

il est nécessaire d'avoir recours à l'ouverture artificielle du larynx ou de la trachée. Cependant si l'on s'en tenait exclusivement à l'indication tirée du siège des polypes au-dessus ou au-dessous de la glotte, et si le traitement par les voies artificielles devait être seulement réservé à ces

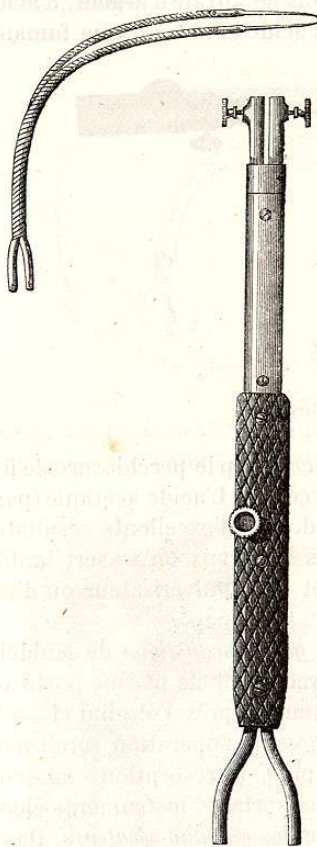


FIG. 62. — Galvano-cautère.

derniers, il faut convenir que ce mode opératoire serait bien rarement indiqué, car les statistiques s'accordent toutes à montrer l'extrême rareté des polypes sous-glottiques.

Aussi est-il nécessaire, lorsqu'on veut établir les indications du traitement par les voies artificielles, de faire intervenir certaines conditions relatives à la tumeur elle-même ou au sujet qui en est porteur.

Parmi les tumeurs glottiques et sus-glottiques, il en est quelques-unes qui, tout en étant généralement opérables par la bouche, doivent cependant être enlevées par une voie artificielle. Ainsi une tumeur volumineuse, sessile, offre parfois des difficultés d'extraction telles qu'il est indispensable d'ouvrir le larynx pour les enlever. Les *papillomes*, en raison de leur friabilité, de leur large base d'implantation, de leur tendance à la récurrence, exigent souvent aussi l'ouverture du larynx. Il en est de même dans les cas de polypes multiples, d'excroissances papillaires étendues en surface depuis l'épiglotte jusqu'aux premiers anneaux de la trachée.

Enfin, dans bien des circonstances, l'intolérance du larynx, la susceptibilité nerveuse et l'indocilité de certains malades, surtout chez les enfants, constituent des indications absolues d'opérer par les voies artificielles.

Nous nous bornerons pour le moment à ces notions générales, relatives à l'opportunité du traitement par les voies artificielles, et nous renvoyons le lecteur, pour la pratique de cette opération, à l'article où seront décrites la laryngotomie et la trachéotomie.

Relativement à cette dernière opération, nous devons ajouter que la trachéotomie sera parfois impérieusement exigée à titre de palliatif et pour prévenir une suffocation imminente. Dans d'autres circonstances, elle constitue une opération préliminaire qui permet de poursuivre en toute sécurité un traitement par les voies naturelles. Nous avons déjà

signalé cette dernière application de la trachéotomie dans le traitement des polypes sous le nom de *méthode mixte*.

b. Cancer du larynx.

Les deux premiers cas de cancer du larynx, qui offrent quelque garantie au point de vue du diagnostic pathologique, appartiennent à Trouseau (1). Quelques autres faits ont été rapportés par Louis, Turck, Causit, Planchon; mais c'est dans la thèse de E. Blanc (2), et dans un récent mémoire d'Isambert (3) que l'on trouvera une description assez complète de cette maladie.

ÉTIOLOGIE. — Le cancer du larynx est *primitif* ou *secondaire*.

Les causes du *cancer primitif* sont peu connues. Dans aucun des trente cas rapportés par E. Blanc on ne trouve d'antécédents héréditaires. Un refroidissement, un traumatisme antérieur, l'abus de la parole, ont été indiqués comme point de départ de la maladie.

Plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, le cancer du larynx peut atteindre tous les âges, mais il se montre de préférence de 40 à 75 ans.

Le cancer du larynx est souvent dû à la transformation d'une tumeur primitivement bénigne et en particulier de certains papillomes.

Le *cancer secondaire* a son origine dans une tumeur de même nature qui occupe le pharynx, les ganglions du cou ou le corps thyroïde.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le cancer dans le larynx peut se présenter sous ses deux formes habituelles : l'*épithéliome* et le *carcinome médullaire*. Cependant, c'est la première forme qui est de beaucoup la plus fréquente.

L'aspect et la marche de la lésion pathologique varient selon les points du larynx où elle se développe primitivement.

Au niveau de l'épiglotte ou des replis ary-épiglottiques, le cancer prend l'aspect d'une ulcération dont le fond est rempli de bourgeons fongueux, rougeâtres, saignant facilement, à bords épais, surélevés et durs au toucher. Cette ulcération s'étend en bas vers la face interne du cartilage thyroïde; latéralement, elle détruit les replis aryépiglottiques et envahit plus ou moins les parties voisines du pharynx. Elle est précédée dans sa marche envahissante par l'apparition de nodules cancéreux qui peuvent d'abord s'ulcérer isolément et se réunir ensuite à l'ulcération principale. Tantôt le fibro-cartilage de l'épiglotte est détruit, échanuré à son bord supérieur; tantôt il est perforé de part en part, puis fragmenté et complètement détruit par la production morbide. Celle-ci peut alors envahir la base de la langue ou former une tumeur à surface grenue, au

(1) *Traité pratique de la phthisie laryngée*. Paris, 1837, p. 132.

(2) *Cancer primitif du larynx*. Thèse de Paris, 1872.

(3) *Contribution à l'étude du cancer laryngé (Annales des mal. de l'oreille et du larynx, 1^{er} mars 1876)*.

niveau des replis glosso-épiglottiques. Les trois observations de L. Turck sont des exemples de cette variété de cancer du larynx. Dans l'une d'elles, la moitié droite de l'os hyoïde était atteinte de nécrose, et plongée dans un foyer sanieux qui communiquait avec la cavité d'un abcès ouvert à l'extérieur dans la région sus-hyoïdienne.

A la face antérieure des cartilages aryténoïdes, le cancer apparaît d'abord sous la forme d'une plaque mamelonnée, ou d'une tumeur du volume d'une noisette, ou enfin d'une légère exultération qui s'étend rapidement en surface et en profondeur, soit du côté du pharynx, soit du côté de la trachée.

Le cancer de la *glotte proprement dite* débute le plus souvent par la corde vocale supérieure ou par les parois du ventricule de Morgagni. Le cancer primitif ne paraît pas avoir de tendance à se développer sur le bord libre de la corde vocale inférieure. C'est qu'en effet la muqueuse à ce niveau prend les caractères d'une fibro-muqueuse, aussi est-elle le siège de prédilection des papillomes. Dans quelques observations, cependant, ces papillomes, après un temps plus ou moins long, se sont transformés en véritables épithéliomes avec tendance à l'ulcération, aux fongosités et à l'envahissement progressif des parties voisines : on peut penser que c'étaient en réalité de véritables épithéliomes qui, bridés par la fibro-muqueuse en dehors, avaient pris en dedans l'aspect papillomateux.

