

geons et même de véritables tumeurs comme l'ont signalé Schnitzler, Gouguenheim, etc. Dans ces cas on aura recours à l'examen microscopique de fragments enlevés sous le contrôle du laryngoscope; mais cela même peut être insuffisant, et l'on trouve partout relaté un fait de Gussenbauer, où même après l'extirpation totale de l'organe on avait cru à un cancer alors qu'il ne s'agissait que de tuberculose laryngée comme le montra un deuxième examen histologique refait sur la pièce conservée après que le malade fut mort de tuberculose pulmonaire.

Le *lupus du larynx* est excessivement rare, il se développe chez des jeunes gens et ressemble à une plaie en voie d'évolution recouverte de bourgeons charnus un peu exubérants, donnant une sécrétion très minime, ne s'accompagnant ni de douleur, ni d'œdème périphérique.

C'est surtout avec certaines formes de *papillomes* que le diagnostic de cancer présente des difficultés. Les papillomes se développent chez des individus plus jeunes et sont ordinairement multiples, mous, plus longs que les végétations papillomateuses du cancer (B. Fraenkel). Malheureusement ces caractères ne sont pas toujours suffisamment tranchés pour permettre d'affirmer le diagnostic. Aussi est-il souvent nécessaire de recourir à l'examen microscopique de fragments enlevés avec la pince coupante. On aura soin de faire les coupes histologiques perpendiculaires à la surface libre, les papillomes donnant sur des coupes parallèles à cette surface des boyaux épithéliaux entourés de tissu conjonctif; une autre cause d'erreur consiste à prendre pour des amas épithéliaux proliférés des formations glandulaires de la corde vocale, englobées dans la tumeur. Un peu d'attention permet de reconnaître les glandes à la régularité du revêtement épithélial. L'erreur inverse, consistant à prendre un épithéliome pour un simple papillome est possible lorsque l'examen est fait sur des fragments enlevés à la superficie de la tumeur, le tissu caractéristique n'existant qu'à une certaine profondeur. Bien pratiqué, ce mode d'examen donnerait, au dire de B. Fraenkel, des résultats caractéristiques.

Les *sarcomes* se distinguent des épithéliomes, parce qu'ils se développent chez des individus plus jeunes et forment des tumeurs circonscrites, dures, sessiles, lisses ou lobulées, quelquefois villeuses. Ils ne s'ulcèrent pas aussi rapidement et ne s'accompagnent pas d'engorgement ganglionnaire; leur marche lente au début devient rapide à une certaine période de leur évolution; grâce à cet ensemble de caractères on peut, dans bon nombre de cas, faire le diagnostic; celui-ci n'est cependant pas toujours possible et certains sarcomes simulent à s'y méprendre les épithéliomes les plus avancés.

**Traitement des tumeurs du larynx.** — Le traitement des tumeurs du larynx peut être purement *palliatif*, destiné à remédier aux accidents respiratoires (trachéotomie); il peut être *curatif* et comprend alors un certain nombre de méthodes de traitement qui peuvent être classées sous trois chefs principaux: 1° cure endolaryngée; 2° cure après laryngotomie préliminaire; 3° laryngectomie. Nous laissons de côté la *laryngopuncture* de Rossbach, qui enfonce, au niveau de la partie la plus inférieure de l'échancre supérieure du cartilage thyroïde, un petit couteau dont il dirige ensuite les mouvements à l'aide du laryngoscope.

1° *Méthode endolaryngée.* — Après cocaïnisation du larynx, on va, guidé par le laryngoscope, détruire la tumeur à l'aide de moyens très divers.

