieu de supposer, même en l'absence d'autres symptômes, que l'infiltration des tissus est déjà prononcée.

L'on se servira de pinces bien coupantes. Il faudra enlever, non seulement les parties reconnues atteintes par l'examen laryngoscopique, mais au delà, de 4 à 5 millimètres, dit Fraenkel. C'est pour cette raison que nous désapprouvons l'usage du serre-nœud, parce qu'il ne va pas au-delà de la tumeur et risque de laisser l'opération incomplète. Fraenkel déconseille l'usage des instruments galvanocaustiques parce qu'ils produisent tout autour de la portion enlevée une zone inflammatoire qui peut, dit-il, favoriser la récurrence.

Par la méthode endolaryngée, on risque toujours, quelques précautions que l'on ait prises, d'avoir fait une opération incomplète. Aussi devra-t-on, par la suite, surveiller son malade avec une assiduité toute spéciale, et se rappeler que l'on peut être à l'avenir appelé à pratiquer une seconde intervention.

Voie extralaryngée ou artificielle. — Par cette voie, le délabrement que peut faire le chirurgien n'est plus limité; il peut, suivant les indications du mal, enlever seulement une petite partie du larynx, en enlever la moitié ou l'enlever tout entier. On peut ramener ces opérations à trois chefs, suivant l'étendue de la portion enlevée, et considérer les indications qui s'appliquent: 1° à une laryngotomie suivie de l'ablation de la tumeur; 2° à une héli-laryngectomie, 3° à une laryngectomie totale.

Les indications pour une laryngotomie suivie de l'ablation de la tumeur sont à peu près les mêmes que celles indiquées précédem-

ment, seulement avec des lésions plus étendues ou avec une tumeur située sur des points moins accessibles aux instruments par la méthode endolaryngée. Ce sera par conséquent lorsque la tumeur semblera limitée d'une façon moins exacte, lorsqu'elle sera située, non pas sur le bord libre, mais sur le milieu de la corde vocale ou de la bande ventriculaire, qu'elle intéressera la partie tout à fait antérieure du larynx.

On enlèvera toutes les parties que l'on croit malades, on en dépassera même un peu les limites; ne pas oublier, avant de commencer l'opération, que l'on peut être entraîné à pratiquer une laryngectomie et on doit être prêt à parer toutes les éventualités. Le chirurgien ne consentira à l'opération que s'il est muni de tous les instruments nécessaires pour la laryngectomie, et que s'il a obtenu du malade et de son entourage, préalablement informés, l'autorisation de pousser son opération jusqu'au bout.

La laryngotomie sera précédée ou non de trachéotomie, les pansements seront faits comme d'usage.

L'opération que nous venons d'indiquer ne comporte pas un pronostic très grave; surtout avec les procédés actuels de la chirurgie, le malade court en somme fort peu de risques et guérit généralement. Les troubles de la voix sont en rapport avec les délabrements qui ont été faits, bien souvent elle est à peu près conservée intacte, et il ne reste qu'un peu de raucité. Fraenkel, dans son travail sur les *Cancers du larynx*, leur diagnostic et leur traitement (1889) publie une série de cinq observations où le cancer fut ainsi opéré dès ses débuts — par la voie endolaryngée il est vrai — et il relève quatre guérisons. Cet auteur, très partisan de l'intervention hâtive dans les cancers du larynx, soit par la voie endolaryngée, soit par la laryngectomie partielle, fait remarquer que de la sorte on évitera souvent que l'affection se généralise, et c'est là le but premier du chirurgien.

L'héli-laryngectomie s'appliquera aux cancers déjà avancés, où non seulement les muqueuses, mais encore le squelette sont atteints. Chaque fois que l'ablation d'une seule moitié du larynx suffira pour enlever toutes les parties malades, nous la conseillons, — à cette condition toutefois qu'il n'y ait pas par ailleurs les contre-indications opératoires que nous avons dites. — La conservation d'une partie du squelette suffit pour rendre le pronostic de l'héli-laryngectomie bien moins grave que ne l'est celui de la laryngectomie totale.

