

On a vu la guérison spontanée par détachement et rejet d'un polype à pédicule mince ou friable (1); la disparition spontanée a même été notée, soit que le polype détaché ait été avalé, soit qu'on ait eu affaire à un kyste qui s'est résorbé après rupture.

Après une guérison apparente, quelquefois d'assez longue durée, la tumeur reparait, alors même qu'il ne s'agit pas d'un papillome. Tel le cas d'un jeune officier opéré par Coupard qui, deux ans plus tard, eut un nouveau kyste au même point (2).

Exceptionnellement, la marche revêt des allures différentes, le polype donnant lieu à des hémoptysies répétées avec aphonie, faisant croire à de la tuberculose. Le fait a été noté chez un malade d'Oppolzer qui guérit radicalement après ablation par Størk d'un fibrome ulcéré. Dans un cas de Sommerbrodt, des attaques d'épilepsie disparurent après l'ablation d'un fibrome mou de la corde vocale.

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs bénignes du larynx varie suivant l'âge du malade et les conditions anatomiques de la tumeur.

Il est beaucoup moins sérieux chez l'adulte que chez l'enfant, par suite de l'impossibilité où l'on est de faire, chez ce dernier, la cure endo-laryngée, et aussi de cet autre fait que, chez lui, c'est la variété papillome qui est la plus fréquente. Or, de toutes les variétés anatomiques, la plus grave est le papillome diffus; bien que la transformation en épithélioma n'ait pas été démontrée (3), les récurrences en sont fréquentes, alors qu'au contraire les fibromes, les myxomes, les adénomes, les lipomes, les angiomes, etc., ne récidivent presque jamais.

Les tumeurs cartilagineuses ou osseuses n'offrent de gravité que par suite de la difficulté qu'on a à les extirper.

Diagnostic et traitement. — Voy. plus loin, p. 418.

B. — TUMEURS MALIGNES

Les premières observations de tumeurs malignes du larynx seraient, au dire de Morgagni, dues à Valsalva. Louis, Trousseau et Belloc, etc., publièrent quelques faits isolés; Regnoli, A. Cooper, Horace Green firent des tentatives d'extirpation par la bouche; Gordon Buck, en 1851, excisa un cancer après crico-thyrotomie; mais, comme pour les tumeurs bénignes, les travaux ne se multiplièrent qu'après l'introduction du laryngoscope dans la pratique.

Enfin, depuis 1875, époque où Billroth fit la première extirpation de larynx cancéreux chez l'homme, les essais d'opération curative se sont multipliés à l'étranger d'abord, puis en France dans ces dernières années.

Anatomie pathologique. — On divise les tumeurs malignes du larynx en *primaires* et *secondaires*; les premières naissent dans l'organe, les autres se développent tout d'abord dans les parties voisines (pharynx, œsophage, langue,

(1) Si l'on en croyait Boinet et Kiener, le détachement de polypes serait dû à l'action ulcéreuse de certains agents microbiens pénétrant le tissu de la tumeur. — ÉDOUARD BOINET, Rôle des microbes dans le développement et l'élimination spontanée de trois gros polypes sus-glottiques. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*. Paris, 1890, t. XVI, p. 767.

(2) Cité par SCHWARTZ, *loc. cit.*

(3) Voy. p. 408.

corps thyroïde, trachée), et n'atteignent le larynx que par suite de leur extension. Ce ne sont pas à proprement parler des tumeurs du larynx; aussi les laisserons-nous de côté et ne traiterons-nous ici que des tumeurs du larynx proprement dites, de celles qui sont d'emblée laryngées. Il est utile encore d'établir parmi ces dernières des distinctions, suivant qu'elles débutent dans la cavité laryngienne (*cancers intrinsèques*) ou qu'elles se développent tout d'abord au niveau de l'orifice laryngien (*cancers extrinsèques*, cancers pharyngo-laryngiens d'Isambert).

Le cancer du larynx est souvent unilatéral, fait important au point de vue du diagnostic et aussi à celui de l'intervention chirurgicale. Sur 56 cas, Fauvel trouve 26 fois la lésion à gauche et 7 fois à droite; 5 fois seulement le larynx entier était pris.