L'arrachement et l'écrasement se font avec des pinces spéciales, variant suivant l'opérateur; le *grattage*, surtout préconisé par Voltolini, serait suivi, même lorsque le néoplasme n'est pas détruit en totalité, d'une inflammation suppurative qui en fait disparaître les restes (Schwartz) (?). L'*incision* se fait à l'aide de

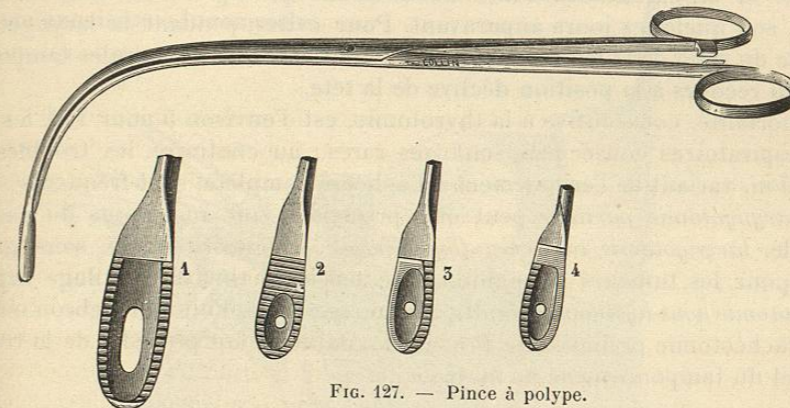


FIG. 127. — Pince à polype.

couteaux ou de ciseaux *ad hoc*. L'*excision*, praticable avec les mêmes instruments ou avec des polypotomes spéciaux, l'est aussi avec des serre-nœuds, ou mieux encore avec le galvano-cautère que l'on peut aussi employer pour pra-

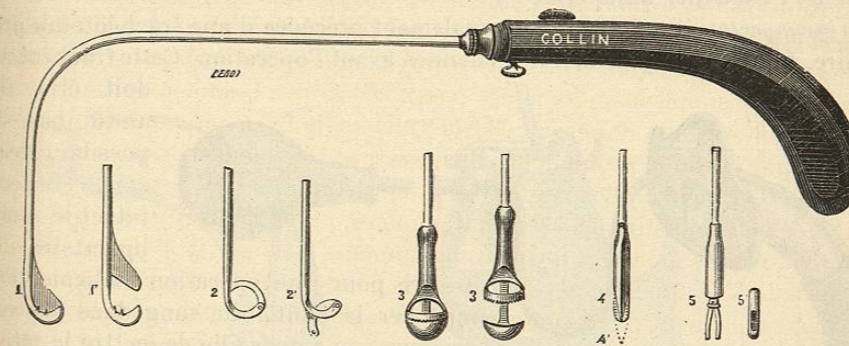


FIG. 128. — Polypotome à tranchant oblique (1), à anneau tranchant (2), en demi-sphère tournante (3), kystitome d'Isambert (4), porte-caustique (5).

tiquer la *cautérisation* de la tumeur. Celle-ci a été aussi faite avec des caustiques chimiques (nitrate d'argent, chlorure de zinc, acide chromique). L'*électrolyse*, préconisée par Fischer, n'est guère employée.

2° *Laryngotomie.* — La laryngotomie, conseillée par Desault, exécutée par Brauers (de Louvain) et par Ehrmann (de Strasbourg) a été aujourd'hui pratiquée un grand nombre de fois (1). Elle peut être *totale* ou *partielle*.

A l'exemple de P. Bruns (2), nous rapprocherons de la *laryngotomie totale* ou *laryngofissure* la thyrotomie, le grand point étant la section ou l'intégrité du cartilage thyroïde au niveau de l'insertion des cordes vocales. Cette opération consiste en une fente verticale du larynx, faite sur la ligne médiane antérieure,

(1) PLANCHON (Ch.), *Faits cliniques de laryngotomie*. Thèse de Paris, 1869.

(2) P. BRUNS, *Die Laryngotomie zur Entfernung intra-laryngealer Neubildungen*, Berlin, 1878.

portant soit sur le thyroïde seulement, soit à la fois sur le thyroïde, sur les membranes fibreuses sus ou sous-jacentes et sur le cricoïde. Cutter, Balassa, Serres (de Montpellier) ont fait la laryngofissure sans trachéotomie préalable, mais leur pratique n'a généralement pas été suivie, et le plus souvent on fait précéder la laryngofissure d'une trachéotomie pratiquée soit dans la même séance, soit quelques jours auparavant. Pour éviter, pendant la laryngotomie, la chute du sang dans les voies aériennes, on s'est servi de canules-tampons ou l'on a eu recours à la position déclive de la tête.