L'étendue de l'affection à tout l'organe nécessite dans certains cas l'ablation totale du larynx. Ceci est une opération grave, dont les suites sont souvent funestes. Avant d'en étudier le pronostic, considérons quelles en sont les indications et les contre-indications.

La *laryngectomie totale* est indiquée lorsque les points cancéreux sont disséminés sur toutes les parties de l'organe. Il faut, pour que

l'opérateur puisse la tenter avec quelques chances de succès, que l'état cachectique du malade ne soit pas trop avancé : une telle intervention ne va pas sans un choc opératoire considérable, de plus, le malade ne pourra désormais respirer que par une canule, et s'il n'a pas été habitué par une trachéotomie antérieure à ce nouveau mode respiratoire, il en résultera encore pour lui une condition plus défavorable.

La présence de ganglions sera une contre-indication à l'opération. On admet en général que leur présence est une preuve de la généralisation de l'infection, et l'extirpation de l'adénite compliquerait dans des proportions considérables, sinon impossibles, les difficultés déjà très grandes de l'opération.

Enfin, il faut que le cancer, malgré la dissémination, n'ait atteint que les parties centrales du larynx, cordes vocales, bandes ventriculaires, et que les parties périphériques des ligaments aryéno-épiglotiques soient encore saines. S'il n'en était pas ainsi, en enlevant les parties supérieures du larynx, on serait entraîné à aller au delà, et il faudrait enlever une partie de la langue.

En parcourant les statistiques aujourd'hui nombreuses, relatives à la laryngectomie totale ou partielle, on remarque que le chiffre des guérisons est encore assez considérable, si on ne le voit que dans sa brutalité et en rapport avec la gravité de l'affection que l'on traite. Poinçonat dans sa thèse (1889), réunit 49 laryngectomies partielles avec 4 morts, et 171 laryngectomies totales avec 69 morts et plus de 100 guérisons. En relevant les chiffres de statistiques différentes réunies par Solis Cohen, on trouve à peu près pour 80 cas de laryngectomie pratiquée pour cancer du larynx 18 cas de guérison constatée plus de deux ans après, 32 cas de mort dans un espace de un mois après l'opération et 50 cas de mort dans l'espace de un mois à deux ans. La partie la plus sombre de cette statistique, c'est assurément le nombre de cas de mort dans un espace de temps très court après l'opération, puisque 32 malades moururent en moins de trente jours après l'intervention.

En présence des statistiques que l'on vient de développer, l'expectative et le traitement palliatif ont des chances de séduire le médecin. Si l'on fait le compte de la durée moyenne des cancers du larynx, on verra que le malade supporte son affection sans traitement pendant dix-huit mois à deux ans, qu'au bout de ce temps la trachéotomie devient nécessaire, et qu'après cette opération le malade a encore une survie de un an à dix-huit mois. Cette comparaison serait peut-être à l'avantage du traitement médical, bien qu'on n'y relève pas les quelques cas de guérison qui sont à l'actif du traitement chirurgical.

Il est vrai d'ajouter que les chiffres ne sont pas les mêmes quand on observe les cas pour lesquels les laryngectomies ont été pratiquées.

Butlin a recherché la gravité de la laryngectomie suivant qu'elle était pratiquée pour un cancer intrinsèque ou pour un cancer extrinsèque du larynx. Tandis que pour les intrinsèques, 74 laryngectomies partielles ou totales donnent 12 guérisons définitives, 168 cancers pris en bloc ne donnent de même que 12 guérisons radicales. Il faut dire, pour expliquer les chiffres de Butlin, que celui-ci ne considère la guérison comme radicale que lorsqu'elle a été constatée plus de trois ans après l'opération; ils confirment ce que nous disions tout à l'heure, que l'intervention doit être limitée presque exclusivement aux cas où la tumeur est restée intrinsèque.

Pour nous résumer sur ce débat entre la réserve et l'expectative ou l'intervention chirurgicale et radicale, nous croyons devoir dire qu'en dehors des conditions anatomo-pathologiques de la tumeur du larynx, on devra bien souvent céder à d'autres considérations qui résulteront de la situation du malade, âge, état général, etc., l'opération pouvant, il est vrai, donner la guérison, mais pouvant aussi entraîner une issue fatale très rapide, l'expectative permettant de juger d'une façon à peu près précise du temps que mettra pour évoluer l'affection fatalement mortelle.

