

aussi l'ablation large de certains sarcomes bien limités (G. Bürck, Laroyenne, Burow), mais n'a donné aucun bon résultat dans les épithéliomas (Bruns).

En règle générale, elle ne doit être entreprise que s'il y a impossibilité d'enlever la tumeur par les voies naturelles et, comme la thyrotomie laisse souvent après elle des troubles fonctionnels irrémédiables, il faut ne fendre le cartilage thyroïde que si la section des autres parties du larynx est réellement insuffisante. Bruns pense que les papillomes multiples et, parmi les papillomes solitaires, ceux qui sont implantés au-dessus de la glotte, c'est-à-dire les papillomes ventriculaires, sont du domaine de la thyrotomie, tandis que les tumeurs pédiculées des cordes vocales, ainsi que celles situées plus bas, peuvent être enlevées par une simple ouverture du segment inférieur du larynx.

Dans tous les cas, on ne se résoudra à la thyrotomie que lors d'accidents, n'oubliant pas que certains petits polypes des cordes vocales, ne troublant que la phonation et ne gênant pas la respiration, demeurent souvent stationnaires.

Il y a quelques années, la *laryngectomie* était encore une opération discutée. Un grand nombre de chirurgiens, parmi lesquels Le Fort, Tillaux, Verneuil, Richet, lui préféreraient la *trachéotomie palliative* comme donnant une moyenne de survie plus considérable<sup>(1)</sup>. Aujourd'hui la question ne nous semble plus pouvoir être discutée. Si, en France, l'esprit rétrograde de bon nombre de spécialistes s'oppose encore à la pratique des extirpations de cancers laryngés, il n'en est pas de même à l'étranger, en particulier en Allemagne. Les tentatives opératoires contre le cancer du larynx se sont multipliées; en même temps qu'elles se multipliaient, les interventions devenaient plus précoces, partant meilleures dans leurs résultats et aujourd'hui l'on peut dire qu'en présence d'un cancer l'opération radicale est indiquée au même titre que dans les cancers des autres régions. La grande cause des morts immédiates est la pneumonie de déglutition. A ce point de vue, il est utile, si l'on en croit Bardenheuer, Mikulicz, Kocher, Trendelenburg, etc., de fermer le pharynx.

Si l'on envisage les résultats définitifs, il semble qu'ils soient assez bons dans les cancers intrinsèques. Butlin<sup>(2)</sup>, réunissant 102 opérations de cancers intrinsèques, arrive aux résultats suivants : 27 malades ont été opérés de leur épithélioma après laryngotomie préliminaire; 5 sont morts de l'opération, 15 ont eu une récurrence, 8 sont encore actuellement bien portants, mais le temps écoulé n'est pas encore suffisant pour qu'on puisse affirmer la guérison définitive; 5 peuvent être regardés comme guéris<sup>(3)</sup>.

25 ont subi la laryngectomie partielle; 7 sont morts de l'opération; 6 ont eu une récurrence; 5 sont actuellement bien portants, mais il ne s'est pas encore écoulé trois ans depuis l'opération; 4 étaient bien portants trois ans et demi, quatre ans, cinq ans après.

51 ont été traités par la laryngectomie totale; 16 sont morts; 17 ont eu une récurrence; 4 sont guéris, mais depuis un temps encore court; 6 sont morts de causes variables (2 de pneumonie et 2 d'apoplexie, peut-être d'asphyxie, au bout

<sup>(1)</sup> AUGIÉRAS (L.-G.), *Sur la trachéotomie dans le cancer du larynx*. Thèse de Paris, 1880, n° 127. Consulter aussi les *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1887.

<sup>(2)</sup> BUTLIN (Henry T.), *On radical operations for the cure of the intrinsic carcinoma of the larynx*. *Brit. med. Journal*, 25 août 1890, t. II, p. 449.

<sup>(3)</sup> BUTLIN ne regarde comme guéris que les malades revus sans récurrence au moins trois ans après l'opération.

de quelques mois; 1 après vingt mois d'accidents alcooliques; 1 après deux ans d'inanition sans récurrence cancéreuse; 8 revus après trois à neuf ans sans récurrence peuvent être regardés comme guéris.

Ce sont là des résultats bien plus encourageants que ceux qui suivent les opérations des cancers du testicule, de la langue, etc. Il n'en est plus de même lorsqu'on prend en bloc les opérations de cancers du larynx, qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques. Tandis que pour les intrinsèques, nous voyons 74 laryngectomies, partielles ou totales, donner 12 guérisons qu'on peut déjà regarder comme définitives, 168 cancers, pris en bloc, ne donnent de même que 12 guérisons radicales (Melville Wassermann)<sup>(1)</sup>.