La mortalité, consécutive à la thyrotomie, est d'environ 5 pour 100, les troubles respiratoires consécutifs sont très rares; au contraire, les troubles de la phonation, variant de l'enrouement à l'aphonie complète, sont fréquents.

La *laryngotomie partielle* peut être pratiquée, soit au-dessous du cartilage thyroïde, *laryngotomie intercrico-thyroïdienne*, opération simple, sans gravité, bonne pour les tumeurs sous-glottiques; soit au-dessus du cartilage thyroïde, *laryngotomie sous-hyoïdienne* de Malgaigne, que Prat, Follin et Debrou ont faite sans trachéotomie préliminaire et que Langenbeck a fait précéder de la trachéotomie et du tamponnement du larynx.

5° *Laryngectomie*. — La laryngectomie, tentée tout d'abord chez des chiens par Albers (de Bonn), puis par Czerny, pratiquée chez l'homme par Patrick, Heron Watson (d'Édimbourg), pour une sténose syphilitique, a été, pour la première fois, faite dans un cas de cancer par Billroth. Elle peut être *totale* ou *partielle*, c'est-à-dire unilatérale (1).

La *laryngectomie totale* a été généralement précédée d'une trachéotomie préliminaire, faite quinze jours à trois semaines avant l'opération. Cette trachéotomie

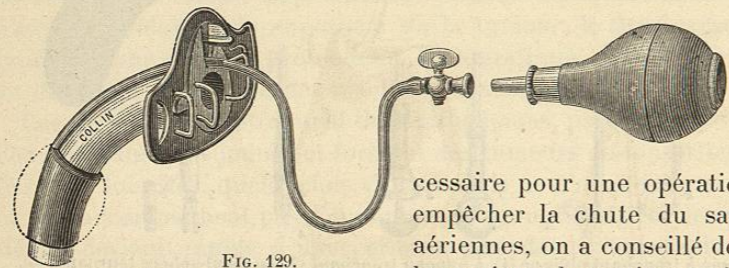


FIG. 129.  
Canule de Trendelenburg.

doit être faite aussi bas que possible, de façon à conserver intact le champ opératoire nécessaire pour une opération radicale. Pour empêcher la chute du sang dans les voies aériennes, on a conseillé de mettre la tête en bas, suivant la pratique préconisée par Rose; on s'est encore servi de la canule-tampon de Trendelenburg, sorte de canule à trachéotomie, dont la partie inférieure intratrachéale est enveloppée d'un manchon en baudruche ou en caoutchouc capable d'être distendu, de façon à ce que sa paroi externe vienne se mettre en contact avec la paroi interne de la trachée et obture ainsi ce conduit. Czerny, Gussenbauer ont placé au-dessus de la canule trachéale une éponge destinée à arrêter les liquides. Toutes ces pratiques sont passibles d'objections multiples. La position déclive de la tête rend le champ opératoire moins accessible pour l'opérateur et la chloroformisation moins facile. La canule-tampon, alors même qu'on

(1) HERMANTIER, *De l'extirpation totale du larynx*. Thèse de Paris, 1876, n° 415. — HAHN, *Ueber Kehlkopfexstirpation*. *Samml. klin. Vorträge*, Leipzig, 1885, n° 260. — SALOMONI (A.), *Della estirpazione totale della laringe*, Cremona, 1886. — A. PINÇONNAT, *De l'extirpation du larynx*. Thèse de Paris, 1889-1890, n° 282. — NIKOLAI M. VOSKRESENKY, *Extirpation du larynx pour cancer*. Thèse de Saint-Petersbourg, 1890, n° 45. — IVAN A. PRAXIN, *Laryngectomie partielle*. Thèse de Saint-Petersbourg, 1890, n° 76.

y injecte, comme le recommande Michaël (1), du liquide au lieu d'air, présente des inconvénients. Elle nécessite une accoutumance préalable, elle laisse au-dessus d'elle un espace dans lequel s'accablent les liquides tombés des voies supérieures et, malgré la gaze iodoformée que l'on place à ce niveau, n'assure qu'une aseptie incomplète.