Au point de vue histologique, on trouve dans les tumeurs malignes deux variétés très différentes: des *sarcomes* et des *épithéliomas*. Nous rangeons avec Schwartz les sarcomes parmi les tumeurs malignes, parce qu'ils ont une marche rapide, envahissante, attaquant les cartilages et les membranes fibreuses, parce que, enlevés, ils récidivent très souvent et que, s'ils sont peut-être moins graves que les épithéliomas, ils sont loin d'être bénins comme les polypes en général.

1° *Sarcomes.* — Les sarcomes se développent le plus souvent à l'intérieur même du larynx, 21 fois sur 27 d'après les relevés de Schwartz. Ils débutent presque toujours par les vraies cordes vocales, quelquefois par les fausses. La tumeur est unie ou légèrement lobulée; dans deux cas

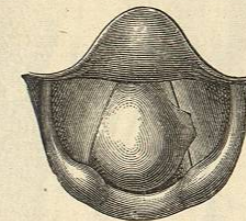


FIG. 122.
Sarcome du larynx.

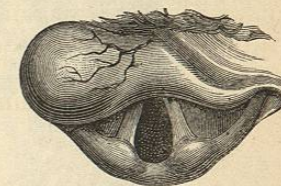


FIG. 125.
Sarcome fasciculé de l'épiglotte.

d'Ed. Fournié, sa surface était cependant papillaire. En général circonscrite, le plus souvent sessile, elle est recouverte par une muqueuse décolorée qui rarement s'ulcère. Lorsque le sarcome est envahissant, il détruit les cartilages, se répand dans les muscles et les régions voisines, simulant alors absolument un carcinome vrai. Seul l'examen microscopique permet alors la distinction en montrant qu'il s'agit d'un *sarcome à cellules rondes*. Cette variété n'est toutefois pas habituelle et le plus souvent la tumeur, dont la marche est plus lente, est constituée par un *sarcome fasciculé*. Signalons encore, comme des exceptions, le *sarcome alvéolaire* décrit par David Newmann, le *lymphosarcome* noté par Czerny, et enfin un *myxo-sarcome télangiectasique* observé par Ethelbert-Caroll Morgan.

2° *Épithéliomas.* — L'épithélioma semble se développer de préférence dans les points les plus irrités, soit par les mouvements de la déglutition, soit par ceux de la phonation et de la respiration (Schwartz). C'est dire qu'on observera le plus souvent au niveau de l'épiglotte les cancers extrinsèques ou marginaux; au niveau des cordes vocales inférieures, puis des supérieures, les intrinsèques ou cavitaires.

La tumeur se présente au début sous des aspects variables: petite tumeur saillante, à aspect papillaire (cancer polypoïde d'Isambert); tumeur bien cir-

conscrite, saillante; infiltration diffuse. A ce moment, le diagnostic est des plus difficiles; mais toujours, à une certaine période de son développement, la tumeur prend les caractères généraux des néoplasmes malins et envahissants. La muqueuse est alors ulcérée, fongueuse, bourgeonnante, recouverte de pus sanieux.

