


Dr L. LAGOARRET

CHEF DU SERVICE

Otologique, Rhinologique et Laryngologique

DE LA POLICLINIQUE DE TOULOUSE



I. CHOLESTÉATOME DE L'OREILLE

II. PAPILLOMES DIFFUS SOUS-GLOTTIQUES

TOULOUSE

ÉD. PRIVAT, ÉDITEUR

45, rue des Tourneurs,

1896



CONSULTATIONS GRATUITES

DE LA *POLICLINIQUE*

20, place Victor-Hugo, 20

**Maladies du Larynx, de la Gorge, des Oreilles,
et du Nez :**

Mercredi et Samedi, à 9 heures du matin.

D^r L. LACOARRET

CHEF DE SERVICE

Otologique, Rhinologique et Laryngologique

DE LA POLICLINIQUE DE TOULOUSE



I. CHOLESTÉATOME DE L'OREILLE

II. PAPILLOMES DIFFUS SOUS-GLOTTIQUES

TOULOUSE

ÉD. PRIVAT, ÉDITEUR

45, rue des Tourneurs,



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna
WUM**

Biblioteka Główna WUM

Br.6839



000027056



www.dlibra.wum.edu.pl

CHOLESTÉATOME DE L'OREILLE MOYENNE

Trajet fistuleux. — Vertige de Ménière¹.

Le cholestéatome de l'oreille moyenne peut, on le sait, se développer et persister pendant plusieurs années sans donner lieu à des symptômes très marqués ou du moins spéciaux. Les malades, en effet, présentent bien les altérations fonctionnelles de l'ouïe dues aux lésions qui ont atteint l'oreille à une époque plus ou moins éloignée, mais ils sont peu ou point incommodés par l'accumulation de ces masses caséuses qui n'ont souvent été tout d'abord que des trouvailles d'autopsie.

Si cependant les choses se passent d'une façon aussi silencieuse dans des cas certainement assez rares, bien plus fréquentes sont les complications occasionnées par l'accroissement continu et par la rétention de ces produits de desquamation épithéliale ou d'exsudation purulente. Ces complications, qui font du cholestéatome une affection extrêmement grave, sont de natures diverses; elles proviennent du développement de la masse cholestéatomateuse, de l'usure et de la destruction progressive du temporal. Quand le cholestéatome évolue vers le dehors à travers les cellules mastoïdiennes et perfore l'enveloppe compacte de l'apophyse derrière le pavillon ou dans le conduit auditif externe, dans une région enfin peu dangereuse, le péril est moindre; mais si la masse cholestéatomateuse fait irruption en haut ou en dedans vers l'encéphale, on voit se dérouler toute une série d'accidents redoutables: l'ab-

1. Communication faite à la *Société française de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*. Congrès de 1895.

cès du cerveau, la méningite, la thrombose du sinus, etc. Ces désordres sont peut-être encore plus fréquents lorsque le cholestéatome provient d'un processus suppuratif. Dans ce cas, en effet, par suite de la rétention du pus et sous l'influence de poussées nouvelles, il se produit, à distance des foyers secondaires, de la carie et des nécroses parfois très étendues. Ici encore le pronostic sera naturellement meilleur et la guérison plus facile, si le pus fusant vers l'extérieur chemine entre le périoste ou les parois cutanées du conduit auditif externe et vient sourdre par un trajet fistuleux, comme dans l'une de nos observations, derrière le pavillon. D'autres fois, enfin, les accidents paraissent plus menaçants qu'ils ne le sont en réalité et donnent lieu à des crises vertigineuses d'une intensité extrême. Dans quelques cas encore, la masse cholestéatomateuse ne déterminera, comme nous le disions au début, que des symptômes effacés, un peu de lourdeur de tête, des bourdonnements, si le traitement intervient à temps pour éviter des désordres plus considérables.

Nous réunirons ici les observations de deux malades qui ont présenté des complications différentes dues au cholestéatome de l'oreille moyenne, complications résultant uniquement de ces néoformations, puisque l'enlèvement des masses caséuses a seul suffi pour amener la guérison.