L'angle antérieur du cartilage thyroïde à l'insertion de la corde vocale inférieure est le point de départ le plus fréquent du cancer de la glotte. Qu'il prenne dès le début la forme ulcéreuse, ou qu'il commence par une tumeur globuleuse, l'épithélioma remplit le larynx et son ventricule d'excroissances, de fongosités, de végétations saignant facilement, qui peuvent éroder et détruire les cordes vocales, envahir le cartilage thyroïde, le désorganiser dans une certaine étendue et enfin se faire jour à l'extérieur. Le larynx tout entier est transformé en un canal fongueux, (fig. 63) qui n'offre plus à l'air qu'un passage très-rétréci, ou une fente sinueuse que la moindre congestion, la plus petite mucosité, ou un caillot de sang peuvent oblitérer complètement. Quelquefois la glotte vocale seule est détruite et la glotte respiratoire reste intacte, ce qui s'accorde avec le fait clinique suivant : l'aphonie observée chez le vivant, sans qu'il y ait asphyxie.

Au point de vue histologique, le cancer du larynx est, dans la grande majorité des cas, de l'épithélioma. Celui-ci y revêt tantôt la forme pavimenteuse, tantôt la forme perlée ou lobulée, mais, malgré la présence de glandes nombreuses dans la région, on n'a jamais signalé l'épithélioma glandulaire. Le cartilage, au voisinage de la néoplasie, est le siège d'altérations correspondantes : on observe d'abord une multiplication de cellules contenues dans les chondroplastes, puis la substance fondamentale devient striée, fibrillaire, et, à un degré plus avancé, elle ne se distingue plus du tissu fibreux du péri-chondre ; en

même temps, on trouve des cellules épithéliales et des globes infiltrés dans la zone pathologique. Il y a donc transformation fibroïde du cartilage et envahissement du tissu transformé par l'épithélium. Il n'est pas rare de voir se développer à distance, sous l'influence de l'irritation, des plaques calcaires et des ossifications véritables de ces cartilages. Ce fait est important à connaître au point de vue opératoire. Les ganglions situés de chaque côté du larynx, sous les sterno-mastoïdiens, sont très-rapidement atteints de dégénérescence.

SYMPTOMATOLOGIE. — La maladie débute dans la plupart des cas par de l'enrouement, de la faiblesse dans la voix, qui font croire à un simple rhume. Après quelques mois, et même un ou deux ans, la parole devient de plus en plus faible ; puis elle s'éteint complètement.

La sténose progressive du larynx engendre des troubles de la respiration ; le malade remarque bientôt qu'il ne peut plus faire aucun effort de longue durée, que sa force vive s'est amoindrie ; s'il a un escalier à monter, une pente à gravir, il est gêné dans sa respiration. Un peu plus tard, son inspiration laryngée devient bruyante ; l'expiration est soufflante, et enfin survient un véritable cornage qui s'entend à distance. Vers la fin de la vie, la maladie se complique d'accès d'étouffement.

Quelquefois une toux spasmodique et très-douloureuse détermine l'expulsion de crachats sanieux, purulents, de petits fragments de la tumeur, suivie, dans quelques cas, d'une hémoptysie plus ou moins abondante.

Les malades accusent souvent aussi des sensations de déchirement, de cuisson, de brûlure, des douleurs lancinantes au niveau du larynx, de véritables accès de névralgie qui se propagent vers le cou et la partie supérieure de la poitrine, dans les épaules et dans les bras.

La dysphagie, avec ou sans irradiations douloureuses vers l'oreille, existe toujours lorsque la lésion siège au niveau de l'épiglotte ou des replis aryténo-épiglottiques ; mais, quand l'altération est située plus bas,

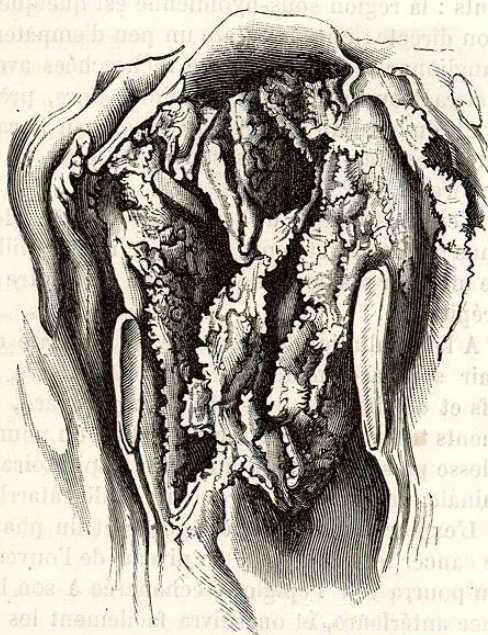


FIG. 63. — Cancer du larynx (Mackenzie).

ce symptôme ne se montre qu'après, tandis qu'il survient un des premiers dans le cancer du pharynx : c'est là un bon signe pour différencier le siège primordial de la néoplasie.