Le reste de la muqueuse est enflammé; quelquefois il existe une infiltration

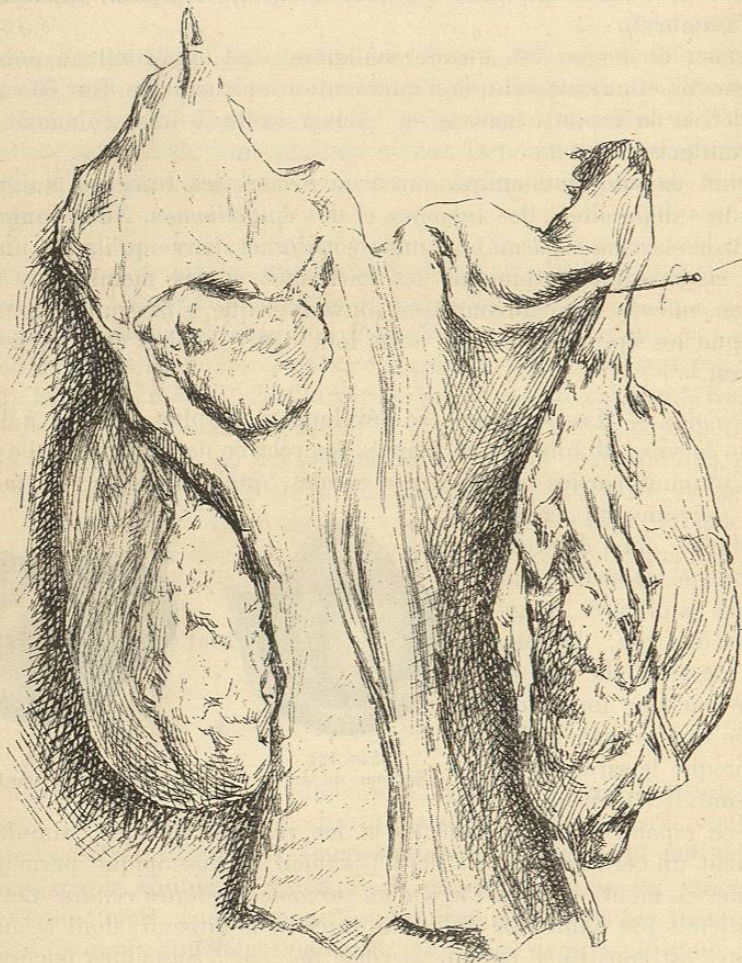


FIG. 124. — Épithélioma intra-laryngé. (Ruault.)

œdémateuse sous-muqueuse. Les cartilages sont envahis par le néoplasme, ou tout au moins enflammés, ossifiés dans son voisinage; ils sont épaissis, élargis, déformés, donnant au larynx un aspect spécial, comparé par Isambert à celui d'une carapace de homard. L'infiltration peut s'étendre aux organes voisins. Dans un cas de Thiersch, les lésions étaient telles que les corps de cinq ou six vertèbres cervicales étaient en grande partie transformés en une masse cancéreuse. Les vaisseaux eux-mêmes ne sont pas indemnes; nous n'en voulons pour preuve que l'observation de Dreyfous, qui nous montre une hémorragie mortelle par ulcération de la laryngée supérieure, une autre de Desnos où la

carotide primitive était perforée. Les nerfs du cou, en particulier les récurrents, sont souvent englobés dans ces néoplasmes envahissants.

Il n'est pas rare, lorsque le cancer devient superficiel, de voir survenir de véritables phénomènes inflammatoires avec abcès consécutifs qui s'ouvrent d'eux-mêmes ou sont ouverts par le chirurgien et donnent issue à de l'ichor ou à du pus sanieux et plus tard à des bourgeons cancéreux qui végètent au dehors; c'est assez souvent le cas, lorsqu'on a fait une trachéotomie très près du niveau inférieur du mal (Schwartz).

L'envahissement ganglionnaire, constant dans le cancer extrinsèque, n'existerait pas dans le cancer intrinsèque, si l'on en croit Krishaber. Cette formule, trop absolue d'après Buttin et Schwartz, est cependant vraie d'une façon générale, l'infection ganglionnaire étant inconstante et tardive dans les cancers intrinsèques. Lorsqu'elle a lieu, ce sont en général les ganglions situés sous le bord antérieur du sterno-mastoidien qui se prennent; M. F. Terrier a, dans un cas, vu l'envahissement des ganglions sus-claviculaires. Cette adénopathie, ordinairement unilatérale, est en général peu prononcée. Elle peut suppurer, ce qui s'explique facilement par l'absorption d'agents infectieux au niveau de l'ulcération laryngée. Quand le cancer a franchi le larynx, l'engorgement ganglionnaire est constant.