OBSERVATION I. — M^{lle} A..., fillette de treize ans, nous est amenée dans le courant du mois de décembre 1892. Ses parents paraissent jouir d'une bonne santé, mais l'enfant a toujours été chétive. A l'âge de sept ans, il y a par conséquent six ans, elle fut atteinte de la rougeole, qui amena à sa suite un écoulement de l'oreille droite. On remarqua également qu'à partir de cette époque l'audition de l'oreille gauche avait baissé dans de notables proportions. L'écoulement de l'oreille droite a toujours persisté avec plus ou moins d'abondance, et, après quelques mois, il devint d'une grande fétidité. Pendant l'été, il paraît cesser, ce qui a fait croire à plusieurs reprises à une guérison; mais, au moindre froid humide, il reparait avec ses mêmes caractères. Les soins de propreté, indiqués par un médecin et consistant en lavages avec une décoction de feuilles de noyer, n'ont jusqu'à présent donné aucune amélioration appréciable.

L'examen fonctionnel de l'oreille nous donne les résultats suivants :

PCD.....	} bonne.	Diap.....	m. à dr.
PCG.....		ROD. ...	} —
OD.	0 ^m 01.	ROG.....	
OG.	0 ^m 08.	Bourd ^{ts} ...	Vent.

Après avoir lavé et séché l'oreille droite, nous constatons que le tympan a à peu près complètement disparu, il n'en reste qu'une étroite bande en bas et en arrière. La caisse est vide de la plus grande partie de ses osselets, qui, cariés, ont été entraînés par la suppuration, mais elle est remplie de fongosités qui saignent au moindre contact. Ces fongosités sont surtout nombreuses en bas, en avant et en arrière. L'étrier est resté en place, mais il est enfoncé sous une masse granuleuse. Du côté gauche, nous constatons que le tympan est terne et déprimé. Le triangle lumineux n'est plus que punctiforme. Quelques adhérences assez lâches se remarquent à la partie antérieure; la chaîne un peu raide est cependant mobilisable. En somme, ce sont les lésions de l'otite moyenne catarrhale et de l'obstruction de la trompe d'Eustache. Les sécrétions nasales sont abondantes, la muqueuse des cornets est tuméfiée, la respiration nasale très diminuée. Végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Nous ne nous étendrons pas bien longuement sur le traitement de ces diverses lésions. Il nous suffira de dire que la petite malade se montrant assez docile, nous pûmes, après insensibilisation à la cocaïne, détruire les fongosités de la caisse au moyen de la curette sans grandes douleurs et sans écoulement notable de sang. Le curettage de la caisse fut suivi de cautérisations à l'acide chromique liquide. La médication fut complétée par des lavages boriqués, par des instillations astringentes et antiseptiques.

D'un autre côté, les insufflations avec la poire de Politzer améliorèrent notablement l'audition de l'oreille gauche, surtout après l'ablation des végétations adénoïdes.

Après trois mois de traitement, la suppuration était complètement tarie du côté droit, mais l'audition était sensiblement la même. A gauche, la montre était perçue à 63 centimètres; la respiration nasale parfaitement libre. La petite malade pouvait être considérée comme guérie; mais, par mesure de précaution, nous recommandâmes de nous l'amener de temps en temps. Au mois de juin de la même année 1893,

les parents furent appelés en Espagne et nous n'en eûmes plus de nouvelles jusqu'au mois d'octobre 1894. A ce moment, ils nous ramenèrent la fillette et nous racontèrent que la guérison s'était maintenue complète en apparence jusqu'au milieu d'août 1894, mais qu'à cette époque l'enfant avait ressenti de violentes douleurs dans l'oreille droite; en quelques jours, il s'était formé une tuméfaction en arrière du pavillon et en haut. Le médecin appelé fit à ce niveau une incision au bistouri et il en sortit du pus non fétide. Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux mois, l'ouverture ne s'était pas refermée. Aucun écoulement ne s'était manifesté par le conduit auditif externe. Nous constatons, en effet, l'existence du trajet fistuleux qui paraît se diriger du côté de la caisse en suivant la paroi postéro-supérieure du conduit, mais en aucun point nous ne sentons de surface osseuse dénudée; le pus qui s'écoule est épais et ne présente pas de fétidité.

A l'examen de l'oreille, nous remarquons que la paroi supérieure du conduit est tuméfiée, en efface le calibre et ne permet pas un examen complet du fond de la caisse. Nous prescrivons des lavages antiseptiques faits par le trajet fistuleux et par l'oreille; nous pratiquons la dilatation du conduit au moyen de tiges de laminaire, et, peu de jours après, nous pouvons pratiquer un examen convenable, la tuméfaction ayant en grande partie disparu. Nous constatons alors que la caisse est distendue par une masse blanchâtre de consistance assez dure que nous mobilisons avec peine après l'avoir ramollie. Des injections poussées avec une assez grande force amènent enfin l'expulsion d'un gros bouchon blanc qui est constitué par des lamelles épidermiques stratifiées et élastiques. Les parois de la caisse sont minces et lisses, comme atrophiées. Une injection faite par le trajet fistuleux ressort par le conduit auditif.