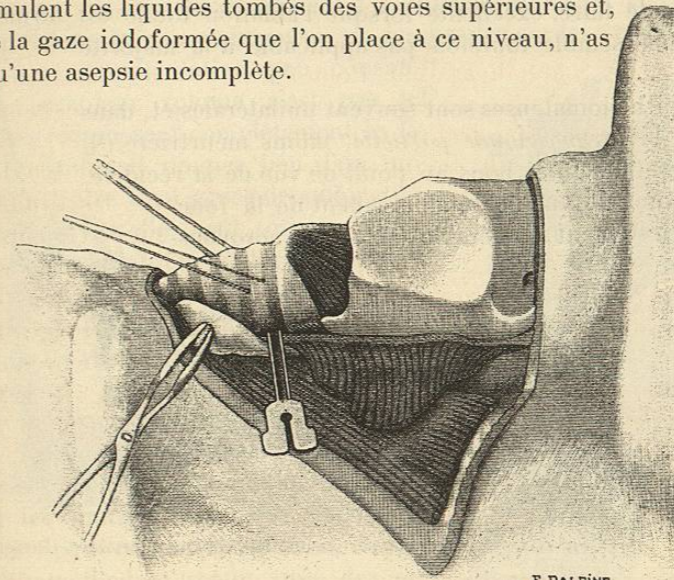


FIG. 150. — Laryngectomie. (Périer.)

Aussi, pour simplifier le manuel opératoire, M. Périer a rejeté la trachéotomie

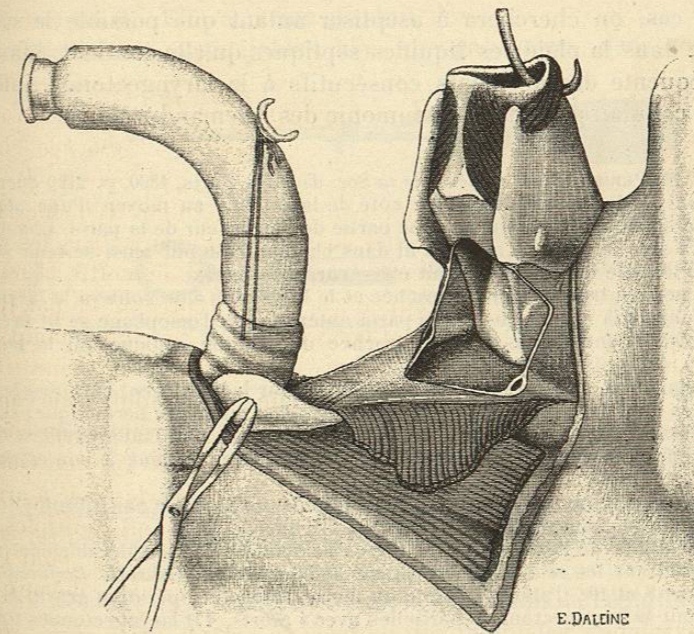


FIG. 151. — Laryngectomie. (Périer.)

préliminaire. Après avoir isolé le squelette laryngotrachéal, il fit une section

(1) MICHAËL, *Die permanente Tamponade der Trachea*. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXXVIII, H. 5.

franche entre la trachée et le larynx et put facilement enlever celui-ci après avoir attiré la trachée en avant (1). Il termina l'opération par la suture de la trachée à la peau, pratique déjà employée par M. F. Terrier.

Cette manière de faire, excellente lorsque l'ablation totale est formellement indiquée, ne nous semble toutefois pas applicable à la majorité des cas.