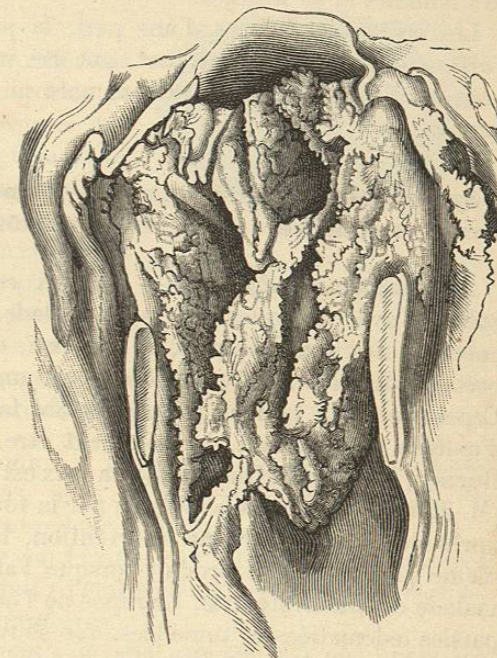


FIG. 125. — Cancer du larynx. (M. Mackenzie.)

La généralisation est rare, mais existe. Une opérée de Sands est morte, vingt-deux mois après une thyrotomie, d'un cancer des capsules surrénales, des reins et des uretères. Chez un malade de Desnos, porteur d'un épithélioma du repli ary-épiglottique, on trouva à l'autopsie un noyau cancéreux dans le foie. Dans un cas de Schiffers et dans un autre de Thiersch, les poumons étaient parsemés de noyaux secondaires. Nous signalerons enfin un fait curieux de Poncet (de Lyon), où la généralisation s'était faite dans les os du crâne.

La variété histologique la plus fréquente est l'épithélioma pavimenteux lobulé; Kosinsky, Maydl, Lépine et Malassez ont cependant publié quelques cas d'épithéliomas à cellules cylindriques; enfin on a décrit des carcinomes encéphaloïdes, rarement des squirrhés.

B. Fränkel rapproche des épithéliomas la *pachydermie laryngée* de Virchow. Cette affection serait caractérisée par un état un peu comparable aux verrues, bien que différant de celui des papillomes par la présence de rhagades, d'ulcérations, par un état bosselé de la région inter-aryténoïdienne, etc. Anatomiquement, les lésions seraient fort analogues à celles de la leucoplasie buccale.

Étiologie. — Le cancer du larynx se développe surtout à un âge assez avancé, de quarante à soixante-dix ans dans 84 pour 100 des cas (Sendziak); on l'a cependant vu aux autres âges de la vie; Rehn l'a observé chez un enfant de trois ans, dont l'affection remontait à deux ans environ; Preisendorffer, chez un homme de quatre-vingt-deux ans. D'une manière générale, il semble que le sarcome se développe de vingt à soixante ans, chez des malades plus jeunes que ceux porteurs d'un épithélioma, qui rarement ont moins de quarante ans.

L'homme est beaucoup plus souvent atteint que la femme: sur 179 cancéreux, Schwartz trouve 155 hommes et 26 femmes seulement; Sendziak, 418 hommes et 68 femmes.

Les irritations locales d'une part, la prédisposition créée par l'hérédité et l'arthritisme, etc., d'autre part, ont été invoquées ici comme pour les autres cancers. Lépine et Krishaber ont noté la coïncidence de la tuberculose et du cancer.

Symptômes. — Les symptômes des tumeurs malignes du larynx peuvent être divisés en symptômes subjectifs et symptômes objectifs.

A. Symptômes subjectifs. — La voix est voilée, rauque, enrouée sans être aphone; avec quelques efforts, le malade arrive, comme le dit Fauvel, à faire entendre des sons rauques, il est vrai, mais qui peuvent être perçus à une certaine distance; cette dysphonie est un signe presque constant du cancer. Cependant si la tumeur n'a pas envahi la glotte, s'il n'y a pas de catarrhe ou d'œdème concomitant, la voix peut être conservée à peu près intacte (Mac Burney, Schwartz). Quelquefois la voix est bitonale par paralysie d'un récurrent (M. Mackenzie). Après expulsion par la toux d'une partie de la tumeur comme après destruction par une intervention, la voix revient souvent en partie. Le même phénomène se produit lorsque l'affection n'étant pas très avancée, le malade est trachéotomisé. Le repos de l'organe amène un dégorgeant tel des parties œdématisées et tuméfiées, que souvent dix ou quinze jours après l'opération, le malade peut parler avec une canule fenêtrée, ce qui lui donne un espoir, malheureusement toujours déçu, de guérison prochaine (Fauvel).