Avec un stylet garni de ouate et trempé dans une solution de nitrate d'argent au dixième nous raclons le trajet fistuleux. Pansement compressif, lavages boriqués, instillations d'alcool. Au bout de quinze jours la suppuration était tarie, le trajet fistuleux fermé, et la guérison s'est maintenue depuis cette époque.

Dans l'observation qui vient d'être rapportée, il est facile de suivre la marche des accidents après l'arrêt de la suppuration et la guérison de l'otorrhée. Par suite de la desquamation de la surface cutanisée de la caisse, desquamation assez active dans le cas actuel, il s'est produit une accumulation énorme de masses épi-

dermiques stratifiées qui ont fini par remplir la totalité de la caisse du tympan. Cette accumulation, soit par elle-même, soit par l'adjonction de causes nouvelles, a déterminé une poussée inflammatoire qui a abouti en définitive à la formation d'un abcès. Et ce qui prouve jusqu'à un certain point que cet abcès n'était pas dû au retour de l'ancienne otorrhée, mais était un abcès franc et aigu, c'est d'une part sa violence, et d'autre part sa guérison rapide. On peut voir dans le cours d'une otorrhée survenir des accidents aigus. la chose n'est pas discutable ; mais une fois calmés, l'écoulement primitif persiste et continue sans paraître influencé par l'orage qui vient de passer. Ce n'était pas ici le cas. D'autre part, l'absence de carie osseuse qui à la longue, il est vrai, eût pu se produire, mais alors d'une façon secondaire, absence de carie constatée par de minutieuses explorations au stylet, cette intégrité des parois osseuses et l'état parfait de la muqueuse de la caisse plaident en faveur d'un accident aigu provoqué par la présence du cholestéatome et ne se rattachant en aucune façon à l'affection primitive. Nous insistons à dessein sur ce point pour indiquer la genèse de ce cholestéatome survenu après la guérison d'une otorrhée et afin de montrer sa nature purement épidermique en opposition avec d'autres formations mixtes amenées par un processus purulent faible qui s'accompagne de desquamation plus ou moins abondante.

Cet abcès, identique comme point de départ et comme allures à celui dont nous avons déjà donné la relation dans un cas d'obstruction du conduit par bouchon de cérumen (*Annales de la polyclinique de Toulouse*, n° 6, juin 1893), cet abcès, une fois formé, a cherché sa voie d'écoulement. Ne pouvant dissocier les lamelles épidermiques imbriquées qui constituaient le cholestéatome, il s'engagea, fort heureusement du reste, vers l'extérieur, passant entre le périoste et le revêtement cutané du conduit auditif externe. Il suffit, comme on l'a vu, de débarrasser la caisse des produits qui s'y étaient accumulés pour amener l'oblitération d'un trajet fistuleux persistant et pour amener une guérison définitive, mais qui demande à être surveillée.

OBSERVATION II. — M. L..., âgé de trente et un ans, d'un tempérament lymphatique prononcé, vint nous consulter, dans le courant de l'année 1893, pour des bourdonnements et une aggravation de la surdité de l'oreille gauche survenue dernièrement à la suite d'un rhume de cerveau. Ce malade nous dit avoir été soigné à Paris, il y a quinze ou vingt ans, pour une affection de cette même oreille. On lui en aurait, prétend-il, extrait un hyste. Il est probable cependant, étant donné les constatations que nous faisons quelques instants plus tard, qu'il s'agissait plutôt d'une otorrhée avec prolifération de bourgeons et qui aurait nécessité l'extraction de quelque polype.

L'examen fonctionnel de l'organe donne les résultats suivants :

PCD.....	} bonne.	Diap.....	m. à g.
PCG.....		ROD.....	} —
OD.....	0 ^m 25	ROG.....	
OG.....	0 ^m 04	Bourd ^{ts}	Vapeur.

La voix est perçue en voix de polichinelle.