TRAITEMENT PALLIATIF. — Le traitement palliatif consiste à observer le malade en regardant souvent son larynx et en guidant son traitement suivant les symptômes de chaque instant. Au début, il n'y aura rien à faire; il en sera ainsi tant que le malade n'aura ni gêne pour la respiration, ni douleur, ni dysphagie. Plus tard, avec l'apparition de ces symptômes, les indications changeront. Quand la respiration sera devenue difficile, presque impossible, il faudra pratiquer la trachéotomie. Il y a tout avantage à attendre le plus tard possible et l'opération doit être faite le plus bas que l'on pourra sur la trachée pour éviter la contamination de la plaie. Bien souvent on voit l'état du malade s'améliorer d'une façon notable après la trachéotomie, par le seul fait de la meilleure condition respiratoire dans laquelle il se trouve. Cela est tellement vrai que l'on a pu s'illusionner quelquefois et considérer la trachéotomie qui était faite seulement pour parer à des accidents immédiats comme un traitement curatif de la maladie.

Malheureusement les progrès du mal prouvent bientôt le contraire, et la cachexie due au cancer remplace l'inanition qu'occasionnait l'obstacle à la respiration.

La douleur et la dysphagie sont la conséquence des progrès du mal et de l'ulcération de la tumeur. On les calmera par des nettoyages du larynx avec de l'huile mentholée à 1/20. Ces nettoyages, souvent répétés avec un badigeon, enlèveront le mieux possible le pus qui rend l'haleine de ces malades si fétide, en même temps qu'ils anesthésieront momentanément la muqueuse. On pourra encore

faire des insufflations de poudre de morphine, suivant la formule déjà donnée :

Poudre de morphine.....	} aa
Sucre de lait pulvérisé.....	
Gomme arabique pulvérisée.....	

et si enfin les douleurs sont trop violentes, il ne faudra pas ménager au malade les piqûres de morphine qui le calmeront.

TECHNIQUE CHIRURGICALE DE CERTAINES OPÉRATIONS DU LARYNX.

LARYNGOTOMIE ET TRACHÉOTOMIE. — LARYNGECTOMIE. TUBAGE DU LARYNX (1).

Comme le nom l'indique, la laryngotomie est l'incision du larynx la trachéotomie celle de la trachée. Quelquefois l'incision peut porter sur le larynx et sur la trachée, elle constitue la laryngo-trachéotomie. Suivant la hauteur sur le canal laryngo-trachéal où on pratique l'incision, l'opération devient la laryngotomie sous-hyoïdienne, la laryngotomie thyroïdienne ou thyrotomie, la crico-trachéotomie, la trachéotomie.

Nous décrivons deux de ces opérations, la *thyrotomie* et la *trachéotomie*; les autres sont seulement la prolongation de ces deux premières.

