

un degré suffisant pour produire des ulcérations ressemblant à celles du carcinome, la lésion n'est point isolée, et l'on observe dans l'intérieur du larynx, des ulcérations semblables ou moins graves en divers endroits à la fois et même sur des points diamétralement opposés; quelquefois elles se réunissent en une vaste ulcération qui occupe toute la surface interne du larynx. Aussi longtemps que ces ulcérations sont isolées, l'état des parties voisines n'est pas de nature à nous faire songer à un carcinome. D'autre part les tumeurs carcinomateuses se développent presque exclusivement dans le voisinage de l'orifice supérieur du larynx; en dedans elles ne s'étendent habituellement pas au delà des cordes vocales, mais en dehors elles envahissent d'autant plus volontiers les parties voisines; l'ulcération peut ainsi s'étendre par continuité de l'épiglotte à la partie postérieure de la langue, ou de la paroi latérale du larynx au sinus pyriforme. Chez les individus syphilitiques ou phtisiques les cordes vocales sont, au contraire, le siège de prédilection des ulcérations, et si parfois celles-ci affectent principalement l'épiglotte et l'orifice supérieur du larynx, il est par contre tout à fait exceptionnel de les voir envahir en même temps la langue ou les parties inférieures du pharynx.

Outre les fibromes et les carcinomes on a encore observé des **tumeurs kystiques** du larynx. Jusqu'ici on n'en connaît qu'un petit nombre de cas. Il s'agissait de kystes folliculaires développés dans les ventricules de Morgagni ou bien de petites tumeurs isolées, du volume d'une lentille à celui d'un pois, de forme hémisphérique, siégeant dans la région du bourrelet de l'épiglotte.

Enfin on peut grossir considérablement le contingent des tumeurs du larynx si l'on y fait rentrer les **granulations**, qui se développent au niveau d'ulcérations et font saillie au-dessus de la muqueuse voisine. On en observe dans toutes les ulcérations de longue durée, aussi bien au larynx qu'à la surface extérieure du corps. Habituellement on peut les faire disparaître par l'emploi de substances astringentes, et une intervention opératoire n'est indiquée que dans certains cas exceptionnels.

§ 104. — Le laryngoscope n'est pas seulement utile pour le diagnostic des maladies du larynx; ce qui en augmente considérablement la valeur au point de vue de la médecine pratique, c'est qu'il permet de soumettre à un **traitement local** exact les maladies dont on a pu faire le diagnostic. Grâce au laryngoscope on peut faire agir sur les points malades même les moyens thérapeutiques les plus divers, et diriger le traitement de la même manière que pour les états morbides analogues des muqueuses plus facilement accessibles.

La plupart des malades qui viennent demander le secours du médecin pour des affections du larynx, présentent des états inflammatoires ou des ulcérations de la muqueuse, et le plus souvent ces cas exigent l'application locale de substances astringentes et caustiques. On peut les employer en solution ou sous forme de poudres (mêlées avec du sucre ou du talc); au besoin les caustiques peuvent

être appliqués aussi en substance directement sur les points malades. On se sert dans ce but de pinceaux et de petites éponges munis d'une longue tige, de seringues à canules construites *ad hoc*, et de porte-caustiques particuliers. Tous ces instruments présentent à leur extrémité antérieure une courbure qui permet de l'introduire dans le larynx, tandis que leur partie postérieure droite est dirigée horizontalement à travers la cavité buccale. La main gauche introduit le miroir laryngien tandis que l'instrument est tenu dans la main droite entre le pouce et les trois doigts suivants, non à la manière d'une plume à écrire, mais de façon à n'être en contact qu'avec le bout des doigts et à croiser presque à angle droit l'axe longitudinal de la main et de l'avant-bras. La main étant en pronation, l'extrémité antérieure de l'instrument est introduite horizontalement dans la cavité buccale jusqu'à ce qu'on en voie l'extrémité dans le miroir laryngien; puis on dirige celle-ci dans la cavité du larynx en élevant le manche de l'instrument et en portant en même temps la main en supination. En surveillant les mouvements à l'aide du miroir on fait en sorte que l'instrument ne touche en aucun point la muqueuse avant que son extrémité ait atteint l'endroit malade.

