

Contribution à l'étude des indications de la thyrotomie et de la laryngectomie pour cancer du larynx / par Ch. Monod.

Contributors

Monod, Charles 1843-1921.

Publication/Creation

[Place of publication not identified] : [publisher not identified], [1887?] (Paris : Imprimeries réunies.)

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/twusjm8z>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

9.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INDICATIONS DE LA THYROTOMIE ET DE LA LARYNGECTOMIE POUR CANCER DU LARYNX, par MM. Ch. MONOD, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine et A. RUAULT, médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets, chargé du service de la clinique laryngologique (1).

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom de le docteur Ruault et au mien, un larynx atteint de cancer ou plus exactement d'épithélioma limité à la corde vocale inférieure du côté droit, ainsi que la photographie de la pièce fraîche et des préparations histologiques établissant la nature de la lésion.

Ce fait nous a paru digne d'attirer l'attention de l'Académie, au moment où la question des indications opératoires, dans les cas de cancer du larynx, est plus que jamais à l'ordre du jour. Il nous a semblé en effet de nature à jeter quelque lumière sur les points suivants :

1. L'existence dans le larynx de tumeurs dites cancéreuses qui, par leur exacte limitation et par la structure du tissu qui les constituent (épithélioma), ont, pendant un laps au moins, des allures relativement bénignes.

Voici en effet, tracée au moment de l'autopsie, la description de la pièce que nous mettons sous les yeux de l'Académie :

Tumeur de la grosseur de plus de la moitié d'une noisette, développée aux dépens de la portion ligamenteuse de la corde vocale inférieure droite. La partie antérieure de cette corde, sur une longueur de 2 millimètres, et la partie postérieure, sur une longueur de 4 à 5 millimètres, sont saines. La région intermédiaire sert de pédicule à la tumeur... La partie ligamenteuse altérée de la corde vocale adhère en aucune façon aux muscle thyro-aryténoïdien et crico-aryténoïdien sous-jacent. Celui-ci est parfaitement sain ainsi que tout le reste du larynx. »

Voilà pour la limitation de la lésion. Nous dirons tout à

Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 6 décembre 1887.

l'heure que l'examen laryngoscopique, fait sur le vivant, avait permis de la prévoir.

Pour ce qui est de sa structure histologique, il résulte de l'examen fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par M. le docteur Gombault et par M. le professeur Cornil, qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un épithélioma lobulé corné, renfermant de nombreux globes épidermiques isolés. L'épithélium pavimenteux de la corde vocale est encore visible à la surface de la tumeur; en quelques points on aperçoit un certain nombre d'ulcérations à leur début. (L'examen a porté sur la région moyenne de la tumeur; la partie antérieure, ulcérée, et la partie postérieure ont été laissées en place sur la pièce).

Les faits d'épithélioma du larynx ne sont pas rares. Ce serait même sous cette forme que, suivant les auteurs, se présente le plus souvent le cancer de cet organe. Le point intéressant de notre observation est que, malgré le volume acquis par la tumeur (une demi-aveline et même plus) malgré un commencement d'ulcération, malgré le temps écoulé depuis le début (dix mois), non seulement elle était restée limitée à la corde inférieure, mais encore elle n'avait pas envahi toute son épaisseur, puisque le muscle sous-jacent était intact.

II. Le second point sur lequel nous désirons attirer l'attention de l'Académie est, en pareil cas, la *possibilité d'établir le diagnostic alors que la tumeur est encore limitée.*

Le sujet sur lequel cette pièce a été recueillie était un homme de soixante-trois ans, robuste encore, ne présentant d'autre trouble de la santé appréciable lorsqu'il s'est présenté à nous (fin octobre 1887), qu'une aphonie complète. Sans antécédents héréditaires importants, n'ayant dans son passé pathologique personnel autre chose qu'un chancre de la verge apparu il y a quarante ans et ne paraissant avoir été suivi d'aucun accident syphilitique, il nous raconte que l'extinction de voix dont il se plaint a commencé par un enrrouement, qui est survenu presque subitement il y a six mois environ. Cinq mois plus tard, cet enrrouement, malgré un dépit de médications, variées, avait fait place à une aphonie absolue (voix chuchotée). Depuis quelques jours, le malade qui n'avait jamais toussé, a eu quelques accès de toux suivis de l'expectation de crachats épais, gris jaunâtre verdâtre, parfois striés de sang. En même temps s'est manifestée une salivation abondante. Ce sont ces phénomènes nouveaux qui le décidèrent à venir nous consulter.