La toux, fréquente au début, est rauque; elle diminue à mesure que la maladie évolue; elle est souvent provoquée par de mauvaises déglutitions.

La gêne respiratoire s'installe lentement: intermittente d'abord, ne se montrant qu'à l'occasion d'efforts, de fatigues de parole, elle devient continue, s'accompagne d'un cornage un peu spécial à timbre dur (Fauvel), et peut amener la mort, soit dans un accès de suffocation, soit par asphyxie lente. Cette dyspnée n'est pas en rapport seulement avec le volume de la tumeur, mais aussi avec les lésions du récurrent, la destruction de fibres musculaires, les ankyloses des articulations crico-aryténoïdiennes.

La déglutition est gênée, quelquefois douloureuse, surtout dans les cancers de l'orifice supérieur du larynx, tellement que l'alimentation devient impossible.

Les douleurs, à peu près nulles au début, vont croissant; elles sont d'abord sourdes, puis lancinantes, et s'accompagnent d'irradiations dans l'oreille, la face, dans un côté de la tête; elles atteignent leur maximum lorsque le cancer est ulcéré, ou lorsqu'il a envahi la région pharyngienne.

La salivation est, en général, assez marquée et fatigue beaucoup le malade; l'expectoration, spumeuse au début, devient purulente, sanieuse, sanguino-

lente; elle est ordinairement fétide et peut contenir des fragments de tumeur. Dans certains cas, la salivation devient excessive; le malade ne peut rester un moment sans cracher, la déglutition de cette salive étant extrêmement douloureuse; il se réveille la nuit en sursaut pour cracher et trouve le matin ses oreillers imprégnés d'un véritable *ichor cancéreux* (Fauvel).

L'haleine est fétide. Il est fréquent de voir de petites hémorragies qui se répètent, l'organisation du caillot se faisant difficilement sur une surface qu'agitent constamment les efforts de toux et les mouvements imposés par la respiration; les grandes hémorragies amenant la mort rapide sont rares mais ont été notées à la suite de l'ulcération d'une artère par le néoplasme.

B. Symptômes objectifs. — Le palper extérieur du cou ne donne souvent aucun renseignement; quelquefois cependant il permet de constater une augmentation de volume du larynx, un épaissement de ses cartilages, l'existence d'une sorte de gangue inflammatoire péri-laryngienne, la présence d'une adénopathie sous-sterno-mastoïdienne, qui, très rarement précoce, peut atteindre un volume considérable et même suppurer.

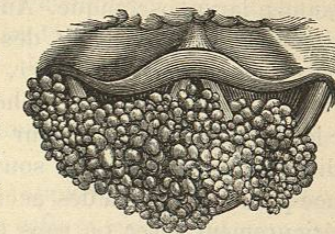


FIG. 126. — Aspect laryngoscopique du cancer, représenté figure 125.

Le toucher n'est utile que pour les tumeurs de l'orifice supérieur du larynx; aussi faut-il toujours recourir au laryngoscope qui seul permet d'apprécier le siège, l'étendue, le volume et les connexions de la tumeur.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Dans une première période qui dure ordinairement de deux à trois ans, mais qui peut être très longue⁽¹⁾, les symptômes sont ceux d'une laryngite catarrhale chronique.

La deuxième période est caractérisée par l'existence de troubles respiratoires dépendant du rétrécissement du conduit; l'état général reste encore relativement bon si l'on pare aux troubles respiratoires.

Dans la troisième période, la cachexie s'installe rapidement, peu après les troubles de la déglutition; elle peut, si la trachéotomie a été faite, amener la mort par épuisement lent, ou être brusquement interrompue par un accès de suffocation subite, au moment d'un changement de canule en particulier, par une inflammation pleurale ou pulmonaire (Schluckpneumonie), par une syncope, par une hémorragie, etc. Le plus souvent le malade, déjà cachectisé, meurt d'inanition par suite des troubles de la déglutition.