La conclusion qui découle de ces chiffres est d'opérer les cancers intrinsèques, dont l'évolution est en général plus lente, moins maligne que celle des cancers extrinsèques, fait en rapport avec l'histoire clinique tracée autrefois par Krishaber, qui nous disait que les cancers cavitaires du larynx ne s'accompagnaient pas d'engorgement ganglionnaire. S'ensuit-il qu'il ne faut jamais opérer les cancers extrinsèques? Nullement; mais on doit ici établir des distinctions suivant la marche, et si l'on veut avoir des chances d'obtenir une cure radicale, il faut, à moins que l'on ait la main forcée par des phénomènes douloureux, limiter ses interventions aux cancers à marche lente, n'atteignant encore que peu ou pas les ganglions avoisinants. L'envahissement des ganglions cervicaux ou du pharynx, l'état cachectique, les complications du côté d'autres organes, surtout du poumon, sont autant de contre-indications à l'opération radicale.

On aura alors recours à la *trachéotomie palliative*. Celle-ci peut être imposée d'urgence pour des accidents dyspnéiques; on aura alors soin de la faire aussi bas que possible pour se mettre dans les conditions les plus favorables à une intervention radicale s'il y a lieu. Enfin, chez certains malades, l'envahissement néoplasique peut être tel que les canules ordinaires deviennent trop courtes; on emploiera alors avec avantage des canules larges et rigides dans leur partie externe, flexibles dans leurs deux tiers internes, comme cela a été conseillé par M. Gouguenheim.

#### B. — TUMEURS DE LA TRACHÉE

Les tumeurs de la trachée se divisent en tumeurs *benignes* et tumeurs *malignes*.

SCHROETTER, Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. *Wiener med. Jahrb.*, 1868, fasc. 1, p. 64. — KOCH, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1877, Bd. XX, p. 542. — PETEL, *Des polypes de la trachée*. Thèse de Paris, 1879, n° 497. — SOLIS-COHEN, Tumeurs de la trachée. *Encycl. intern. de chir.*, Paris, 1886, t. VI, p. 120 (bibl.). — ZEMANN, Sarcome de la trachée. *Semaine méd.*, Paris, 1887, p. 487. — CLERMONT, Néoplasmes de la trachée. *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1887, 3<sup>e</sup> série, t. XVII, p. 780. — KRAKAUER, Tracheostenose nach Tracheotomie. *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 5, p. 94. — STÖRK, Ueber die Verhinderung der Granulombildung nach der Tracheotomie. *Wiener med. Woch.*, 1887, t. XLII, p. 1, 55 et 57. — PUECH, Cancer de la trachée et tuberculose pulmonaire. *Montpellier méd.*, 1<sup>er</sup> juillet 1888. — ZEMANN, Ein Fall von Angiosarcom der Trachea. *Wiener med. Presse*, 20 mai 1888, n° 21, p. 737. — KÖSTLIN (Th.), Zur Behandlung der Granulation der Trachea nach Tracheotomie. *Beiträge zur klin. Chir.*, Tubingue, 1889, t. IV, fasc. 2.

<sup>(1)</sup> Cité par BUTLIN, qui, d'après ses relevés personnels incomplets, n'arriverait même pas à cette moyenne.

## A. — TUMEURS BÉNIGNES

Les tumeurs bénignes ont quelquefois été décrites sous le nom de *polypes de la trachée*.

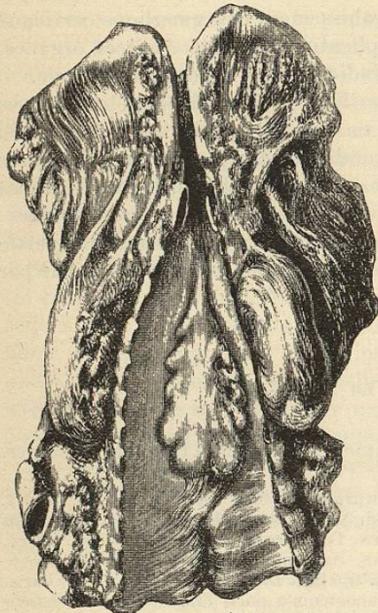
A part quelques observations exceptionnelles de *kystes sous-muqueux*, d'*enchondromes multiples*, d'*ostéomes*, ce sont presque toujours des *fibromes* ou des *papillomes*.