L'examen laryngoscopique rend immédiatement compte des accidents. Le larynx tout entier, sauf l'épiglotte qui paraît saine, est manifestement hyperémié, mais sans tuméfaction œdémateuse. Les cordes vocales supérieures, surtout, sont d'un rouge foncé, sans autre altération. La corde vocale inférieure gauche est saine. La corde vocale inférieure droite, au contraire, est presque entièrement cachée par une tumeur hémisphérique, d'apparence bosselée mais non lobulée, du volume d'un peu moins du tiers d'une noisette environ. Cette tumeur est d'un rouge foncé, son aspect est terné, elle est légèrement érodée à sa surface sur une étendue de quelques millimètres. Pendant les efforts de phonation, on parvient à se rendre compte que cette production dépend bien de la corde vocale inférieure. On voit en effet que la corde vocale supérieure est mobile sur la tumeur, et l'on aperçoit très nettement la partie postérieure de la corde encore saine, faisant corps avec le néoplasme. Parfois aussi la même disposition peut être reconnue en avant, quand l'épiglotte se relève suffisamment.

Il n'y a aucun trouble appréciable de la motilité du larynx. L'aphonie est uniquement due à la présence de la tumeur qui occupe l'espace intra-glottique.

Le diagnostic, posé dès le premier jour, et que ne fit que confirmer une série d'examens ultérieurs, fut celui de « cancer de la corde vocale inférieure droite ». Les caractères objectifs du néoplasme, sa couleur, l'aspect de l'ulcération permettaient d'éloigner l'idée d'une gomme syphilitique, seule lésion avec laquelle il eût pu être confondu.

III. Le troisième point que nous désirons signaler est celui qui a trait aux *indications et aux procédés opératoires*, dans les cas analogues à celui dont nous rapportons l'histoire.

Dans ce cas, le diagnostic admis, l'indication opératoire paraissait formelle. Jamais peut-être la laryngectomie pour cancer ne saurait être faite dans de meilleures conditions : la tumeur est d'apparition relativement récente, elle semble bien localisée; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; l'état général du malade, malgré son âge, seul point fâcheux de cette histoire, est excellent.

L'opération est proposée au malade, qui l'accepte.

Notre plan opératoire est le suivant :

Trachéotomie préalable, le plus bas possible. Au bout de quelques jours, commencer à habituer le malade à l'usage

de la canule à tampon de Trendelenburg. Dès que cette canule sera bien supportée, on procédera à l'extirpation de la tumeur. Celle-ci paraissant bien limitée à la corde vocale inférieure, on se contentera d'abord de pratiquer la thyrotomie sur la ligne médiane, et par cette voie, à l'aide du couteau galvanocaustique, d'enlever largement toute la région malade et les parties molles avoisinantes, en respectant le cartilage sous-jacent. Si, au cours de l'opération, on reconnaît que les limites du mal sont moins circonscrites que l'examen laryngoscopique ne l'a fait prévoir, on pratiquera une hémi-laryngectomie, qui sera dans ce cas très probablement suffisante.

Le point capital est que l'opération soit faite aussi tôt que possible, alors que le mal est encore limité. Le diagnostic clinique nous paraît suffisamment établi pour nous faire rejeter, de crainte d'une hémorrhagie, l'idée de l'ablation préalable par les voies naturelles d'un fragment de la tumeur destiné à être soumis à l'examen microscopique ou à celle d'un traitement d'épreuve antisyphilitique, qui aurait retardé l'intervention et que l'expérience a démontré être parfois nuisible. Notre ami le docteur E. Brissaud, qui voulut bien examiner le malade avec nous, partagea sur tous points notre opinion.

Il fut donc décidé que le malade entrerait dans quelques jours à l'hôpital Saint-Antoine. Des affaires à régler firent que ce délai fut plus long que nous ne l'avions pensé, et qu'il monta à quinze jours. Un nouvel examen fut alors pratiqué : la tumeur avait notablement augmenté. Son volume paraît être actuellement celui de la moitié d'une aveline au moins ; elle remplit presque toute la glotte. L'ulcération s'est un peu étendue dans tous les sens, et creusée.

Le diagnostic ne peut plus faire aucun doute : s'il se s'agit d'une gomme à aspect anormal, il est évident que l'ulcération eût marché plus vite, eût acquis ses caractères propres et d'autre part que la tumeur ne se serait pas développée comme elle l'a fait.

Les symptômes fonctionnels n'ont pas sensiblement varié depuis quinze jours. La malade a fait exactement les piévérisations phéniquées à 1 pour 2000 qui lui ont été prescrites, et s'en est bien trouvée. Malgré l'augmentation du volume de la tumeur, il n'y a pas eu encore de troubles respiratoires, mais il est très probable que ceux-ci ne vont pas tarder à apparaître. Il n'y a pas encore non plus de gorgement ganglionnaire. Cependant M. le docteur Terrier, qui a bien voulu, ainsi que M. le docteur Schwartz, exami-

ner le malade, fait quelques réserves sur ce point. Il croit sentir un ganglion à droite, près du bord interne du sternomastoïdien. MM. Terrier et Schwartz veulent bien d'ailleurs accepter le diagnostic porté, mais sous toutes réserves, car ils conseillent de n'opérer que lorsque l'impuissance du traitement spécifique aura été démontrée, dans deux à trois semaines.