Pronostic. — Le pronostic des tumeurs malignes est très grave; abandonnées à elles-mêmes, elles amènent constamment la mort; toutefois leur degré de malignité varie suivant leur nature, la récurrence après ablation étant beaucoup moins rapide dans les sarcomes durs que dans les autres variétés.

Ce pronostic s'est amélioré depuis que la chirurgie intervient d'une manière plus active, et l'on peut dès aujourd'hui dire que par une laryngectomie partielle

⁽¹⁾ Krishaber dit avoir vu un homme enroué pendant vingt ans avant d'avoir de la gêne respiratoire; Gussenbauer fit l'ablation du larynx d'un malade qui souffrait depuis dix-huit ans et auquel on avait enlevé à deux reprises des polypes. Nous pensons que, dans ces cas, il ne s'agissait pas, dès le début, de tumeurs de mauvaise nature, et nous croyons qu'on s'est trouvé en présence de cancers développés dans des larynx déjà malades, véritables *loci minoris resistentiæ* chez des malades prédisposés.

ou totale, faite à temps, on peut espérer obtenir la cure radicale de cette redoutable affection. Nous verrons plus loin les résultats de ces interventions ⁽¹⁾.

Diagnostic des tumeurs du larynx. — Le diagnostic d'une tumeur du larynx comprend les points suivants : 1° Y a-t-il tumeur? 2° Quelle est sa variété? Afin de mettre un peu d'ordre dans la question, nous étudierons successivement ces deux points pour les tumeurs bénignes et pour les tumeurs malignes.

A. *Tumeurs bénignes.* — 1° Le diagnostic est surtout difficile en l'absence d'examen laryngoscopique. Aussi, chez l'enfant qui ne supporte guère l'application du miroir, on a fait des erreurs nombreuses avec diverses affections du larynx : *croup, corps étranger, adénopathie trachéo-bronchique*, etc. On se fondera sur l'existence d'une aphonie de longue durée, sur la gêne respiratoire, sur le sifflement laryngé, pour soupçonner l'existence de polypes (Causit). Mais le diagnostic n'est le plus souvent posé qu'après une trachéotomie faite d'urgence pour remédier à des accidents asphyxiques, soit que l'on ait eu recours ultérieurement, avec ou sans anesthésic, à l'examen laryngoscopique, soit que l'on ait aperçu le néoplasme par la plaie de trachéotomie, soit enfin que des morceaux de la tumeur aient été rejetés par le malade.

L'examen laryngoscopique peut lui-même être insuffisant, lorsque le polype est petit et situé dans le ventricule (il faut alors faire tousser le malade), ou encore lorsqu'il est caché dans la portion sous-glottique. En général, il est cependant possible de faire assez facilement le diagnostic des tumeurs bénignes.

Les bourgeons charnus, *granulomes*, développés sur une ulcération simple (au contact d'un corps étranger) ou diathésique (tuberculeuse, syphilitique) peuvent en imposer, mais, comme cliniquement leur traitement est identique à celui des polypes, l'erreur n'a qu'une importance relative.

L'éversion de la muqueuse des ventricules, signalée par Moxon, Lefferts, Elsberg, Solis Cohen, se distingue des polypes par l'absence de démarcation entre la bande ventriculaire et le ventricule; de plus la pression avec la sonde permet de faire rentrer la partie herniée.

Störk a pris pour un polype une simple *hypertrophie de la muqueuse*. Les *lésions syphilitiques tuberculeuses*, les *néoplasies malignes*, prêtent aussi à la confusion ⁽²⁾. Mais dans aucun de ces cas on ne constate ces contours nettement limités qui sont l'apanage des polypes (Fauvel).

2° Lorsqu'on a diagnostiqué un polype dans le larynx, il faut en déterminer la nature afin de pouvoir poser en connaissance de cause le pronostic et les indications thérapeutiques. En règle générale, c'est à un *papillome* que l'on a affaire, cette variété de tumeurs étant de beaucoup la plus fréquente. On les reconnaît à leur siège (angle et partie antérieure du bord libre des cordes vocales inférieures), à leur coloration, aux inégalités de leur surface qui est mamelonnée ou chagrinée. Oertel, Bruns en décrivent trois formes distinctes : *a*, tumeur rose ou rouge foncée, inégale ou mamelonnée; *b*, tumeur grisâtre à texture papillaire nette; *c*, chou-fleur mou.