On rapproche ordinairement des tumeurs bénignes de la trachée les diverses productions végétantes qui se développent après la trachéotomie, soit pendant le port de la canule, soit une fois la plaie cicatrisée. Ces végétations ne sont cependant nullement néoplasiques, leur structure étant, comme l'a montré M. Ranvier, identique à celle des *bourgeons charnus* qui se développent autour des tubes à drainage et des sétons.

Les troubles respiratoires qu'ils déterminent obligent quelquefois à rouvrir la plaie trachéale pour placer de nouveau une canule.

Le **traitement** consiste dans l'extirpation de la tumeur; Fauvel, Poyet l'ont faite par les voies naturelles; en général on se crée une voie par l'incision directe

de la trachée et l'on procède à l'ablation avec une curette, une pince, le doigt, etc. Pendant ces diverses manœuvres, il faut avoir soin de renverser la tête en bas et en arrière pour éviter la chute du sang dans les bronches.



H. Bourdon.

FIG. 153. — Bourgeon cancéreux de la paroi postérieure de la trachée (consécutif à un cancer de l'œsophage).

## B. — TUMEURS MALIGNES

On distingue dans les tumeurs malignes de la trachée des *sarcomes* et des *carcinomes*.

Les *carcinomes* (1), de beaucoup les plus fréquents, se développent surtout dans la partie supérieure de la trachée, en particulier au niveau de la portion membraneuse. Ces carcinomes, quelquefois *primitifs*, sont plus souvent *secondaires* à un cancer de l'œsophage, du larynx, du corps thyroïde, des ganglions bronchiques, le néoplasme se propageant directement de l'organe primitivement atteint à la trachée.

Eppinger, dans un cas de cancer primitif du tiers supérieur de l'œsophage, a vu un noyau métastatique du volume d'une noisette greffé sur la bifurcation de la trachée.

(1) OESTREICH (R.), Die primäre Trachealkrebs, *Zeitschr. f. kl. Med.*, 1895, t. XXVIII, fasc. 5 et 6.

Les **symptômes** ne présentent rien de bien particulier; la voix a perdu de sa force; il existe une toux dure, sèche, persistante, une dyspnée progressivement croissante. Dans le carcinome, il est fréquent de voir des phénomènes douloureux.

Le **diagnostic** se fait par l'examen laryngo-trachéoscopique, l'inspection et la palpation à travers une ouverture trachéale, l'examen microscopique de fragments rejetés.

Le **traitement** des carcinomes est purement palliatif, la trachéotomie elle-même n'étant utile que dans les cancers haut placés.

## VIII

## VICES DE CONFORMATION DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Les vices de conformation du larynx et de la trachée peuvent être divisés en *congénitaux* et *acquis*.

## 1° VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX

Nous ne nous arrêterons pas sur les vices de conformation congénitaux des voies aériennes. A part les fistules trachéales déjà étudiées (1) et certains rétrécissements, ils n'offrent aucun intérêt pour le chirurgien.

On a constaté chez des monstres l'absence du larynx, de la trachée, celle du cartilage cricoïde et des aryénoïdes, une fissure de l'épiglotte, de la paroi postérieure du larynx, une réduction considérable des dimensions de l'organe, etc. Tous ces faits ne méritent qu'une simple mention.

Les rétrécissements congénitaux (2) sont plus importants; Meinhardt Schmidt a décrit des rétrécissements par déviation des cerceaux de la trachée pliés à angle et rentrants. C'est là une variété rare; le plus souvent on se trouve en présence de rétrécissements laryngiens, constitués par des voiles membraneux étendus entre les lèvres de la glotte, quelquefois par une soudure des faces correspondantes de l'espace interaryénoïdien. L'hérédité a été notée par Seifert dans des cas de palmure de la glotte.

## 2° VICES DE CONFORMATION ACQUIS

Les vices de conformation acquis peuvent être divisés en deux grandes classes: A, les rétrécissements; B, les fistules.

## A. — RÉTRÉCISSEMENTS DU LARYNX ET LA TRACHÉE

On distingue les rétrécissements du larynx et de la trachée en *extrinsèques*

(1) Voy. *Vices de conformation du cou*.

(2) LÉVY et ÉTIENNE. Un cas de rétrécissement congénital du larynx. *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1<sup>er</sup> août 1887, p. 449. — SEIFERT (O.), Ueber congenitale Membranbildung im Larynx. *Berl. klin. Woch.*, 1889, n° 2, p. 24.