Les lésions épithéliomateuses sont souvent unilatérales et, dans ces conditions, la *laryngectomie partielle*, moins meurtrière (2), donnant des résultats aussi bons au point de vue de la récurrence, meilleurs au point de vue du rétablissement de la fonction, est manifestement préférable (3). Aussi, croyons-nous que, dans tous les cas où l'extension des lésions ne semble pas trop grande, il faut, après trachéotomie préliminaire et tamponnement préalable de la trachée

suivre la ligne de conduite indiquée par Hahn (4) : sectionner le cartilage thyroïde, inspecter *de visu* la cavité laryngée et, si l'ablation unilatérale est suffisante, s'en contenter.

Dans tous les cas, on cherchera à aseptiser autant que possible la cavité buccale, la chute dans la plaie des liquides septiques qu'elle contient, étant la cause la plus fréquente des accidents consécutifs à la laryngectomie, inflammations du tissu cellulaire, Schlück-pneumonie des Allemands, etc. (5).

(1) Voici comment M. PÉRIER (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, p. 242) décrit ce temps de l'opération : « Je passai de chaque côté de la trachée au moyen d'une aiguille courbe un fil de soie solide ne traversant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi. Chaque fil fut noué en anse. Un aide tenant une anse de fil dans chaque main put ainsi se tenir prêt à ramener en avant la trachée dès qu'elle aurait été séparée du larynx.

« J'incisai franchement en travers entre la trachée et le larynx, un aide souleva le larynx au moyen d'un tenaculum, et la section jusqu'à la paroi antérieure de l'œsophage se fit presque d'un seul coup. Aussitôt j'introduisis dans la trachée une canule conique qui la boucha complètement.

« Cette canule portait sur sa convexité un petit taquet sur lequel furent enroulés les fils préalablement passés dans la trachée. Ce bouchage fut ainsi maintenu hermétique; canule et trachée étant solidarisées, on continua facilement l'anesthésie par l'intermédiaire de la canule, muni à cet effet d'un tube de caoutchouc à large calibre, terminé à son extrémité par un entonnoir. »

La laryngectomie a, de même, été faite sans trachéotomie préliminaire par Billroth, Bruns, Novaro, Lloyd, Dupont (de Lausanne), Hayes Agnew, Gardner.

(2) Bien que les résultats de l'extirpation du larynx se soient déjà considérablement améliorés, comme le montrent les relevés de LUBLINSKI (*Ueber Kehlkopfskrebs. Berliner klin. Wochenschrift*, 1886, n° 8 et 10), l'ablation totale du larynx reste une opération grave. A. PINÇONNAT (*loc. cit.*) réunit 49 laryngectomies partielles avec 4 morts, 171 laryngectomies totales avec 69 morts.

(3) SCHWARTZ, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, p. 262.

(4) HAHN, *Berliner klin. Woch.*, 16 juillet 1884. — Le même conseil est donné par GERNING et par MIKULICZ.

(5) BARDENHEUER, *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 21. — La mort s'observerait encore quelquefois par suite d'accidents cardiaques qu'expliquent les anastomoses des nerfs laryngés et

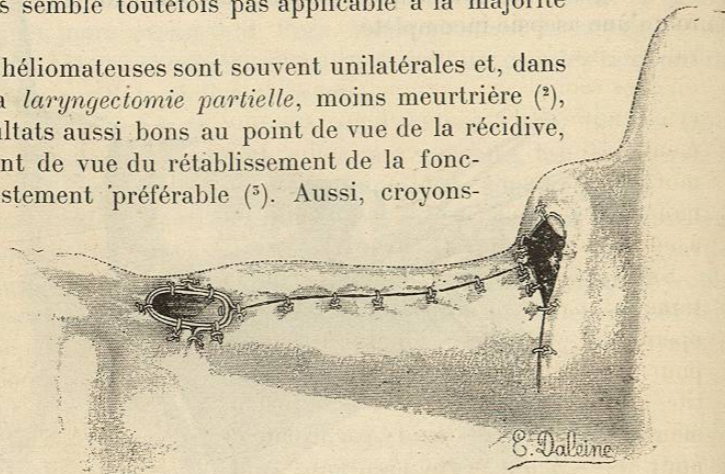


FIG. 152. — Aspect des parties une fois l'ablation terminée. (Périer.)

Les diverses méthodes, que nous venons d'étudier, présentent chacune leur indication.