Thyrotomie. — Les indications de la thyrotomie sont rares et elles

(1) BOUCHUT (E.), D'une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1858. — *Traité des mal. des nouveau-nés*, 8^e édition. Paris, 1884. — BOECKEL (J.), Opérations pratiquées sur le larynx (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1886, p. 121 et 134). — MONOD et RUAULT, Contribution à l'étude de la thyrotomie et de la laryngotomie pour cancer du larynx (*Gaz. hebdom.*, Paris, 1887, p. 821). — POINÇONNAT, De l'extirpation du larynx, thèse de Paris, 1889-1890. — PÉRIER, *Bull. Soc. Chir.*, 1890. — PÉRIER, Sur la laryngotomie (*Congrès de chir.*, séance du 29 octobre 1895). — HOFFA, Ueber Laryngofissur (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1888, p. 878). — Resultate der Laryngofissur (*Centralbl. für Chir.*, 1888, p. 911). — RENAULT (P.), Manuel de trachéotomie. Paris, 1887. — GUILLEMAIN, La pratique des opérations nouvelles en chirurgie, 1895. — SOLIS-COHEN, Un cas de laryngectomie totale (*British med. Journ.*, 1895, p. 1100). — TERRIER (F.), De l'extirpation du larynx, leçon recueillie par M. Baudouin (*Arch. int. de laryng.*, 1896, p. 327). — MOURE, De la thyrotomie dans le cancer du larynx (*Congrès franç. de chir.*, Paris, 1891). — MARTIN (D.), Le tubage du larynx (*Bull. méd.*, 8 et 10 décembre 1895). — R. BENSARD et E. RIST, L'intubation laryngée. Les rares indications actuelles de la trachéotomie chez l'enfant (*Presse méd.*, n° 33, 1896). — J. TRUMPP, Un point de la technique de l'intubation (manière de retirer le tube) (*München. med. Wochenschr.*, 28 avril, 1896). — CORRADI, De quelques difficultés de l'intubation et des moyens d'y remédier (*Arch. ital. di otol.*, avril 1896). — LUBET-BARBON, Guide de thérapeutique générale et spéciale, art. CROUP, p. 153. — FERRERI, Intubation dans les sténoses syph. du larynx (*Arch. ital.*, n° 3 et 4, 1896). — LUBET-BARBON, De l'intubation du larynx (*Arch. roumaines de méd. et de chir.*, 1887). — CHAILLOU, Tubage du larynx et sérothérapie dans les croups diphtériques, thèse de Paris, 1895.

le deviennent tous les jours davantage avec les progrès qui font les divers procédés d'exploration du larynx. La thyrotomie trouve son indication lorsqu'on veut enlever des tumeurs dont l'extirpation est impossible par les voies naturelles : ce cas est exceptionnel ; ou bien encore lorsqu'on ne peut saisir et ramener par ces voies naturelles un corps étranger du larynx, plus particulièrement lorsqu'il est retenu dans un des ventricules.

Cette opération consiste en une fente verticale du larynx faite sur la partie médiane du thyroïde. Le point le plus essentiel de cette opération est l'intégrité du cartilage thyroïde au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales. Elle peut être pratiquée sans trachéotomie préalable, ou bien on peut avoir fait auparavant la trachéotomie. Si l'incision des téguments ne porte pas sur le cartilage thyroïde seul, mais sur les membranes fibreuses sus ou sous-jacentes, on a la laryngotomie sous-hyoïdienne ou la laryngotomie crico-thyroïdienne.

Le chiffre de la mortalité après les opérations de laryngotomie est en somme peu élevé, la moyenne des morts est de 5 p. 100.

Trachéotomie. — D'une façon générale, la trachéotomie est indiquée dans tous les cas où il y a un obstacle mécanique au passage de l'air, obstacle siégeant dans le larynx ou au-dessus et susceptible d'entraîner la mort par asphyxie. C'est un moyen d'ordre mécanique destiné à combattre une asphyxie d'origine mécanique, ou destiné à la prévenir.

Nous pourrions donc avoir à la pratiquer dans tous les cas d'occlusion aiguë ou chronique du larynx de cause quelconque ; pour l'ablation de corps étranger des voies aériennes ; ou bien encore, à titre préventif, pour éviter toute alerte d'asphyxie dans le cours d'une opération chirurgicale sur la bouche ou sur le larynx. Les indications, on le voit, sont nombreuses, la plus fréquente est de remédier à la difficulté respiratoire. Dans ce cas, à quel moment faut-il opérer ? Il faut opérer dès qu'il se produit du *tirage* d'une façon progressive et continue.

Le tirage est caractérisé par la dépression des parties molles du tronc au moment de l'effort inspiratoire. L'air entre dans la poitrine sous l'effort des muscles inspiratoires qui dilatent le thorax et les poumons. S'il y a obstacle à la pénétration de l'air, l'action des muscles n'en continuera pas moins à se produire ; elle sera peut-être même plus énergique, pour combler le vide thoracique, les parties molles du thorax seront aspirées en dedans pour ainsi dire et il se produira des expressions aux points faibles. C'est le tirage : il est sus-sternal, sous-sternal, chondro-costal. Quand il y a de la dyspnée, le tirage est une indication certaine d'un obstacle à la rentrée de l'air, obstacle siégeant dans la trachée, dans le larynx ou même au-dessus. On supprime le tirage en créant pour l'entrée de l'air une route artificielle.