§ 105. — Le traitement local pratiqué avec l'aide du miroir ne se borne pas à l'application de substances médicamenteuses; la laryngoscopie a ouvert à la chirurgie opératoire un nouveau champ d'activité. V. v. BRUNS fut le premier chirurgien qui, guidé par le miroir, extirpa un polype du larynx par la voie buccale. Depuis cette époque, on a fait non seulement un grand nombre d'extirpations de tumeurs par la voie intra-laryngée, mais encore, et avec succès, d'autres opérations, telles que l'ouverture d'abcès, l'incision de rétrécissements, etc.

Les polypes ont été enlevés de cette manière tantôt par section, tantôt par écrasement, soit à l'aide d'instruments en forme de pinces ou construits suivant le principe de l'écraseur, soit enfin au moyen de l'anse galvanocaustique. Dernièrement VOLTOLINI a démontré la possibilité d'enlever des tumeurs molles pédiculées en balayant la muqueuse du larynx à l'aide d'une petite éponge. Pour les détails à ce sujet nous devons renvoyer le lecteur aux ouvrages spéciaux.

Outre le procédé intra-laryngé d'extirpation des tumeurs du larynx, il en existe un second qui consiste dans l'incision du larynx ou **laryngotomie**. Il nous reste donc à comparer entre elles ces deux méthodes opératoires. L'extirpation intra-laryngée a pour elle deux avantages principaux: elle est dépourvue de dangers, et d'autre part elle ne diminue aucunement dans la suite la valeur fonctionnelle du larynx. Mais d'un autre côté cette méthode présente un grand inconvénient; non seulement elle exige de l'opérateur une habileté toute spéciale, mais encore elle impose au malade, comme condition de succès, une participation intelligente à l'opération. Les difficultés qui en résultent sont d'autant plus grandes que la tumeur siège plus bas dans le larynx. Chez un petit nombre de malades seulement il est possible de s'attaquer à la tumeur dès les premières séances; la plupart doivent être exercés chaque jour pendant

des semaines à supporter le contact du miroir laryngien et des sondes introduites dans le larynx, jusqu'à ce qu'ils aient appris à respirer tranquillement et à ne pas abaisser l'épiglotte pendant l'introduction de l'instrument, jusqu'à ce qu'enfin l'attouchement de la tumeur ne provoque plus des accès de toux et la fermeture spasmodique du larynx. Or malgré toute la peine que l'on se donne, on ne peut chez certains malades arriver à un tel résultat. On n'a pas réussi jusqu'ici à faire ces opérations dans l'anesthésie¹, et les essais d'anesthésie locale n'ont pas donné de résultat satisfaisant. Dans ces conditions, tant que l'on n'aura pas trouvé un nouveau moyen d'éliminer complètement l'influence du malade sur l'opération, l'extirpation intra-laryngée devra être rejetée, et si l'ablation de la tumeur est absolument indiquée, la laryngotomie pourra seule être prise en considération. En outre tout le monde est d'accord pour admettre que certaines tumeurs ne sauraient guère être enlevées par la méthode intra-laryngée soit à cause de leur mode d'implantation, soit parce qu'en laissant une petite portion de la tumeur, on court les risques d'une récurrence. Enfin on se demande si tous les autres cas doivent être soumis sans conteste à l'opération intra-laryngée.

§ 106. — Pour répondre à cette question nous devons avant tout apprendre à connaître les méthodes extra-laryngées. On en décrit ordinairement deux : l'incision longitudinale dans l'angle formé par les deux plans du cartilage thyroïde (thyrotomie), et l'incision transversale dans le cul-de-sac glosso-épiglottique. (Pharyngotomie sous-hyoïdienne).

La **thyrotomie** a été déjà assez souvent pratiquée pour l'extirpation des néoplasmes du larynx. Je ne parlerai pas des diverses modifications qui ont été apportées au procédé opératoire. Pour les formes de tumeurs que nous devons prendre ici en considération (papillomes multiples) le procédé de LANGENBECK est celui qui mérite surtout d'être conseillé. Il consiste dans l'incision de tout le cartilage thyroïde, de la membrane crico-thyroïdienne, du cartilage cricoïde et de plusieurs anneaux de la trachée. Il s'agit donc ici d'une laryngotomie presque complète; seule la moitié supérieure de l'épiglotte n'est pas comprise dans l'incision et contribue essentiellement, après la réunion de la plaie, à replacer les parties dans une bonne position. Pour obtenir l'espace nécessaire il suffit le plus souvent de diviser le cartilage thyroïde et la membrane crico-thyroïdienne; mais le prolongement de l'incision à travers le cricoïde ne complique pas d'une façon notable le traumatisme opératoire, car ce cartilage possède une élasticité telle, que les bords de l'incision se réunissent exactement après l'opération, et donnent aux parties voisines le même soutien que si le cartilage n'avait pas été sectionné. En outre le prolongement de l'incision permet d'introduire dans la trachée la canule-tampon de TRENDLENBURG; on évite ainsi l'écoulement du sang dans les voies aériennes, et grâce à l'anesthésie complète qui abolit tout mouvement réflexe, l'opération peut être menée à bonne fin.