Les *fibromes* se développent sur les deux tiers antérieurs des cordes; ils sont

⁽¹⁾ Voy. p. 422.

⁽²⁾ Voy. plus loin, p. 419.

blanchâtres, quelquefois roses, à surface lisse, quelquefois lobulée (Fauvel). Lorsqu'ils sont développés sur le bord libre d'une corde vocale, la corde opposée est irritée, rouge par suite du contact de ce corps étranger.

Les *myxomes* sont souvent pédiculés; leur surface est lisse, la muqueuse qui les couvre a sa coloration normale.

Les *angiomes* sont globuleux, rouges, luisants, quelquefois noirâtres; les *kystes*, fort rares, siègent en général sur l'épiglotte; leur forme globuleuse, leur aspect vésiculeux et transparent appellent immédiatement le diagnostic.

5° Lorsque l'on a ainsi posé le diagnostic de la tumeur, il faut déterminer le point et le mode de son implantation; c'est généralement facile grâce à l'examen laryngoscopique; ce peut être impossible pour les tumeurs volumineuses, qui, par leur masse, cachent le pédicule.

B. *Tumeurs malignes.* — Le diagnostic des tumeurs malignes est entouré de difficultés.

Dans certains cas d'infiltration diffuse, avant l'apparition de l'ulcération, on a pu croire à une *laryngite hypertrophique*; dans celle-ci les lésions ne sont pas localisées comme dans le cancer; la coloration générale de la muqueuse est rouge vif et non vineuse, violacée; il n'existe pas de douleur et souvent le malade n'a pas atteint quarante-cinq à cinquante ans, âge avant lequel on n'observe guère de tumeurs malignes du larynx. L'existence de douleurs à la pression, dès le début de l'affection, a pu faire croire à une *périchondrite primitive*.

Mais ce ne sont là, en somme, que des causes d'erreur rares, et c'est surtout avec les *lésions syphilitiques, tuberculeuses* et avec *certaines variétés de tumeurs bénignes* que l'on fait le plus souvent confusion.

On a donné comme signes différentiels : l'engorgement ganglionnaire, l'existence de douleurs irradiées. Mais l'adénopathie est rare; la constatation de douleurs irradiées dans la face et dans l'oreille, très caractéristique pour Ziemssen, serait insuffisante, d'après Schwartz, qui admet leur existence au cours de lésions syphilitiques ou tuberculeuses; aussi est-ce à l'examen objectif qu'il faut surtout se fier.

Les *lésions syphilitiques* occupent l'épiglotte ou son voisinage; souvent elles sont consécutives à des lésions pharyngées, et sont caractérisées par des ulcérations taillées à pic, nettement circonscrites, entourées d'une muqueuse rouge foncé, souvent œdémateuse; fréquemment elles sont symétriques; alors que l'ulcération cancéreuse augmente sans cesse, l'ulcération syphilitique diminue par élimination de masses gommeuses, et quelquefois même guérit partiellement, montrant alors, à côté d'elle, une cicatrice pathognomonique. Dans les cas douteux, on peut avoir recours à un traitement antisiphilitique énergique, mais on le fera court, car il aggrave le cancer; aussi vaut-il mieux recourir à l'examen microscopique de parties enlevées.

Les *lésions tuberculeuses* siègent de préférence sur la paroi postérieure du larynx et la région inter-aryténoïdienne; elles surviennent chez des individus relativement jeunes et sont le plus souvent secondaires à des lésions pulmonaires. Elles sont constituées par des ulcérations à fond jaunâtre; il existe un état anémique de la muqueuse laryngée avec gonflement œdémateux et rougeur de la région aryténoïdienne. Ce qui cause quelquefois l'erreur, c'est qu'il n'est pas rare de voir sur les ulcérations tuberculeuses pousser de volumineux bour-