L'exploration du larynx à l'extérieur fournira quelques signes importants : la région sous-hyoïdienne est quelquefois douloureuse à la pression directe ; on y constate un peu d'empatement. Les dégénérescences ganglionnaires doivent être recherchées avec beaucoup de soin : on pourra trouver de petits ganglions durs, près du cartilage thyroïde, en avant du bord du sterno-mastoïdien, sur la carotide primitive ; dans certains cas, les ganglions sous-maxillaires et sus-claviculaires sont seuls engorgés.

L'envahissement du cartilage thyroïde détermine des changements dans sa forme, et rend son angle moins saillant ; il est par fois possible de mouvoir ses deux moitiés l'une sur l'autre en produisant une véritable crépitation.

À l'auscultation laryngienne on constate que l'entrée et la sortie de l'air sont accompagnées de bruits divers, de râles ronflants, plaintifs et de timbres très-variés, et plus tard, de sifflements et de frottements très-rudes. Par l'auscultation du poumon, on remarque une faiblesse plus grande du murmure respiratoire ; puis, dans la période terminale, des signes de bronchite et de catarrhe pulmonaire.

L'exploration de l'arrière-gorge et du pharynx permet de reconnaître le cancer lorsqu'il siège au niveau de l'ouverture supérieure du larynx : on pourra voir l'épiglotte échancrée à son bord supérieur, ulcérée à sa face antérieure, et on suivra facilement les progrès de la lésion vers la base de la langue ou les parois du pharynx. À l'aide du doigt, on sentira les bords calleux de l'ulcération, ses végétations, ses fongosités dures et saignantes, et on reconnaîtra que l'épiglotte et les replis épiglottiques sont plus ou moins détruits.

Enfin, l'examen laryngoscopique révèle la présence et les caractères de la tumeur lorsqu'elle occupe l'intérieur du larynx. Mais il ne faut pas oublier que le miroir laryngien ne donne qu'une projection des objets qui font saillie dans le tube laryngien ; il en résulte que le cancer, lorsqu'il se développe en surface, comme c'est la règle, est beaucoup plus difficile à voir et à reconnaître qu'une tumeur qui prend la forme polypeuse. On ne peut alors distinguer qu'une surface irrégulière, recouverte de végétations, de mamelons grisâtres, qui ont détruit les cordes vocales, envahi le larynx dans une certaine étendue, et qui ne laissent souvent entre elles qu'un très-petit pertuis ou une fente sinueuse. Dans les points où elle est conservée, la muqueuse est fortement tuméfiée et d'un rouge intense.

Dans d'autres cas, le cancer revêt la forme d'une tumeur sessile, à large base, à surface muriforme, d'un gris blanchâtre et tranchant sur la coloration rouge du reste de la muqueuse. Les cordes vocales sont souvent déviées, immobiles et recouvertes de granulations cancéreuses.

Enfin la cavité du larynx peut être presque complètement remplie par la masse morbide (fig. 64).

Lorsque la lésion siège au-dessous des cordes vocales, l'observateur n'en peut soupçonner la présence que quand des végétations volumineuses dépassent les cordes vocales ou quand celles-ci sont atteintes et ulcérées par les progrès du mal.

Le cancer du larynx se complique souvent d'abcès, de fistules péri-laryngiennes, de dénudation de l'os hyoïde, de nécrose des cartilages ; il tend à se propager aux organes du voisinage et détermine souvent le développement de la pneumonie purulente et de la pleurésie.