1. Rappelons à ce propos que Schnitzler a publié dans la Wiener medic. Presse (1880 nos 48 et 49) le premier exemple, selon lui, de tumeur laryngée extirpée par la bouche chez un malade préalablement anesthésié per l'éther. (Note du trad.).

On a reproché à la thyrotomie le danger de l'opération et l'aphonie qui peut en être la conséquence. Or le principal danger résulte de l'écoulement du sang dans la trachée et peut être évité par le procédé que nous venons d'indiquer. Quant à l'aphonie elle peut, en effet, survenir lorsque l'extirpation complète du néoplasme n'a pu se faire qu'au prix d'une destruction plus ou moins étendue de la muqueuse, mais il ne faut pas la mettre sur le compte du procédé opératoire employé, car il en sera de même avec tout autre procédé si l'on veut obtenir une guérison radicale. L'opération terminée on réunit par des sutures la plaie du larynx, mais entre les anneaux sectionnés de la trachée on laisse, pendant les premiers jours, une petite canule à demeure, d'une part pour mettre le larynx dans un repos complet et éviter surtout le choc expiratoire dans les efforts de toux, d'autre part parce que, si l'on ne laisse pas de canule, la cautérisation du point d'insertion de la tumeur pourrait être suivie d'un œdème inflammatoire capable d'entraver la respiration.

La **pharyngotomie sous-hyoïdienne** consiste à diviser transversalement vers sa partie moyenne, et parallèlement à l'os hyoïde, la membrane thyro-hyoïdienne, puis la muqueuse entre la base de la langue et l'épiglotte. Cette incision permet de découvrir la portion inférieure du pharynx, l'épiglotte et le vestibule du larynx. Cette opération, tout en ne présentant pas non plus de grands dangers, est cependant plus grave que la précédente. LANGENBECK conseille de faire préalablement la trachéotomie préventive afin d'empêcher l'écoulement du sang dans la trachée, et de laisser pendant quelque temps une canule à demeure, car l'œdème inflammatoire ou l'accumulation ultérieure de sang derrière la plaie réunie pourraient oblitérer momentanément l'orifice supérieur du larynx (voir pour le procédé opératoire § 82).

A ces deux méthodes je dois en ajouter une troisième, la **laryngotomie partielle sans section du cartilage thyroïde**. Si l'on divise longitudinalement les premiers anneaux de la trachée, le cartilage cricoïde et le ligament crico-thyroïdien, et si à l'aide de plusieurs petits crochets on écarte fortement les bords de la plaie, non seulement on rend accessibles à la vue les parois de la portion sous-glottique du larynx et les cordes vocales dans toute leur longueur, mais encore on peut atteindre des tumeurs pédiculées siégeant sur les bords libres des ligaments ventriculaires (cordes vocales supérieures), ou sur la paroi postérieure du larynx. Cette opération exécutée avec l'habileté nécessaire est dépourvue de tout danger; la phonation elle-même n'est en aucune façon menacée, et comme la plupart des néoplasmes siègent sur les cordes vocales, l'occasion de faire une laryngotomie partielle devra souvent se présenter. Chez deux malades j'ai extirpé de cette manière des tumeurs s'insérant largement sur les cordes vocales; le soir même de l'opération ils parlaient déjà avec une voix normale. (BUROW et MACKENZIE, par la simple incision du ligament crico-thyroïdien, ont réussi à extirper des polypes pédiculés implantés sur les cordes vocales et faisant saillie au-dessous de la glotte.)

Revenons maintenant aux indications que nous pouvons préciser de la manière suivante : 1° Lorsqu'il s'agit de kystes c'est le procédé intra-laryngé qui est indiqué, car le peu d'expérience que l'on a sous ce rapport prouve qu'une simple ponction suffit à amener une guérison durable; une pareille ponction peut être faite sans difficulté par la voie