La *cure endolaryngée* convient à l'immense majorité des tumeurs bénignes lorsqu'elles siègent au niveau ou au-dessus des cordes vocales, lorsqu'elles ont une base d'implantation peu considérable, que leur volume n'est pas tel qu'elles remplissent complètement le larynx et puissent donner lieu d'un moment à l'autre à un accès de suffocation mortel, lorsqu'elles sont uniques ou du moins peu nombreuses, lorsqu'enfin on a affaire à un adulte (Schwartz).

Suivant la nature anatomique de la tumeur on aura recours à tel ou tel mode opératoire, utilisant l'incision simple pour les kystes, le raclage pour les petites tumeurs disséminées, les instruments à anse (serre-nœuds par exemple) pour les tumeurs pédiculées, l'anse galvanique pour celles à large base, etc....

Cette méthode a rendu aussi des services assez considérables dans des cas de sarcomes se laissant pédiculiser et siégeant en un point facilement accessible du larynx (1). Elle a même produit des améliorations considérables, bien que passagères, dans certains épithéliomas,

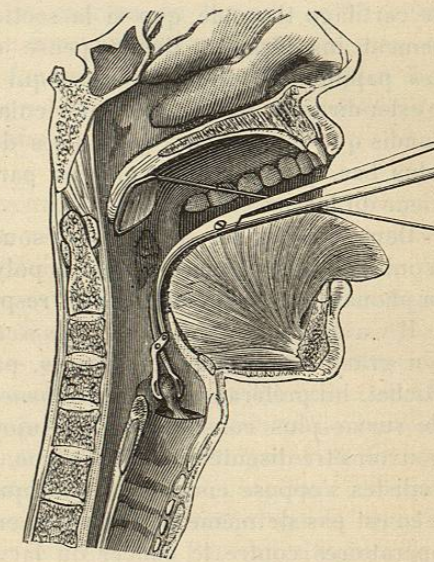


FIG. 153. — Arrachement d'un polype du larynx à l'aide du laryngoscope.

au dire de Krishaber et de B. Fraenkel.

C'est une méthode inoffensive, n'amenant pas de troubles de la phonation et ne causant que rarement des accidents (périchondrites, hémorragies, spasmes de la glotte). Aussi doit-on toujours l'essayer d'abord, tout au moins pour les tumeurs bénignes, à moins que des accidents de suffocation n'aient obligé à pratiquer d'urgence la trachéotomie et que le néoplasme soit plus accessible par la plaie trachéale que par les voies naturelles.

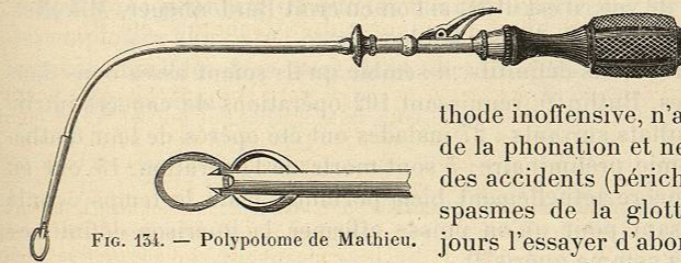


FIG. 154. — Polypotome de Mathieu.

La *laryngotomie* trouve son indication dans les cas de tumeurs bénignes où le traitement endolaryngé s'est montré inefficace, dans certains papillomes diffus qu'on peut ainsi extirper plus complètement, dans les tumeurs sous-glottiques, ventriculaires, de la commissure, de l'insertion de l'épiglotte ou encore lorsque le jeune âge s'oppose à l'emploi des méthodes endolaryngées. Elle a permis

des nerfs cardiaques. — MAX ALPINGER, Anatomische Studie über das gegenseitige Verhalten der Vagus und Sympathicusæste im Gebiete des Kehlkopfes. *Arch. für klin. Chir.*, 1890, t. XL, p. 761.

(1) TÜRK, GOTTSTEIN, NAVRATIL, M. MACKENZIE, SCHECH, FAUVEL, COUPARD, B. FRENKEL.