FIG. 64. — Aspect laryngoscopique du cancer représenté figure 63.

La mort survient le plus souvent par asphyxie subite ou progressive. Elle est

le résultat, dans le premier cas, d'un spasme de la glotte ou de l'obstruction du conduit aérien par la tumeur ou ses débris ; dans le second, elle survient peu à peu sous l'influence d'un rétrécissement produit par des excroissances qui viennent combler le calibre du larynx. La cachexie et la dénutrition qui en résulte peuvent aussi mettre un terme aux souffrances du malade.

DIAGNOSTIC. — Reconnaître un cancer du larynx à son début est souvent chose fort difficile.

Le papillome est certainement la lésion qui prête le plus à confusion avec le cancer au début. Comme l'épithélioma, il se présente sous une forme irrégulière, il est composé de petites tumeurs agglomérées et revêt l'aspect de choux-fleurs, de crêtes de coq, de mûres, de petits grains : ces productions s'élèvent séparément sur la muqueuse, ou fournissent des groupes à scissures nombreuses. Les cordes vocales, les ligaments thyro-aryténoïdiens, la paroi postérieure du larynx, la face postérieure de l'épiglotte, sont le sol de prédilection des papillomes. Lorsqu'on est en présence d'une tumeur unique, bien limitée, quelle que soit l'irrégularité de sa forme, on doit d'abord incliner en faveur du papillome. Mais, s'il s'agit de tumeurs multiples, on peut confondre les fongosités du cancer avec les végétations du papillome. La marche et les progrès de la tumeur, la dégénérescence ganglionnaire, la tendance à l'ulcération ou à l'envahissement, la fétidité de l'haleine, l'âge du sujet, pourront mettre sur la voie du diagnostic. Si quelque parcelle de la tumeur était expulsée, il ne faudrait pas négliger d'en faire l'examen histologique. En un mot, le papillome se distingue de l'épithéliome végétant, en ce qu'il n'a aucune tendance à dépasser la couche fibreuse de la muqueuse et à envahir les tissus subjacents.

Les ulcérations, les végétations syphilitiques ne peuvent se diagnostiquer que lorsqu'on connaît des antécédents spécifiques chez le malade,

car pour peu que leur durée se prolonge, ces affections ont de la tendance à creuser en profondeur, et leur diagnostic devient extrêmement difficile.

La laryngite tuberculeuse a un grand nombre de signes communs avec les ulcérations du cancer. La raucité de la voix, l'aphonie, la dyspnée et plus tard l'amaigrissement du malade et la cachexie, se rencontrent dans les deux cas. Si l'examen au miroir est impossible, le diagnostic ne saurait être posé, à moins qu'on ne trouve quelques ganglions dégénérés au voisinage du larynx, ou qu'il n'existe des signes de tuberculisation des poumons. Quand on peut voir ces ulcérations au laryngoscope, le problème est souvent encore très-difficile à résoudre : il arrive fréquemment que des ulcères tuberculeux se couvrent de bourgeons charnus, très-volumineux, qui peuvent faire croire à la présence des fongosités du cancer. Mais généralement on découvre plusieurs ulcérations isolées qui ont les caractères des lésions tuberculeuses. Plus tard on observe une grande tendance à la suppuration, la nécrose des cartilages, des abcès multiples, etc.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la laryngite cancéreuse est toujours excessivement grave. Cependant, lorsqu'il s'agit d'une tumeur limitée, sans altération des ganglions, on peut espérer que l'extirpation bien faite, soit par la laryngotomie, soit par les voies naturelles, préservera d'une récidive. Même dans le cas où la lésion est étendue en nappe, la laryngotomie et le raclage du larynx peuvent donner des succès assez durables.