Sans rejeter d'une façon absolue le traitement d'épreuve conseillé par MM. Terrier et Schwartz, nous prenons la résolution de ne donner l'iodure à haute dose et les frictions mercurielles que pendant la période qui séparera les deux temps de l'opération par nous projetée, c'est-à-dire l'intervalle, évalué par nous à dix ou douze jours, qui séparera la trachéotomie préalable de la thyrotomie. Si, lorsque le malade trachéotomisé sera habitué au port de la canule à tampon, l'examen laryngoscopique ne montre aucune modification significative de l'aspect de la tumeur, on opérera sans plus attendre. Tout au plus y aurait-il lieu d'enlever avec une pince coupante par les voies naturelles, le jour, de l'opération et le malade étant porteur de la canule à tampon, un fragment de la tumeur pour l'examiner séance tenante.

Conformément à ces données, la trachéotomie fut pratiquée le mardi 15 novembre au matin. L'opération fut rendue très laborieuse par suite d'un incident inattendu. Notre désir était d'ouvrir la trachée le plus bas possible pour que la plaie de la trachéotomie ne se confondit pas avec celle de la laryngotomie. Or, au point où porta l'incision, se trouvait une portion du corps thyroïde complètement calcifiée. L'effort nous fut, après des efforts inutiles et qui amenèrent une hémorrhagie notable, de découvrir la trachée plus haut et de l'ouvrir immédiatement au-dessous du cricoïde. L'écoulement sanguin formé par les veines thyroïdiennes ouvertes était tel, que nous ne pûmes prévenir la pénétration d'une certaine quantité de sang dans les bronches.

Les suites de cette opération ne parurent pas tout d'abord devoir être autrement fâcheuses. Le soir et le lendemain matin le malade allait bien; pas de fièvre (37 degrés), pas d'oppression; seule l'expulsion par la canule de mucosités blanches et rougeâtres était de nature à causer quelque inquiétude. Mais dès le soir du second jour la fièvre s'alluma, le matin du troisième la dyspnée était excessive; un souffle intense était entendu à la partie moyenne du pumon droit, l'asphyxie survenait rapidement et le malade succombait le jour même.

Il est resté incertain pour nous de savoir dans quelle mesure il fallait, pour expliquer cette pneumonie si rapidement survenue et si rapidement mortelle, incriminer soit la pénétration du sang dans les bronches, soit le refroidissement auquel, malgré nos efforts et nos recommandations, le malade, en raison d'une installation défectueuse, avait été certainement exposé.

L'autopsie complète du corps nous a été interdite; nous dûmes nous contenter de l'examen du larynx. Nous avons déjà dit ce que cette étude nous a appris. Nous nous contenterons d'ajouter que nous pûmes ainsi nous assurer que le plan opératoire auquel nous nous étions arrêtés eût été parfaitement exécutable. Nul doute qu'il n'eût été possible, comme nous comptions le faire, de détacher toute la partie malade du cartilage sous-jacent sans intéresser celui-ci. A supposer même que sur le vivant quelque doute nous fût resté à cet égard, il est certain, d'après la disposition de la lésion, que l'ablation d'une moitié du larynx eût été absolument suffisante.

Il existe d'ailleurs dans la science des observations qui montrent que l'on peut, par l'un ou l'autre de ces moyens, obtenir de bons résultats :

Un malade de Billroth, dont l'histoire a été rapportée par Salzer (*Arch. f. klin. Chir.*, t. XXI, p. 848) et citée par Schwartz (thèse d'agrégation, 1886), portait un *épithélioma limité à la corde vocale droite*. C'était un cas absolument analogue au nôtre. La laryngo-fissure fut faite par Billroth un an après le début des symptômes, c'est-à-dire deux mois plus tard que dans notre cas. Deux ans et neuf mois après l'opération, il n'y avait pas de récurrence, et le malade était bien portant.

Jules Bœckel (observation rapportée par Schwartz, *loc. cit.*, p. 201), dans un cas beaucoup moins favorable, a également obtenu un beau succès. Il s'agissait encore d'un *épithélioma à globes épidermiques*, mais qui occupait non seulement la corde vocale gauche, mais aussi le ventricule de Morgagni et le ligament ary-épiglottique du même côté. Quatre ans et demi après l'opération, il n'y avait pas de récurrence.

La guérison est donc possible, ou tout au moins les récurrences, s'il y en a, peuvent se faire attendre des années après la thyrotomie.