TRAITEMENT. — Si l'examen laryngoscopique montre que la tumeur est limitée, pourvue d'un pédicule et accessible aux instruments, on doit tenter l'extirpation par les voies naturelles comme s'il s'agissait d'un polype et achever sa destruction à l'aide de cautérisation. L'emploi du galvano-cautère peut dans ce cas rendre de grands services.

Lorsque l'extirpation complète par les voies naturelles est douteuse ou impossible, on doit avoir recours à la *laryngotomie*, sans craindre d'ouvrir l'organe le plus largement possible, afin d'agir plus sûrement sur la tumeur, dont il est très-important de détruire jusqu'à la dernière trace.

La laryngotomie doit être tentée toutes les fois que le mal n'a pas détruit et déformé les cartilages du larynx. La déformation du larynx, la diminution de l'angle thyroïdien, indiquent que les cartilages sont profondément altérés et, dans ce cas, l'opération est bien plus incertaine. A plus forte raison doit-on s'abstenir lorsqu'il existe une dégénérescence ganglionnaire et qu'on ne saurait enlever tous les ganglions.

Dans les cas où toute la cavité du larynx est couverte de fongosités cancéreuses, et où, cependant, la muqueuse seule paraît être le siège de la lésion, quelle que soit l'étendue du mal, on peut encore tenter la laryngotomie avec quelques chances de succès. En effet, lorsque le

conduit aérien est largement ouvert, on peut, à l'exemple de Durham (1), exciser toutes les végétations à l'aide de pinces, de ciseaux, gratter avec des instruments mousses la surface du cartilage, en un mot, pratiquer un véritable *curage* du larynx. Dans son mémoire, le docteur Durham rapporte plusieurs succès encourageants obtenus par cette méthode.

Dans ces derniers temps, Billroth, s'appuyant sur les expériences de Czerny chez les animaux, a pratiqué avec un succès momentané l'opération périlleuse de l'extirpation du larynx (1873) (2). Son exemple a été suivi par Heine (de Prague), par Schmidt (de Francfort), par Bottini (de Turin), et, enfin, par Langenbeck (3). Cette opération ne nous paraît pas suffisamment justifiée dans ce cas particulier pour que nous jugions utile d'en décrire le manuel opératoire.

Enfin, quand on ne peut enlever la tumeur dans toute son étendue, ou que des ganglions trop profonds sont atteints, on est alors réduit au traitement palliatif : badigeonnages avec l'iode, avec la glycérine (Mandl), avec l'acide chromique. Le cathétérisme avec des sondes d'étain pratiqué par Moura-Bourouillou, la trachéotomie, sont également des moyens palliatifs auxquels on devra avoir recours en cas de suffocation.

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

1° Rétrécissements.

L'histoire des rétrécissements des voies aériennes est de date récente. En 1859, le docteur Charnal publia sur ce sujet un premier travail contenant seulement trois observations. Les thèses plus récentes de Baudré, de Saint-Cyr, ne renferment que trois observations nouvelles.

Quant aux déformations de la trachée, elles ont été l'objet d'un travail très-remarquable de Bonnet et Philippeaux, et leur étude a été complétée par Thelliez et Rey.

Enfin, le lecteur trouvera dans une récente *Revue critique* publiée par Duret dans les *Archives générales de médecine*, une histoire très-complète des rétrécissements et des déformations des voies aériennes.

CHARNAL, *Quelques considér. sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée, consécutifs aux ulcérations de ce conduit*. Thèse de Paris, 1859. — BAUDRÉ, *Des rétrécissements du calibre de la trachée*. Thèse de Paris, 1864. — MARY, *Sur les rétrécissements des voies aériennes*. Thèse de Paris, 1865. — SAINT-CYR, *Anat. pathologique des rétrécissements de la trachée*. Thèse de Paris, 1866. — REY, *Des défor-*

(1) *On the operation of opening the larynx*, etc. London, 1872.

(2) *Archiv. für. klin. Chirurgie*, Band XVII, Heft I, p. 189.

(3) *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*. Paris, 1875, p. 425.