Il nous serait plus facile encore de trouver des cas de succès à la suite d'une hémilaryngectomie lorsque l'ablation des parties molles est reconnue insuffisante.

Un malade de Hahn (de Berlin), auquel ce chirurgien avait enlevé en 1880 la moitié du larynx pour un *cancroïde à marche lente*, vivait encore, sans récurrence, en avril 1886 (*Volkmann's Samml. kl. Vort.*, n° 260, p. 4).

Un malade auquel Schede (de Hambourg) enleva en octobre 1882 la moitié droite du larynx pour un *épithélioma corné*, vivait encore dix-huit mois après sans récurrence, et, qui plus est, parlait assez distinctement (*Centralbl. f. Chir.*, 1884, n° 23, p. 55).

Billroth enleva en novembre 1883 la moitié droite du larynx à un homme atteint d'*épithélioma* de cette région. En octobre 1884, le malade vivait encore sans récurrence (*Salzer, Arch. f. klin. Chir.*, Bd XXXI, p. 869) (cas cités par Schwartz).

A supposer même que dans notre cas nous eussions dû constater que la lésion dépassait la moitié du larynx, nous n'aurions évidemment pas hésité à pratiquer l'extirpation complète, malgré la gravité de l'opération. Ici les cas de guérison, pour être rares, existent cependant, et l'on a presque le droit de s'en étonner, si l'on songe que *l'opération a toujours été faite trop tard*. La guérison ne serait probablement pas si exceptionnelle, ou du moins les récurrences seraient beaucoup moins tardives, si, comme chez notre malade, on pouvait se décider à l'intervention opératoire dès les premières périodes de la maladie.

IV. De ce qui précède il nous semble qu'il est permis de conclure :

a. Que, dans un cas analogue au nôtre, une opération semblable à celle que nous avons projetée *peut* réussir, et amener la guérison sans récurrence *locale*, aussi bien que l'ablation d'un cancroïde de la lèvre par exemple ;

b. Que, si même la récurrence devait être fatale, elle pourrait se produire assez tard pour assurer au malade une survie supérieure à celle qu'on obtiendrait en abandonnant la lésion à elle-même, ou en se contentant d'une trachéotomie devenue indispensable ;

c. Que, pour ce qui est de la trachéotomie, nous ne pensons pas qu'il soit permis de la préconiser comme *traitement* du cancer laryngé. On ne peut considérer comme un traitement chirurgical une opération de nécessité, purement palliative. Il est évident que, si l'on amène au chirurgien un malade dont la lésion est très avancée, ulcérée depuis longtemps, il pourra, *s'il a en main des éléments d'appréciation suffisants*, juger, et juger sainement, que

le cas n'est pas justiciable d'une opération radicale, et alors faire avec grand avantage la trachéotomie. Mais si au contraire on lui présente un sujet porteur d'un cancer du larynx limité, encore au début, à peine ulcéré, devra-t-il refuser l'opération radicale et conseiller d'attendre, de laisser la lésion marcher, pour n'intervenir que plus tard, et tenter d'obtenir un peu de survie par la trachéotomie ? Nous ne le croyons pas. Nous pensons, bien au contraire, qu'aucun chirurgien n'hésiterait, *en pareil cas*, à extirper la tumeur, *s'il était sûr du diagnostic*.

d. La question si controversée de l'opportunité de la laryngectomie se réduit donc à ceci : porter un diagnostic exact et le porter de bonne heure.

V. Sans chercher à généraliser hâtivement, et ayant en vue seulement les cas analogues au nôtre, nous terminerons notre communication en exposant la conduite que nous tiendrions aujourd'hui, s'il nous était donné d'observer un cas semblable au début, c'est-à-dire plus tôt encore que nous n'avons eu l'occasion de le faire cette fois-ci.

a. Aussitôt la lésion soupçonnée, prévenir le malade que son affection *peut* être très grave, afin de l'obliger à ne pas se laisser perdre de vue.

b. Aussitôt que la lésion devient probable, essayer le traitement antisyphilitique s'il y a lieu, mais ne pas le prolonger trop longtemps, s'il ne produit pas d'amélioration, et si au contraire la lésion continue à progresser.

c. Trachéotomie. Habituer le malade au port de la canule à tampon. Dès qu'il la supporte, on pourra, si la tumeur a un volume suffisant, extirper avec une pince coupante un fragment du tissu morbide destiné à l'examen histologique immédiat. Eviter avec le plus grand soin, dans cette tentative, les traumatismes des parties saines.

d. Ne pas attacher à cet examen, presque toujours fait sur des fragments insuffisants et plus ou moins écrasés, une importance qu'en réalité il n'a pas ; et, non seulement s'il est positif, mais même s'il est douteux (1), opérer sans plus tarder : thyrotomie, puis, s'il le faut, laryngectomie partielle ou même totale.