A l'examen direct, nous constatons qu'il existe du côté droit des lésions d'otite catarrhale ancienne ; à gauche, un tissu cicatriciel moule les osselets et s'applique fortement sur le manche du marteau qui est à peu près immobile. Cet osselet paraît même abaissé et rejeté sur la paroi postérieure où il s'adosse et où il est maintenu par des adhérences résistantes. Le fond de l'oreille est humide ; il existe un suintement extrêmement léger, mais très fétide. Nous prescrivons des lavages et des instillations antiseptiques, et nous pratiquons le catéthérisme de la trompe d'Eustache. Après quelques jours de traitement, une amélioration sensible s'étant produite (OD, 1 mètre ; OG, 0^m10), nous ne revoyons plus le malade.

Cinq ou six mois plus tard, nous sommes appelé auprès de lui. Depuis trois ou quatre jours, il est atteint, sans cause appréciable, de bourdonnements et de crises vertigineuses intenses. Le vertige est tellement violent, qu'étendu sur son lit, il lui est impossible de faire un mouvement, de soulever ou de remuer la tête à droite et à gauche, d'ouvrir même les yeux sans être pris immédiatement de nausées et de vomissements. L'état vertigineux est permanent. Bien que le malade, par coquetterie, n'ait jamais avoué à sa femme qu'il souffrait d'une oreille et n'en ait pas davantage parlé à son médecin, M. le professeur André qui le soigne

diagnostique un vertige de Ménière et veut bien nous faire appeler pour avoir notre avis. Nous constatons un léger suintement fétide par le conduit, mais il ne nous est pas possible, du moins pour le moment, de faire un examen complet.

Irrigations abondantes à l'acide borique. Révulsion sur l'apophyse mastoïde, purgatifs, sulfate de quinine et bromure, etc.

Après douze ou quinze jours de ce traitement, les crises vont en s'atténuant. Il ne reste que du vile cérébral, à la condition cependant que le malade ne s'agite pas, ne se tourne pas ou ne se baisse pas brusquement.

Quelques jours plus tard, M. L... peut se rendre à notre consultation. Nous explorons alors plus minutieusement l'oreille gauche, et nous constatons ainsi qu'entre la marge tympanique et le col incliné du marteau se trouve une mince fente par laquelle on peut (le tympan étant détruit depuis longtemps) pénétrer directement dans l'attique. Or, nous sentons avec le stilet que le recessus épitympanicus au lieu d'être libre est encombré de masses molles, et nous ramenons au dehors une parcelle de matière caséuse extrêmement fétide. Avec une fine curette, puis au moyen d'injections faites directement dans la logette avec la seringue d'Hartmann, nous arrivons, après plusieurs efforts, à expulser quelques blocs de la même substance. Après des instillations de glycérine carbonatée et de nouveaux lavages, nous arrivons à désobstruer complètement toute la coupole.

Depuis cette époque, et notre intervention date d'un an, la guérison s'est maintenue.

Nous avons encore revu dernièrement notre malade ; il ne paraissait rien de suspect et la logette des osselets était absolument libre.

Du côté droit, l'audition de la montre se fait à 1 mètre ; du côté gauche, elle s'est maintenue à 10 centimètres. M. L... peut impunément se livrer à toutes ses occupations et n'est un peu désagréablement impressionné que lorsqu'il sort par un temps de grand vent.

Cette observation nous montre le développement d'une masse cholestéatomateuse dans la partie supérieure de la caisse, dans une région où on rencontre d'habitude ces productions à la suite de destructions de la membrane de Schrapnell. Bien que le tympan ait été depuis longtemps déjà détruit dans le cas qui nous

occupe, on peut voir que les conditions ordinaires de rétention se trouvaient réalisées d'un côté par la saillie cicatricielle englobant les osselets en bas, et de l'autre côté par le repli cutané de la partie supérieure du conduit. Il existait ainsi une cavité où pouvaient facilement s'accumuler les débris épidermiques et purulents sans communication suffisante avec l'extérieur.

Si nous admettons sans peine que le cholestéatome était déjà développé au moment de notre premier examen, nous ne pensons pas cependant que les premiers symptômes pouvaient lui être rapportés.

L'obstruction et le catarrhe tubaire, même dans les cas de vaste perforation de la membrane du tympan, donnent lieu à une aggravation de la surdité habituelle et à une différence dans la perception de la tonalité des sons. Il suffit alors, nous l'avons maintes fois constaté, de désobstruer la trompe, sans changer en rien les conditions de transmission du son dans la caisse par une intervention directe sur les débris d'organes qui y sont contenus, pour voir l'audition s'améliorer d'une façon parfois surprenante.

Le point de départ de l'affection, la nature des symptômes observés, la double atteinte des oreilles et les résultats du traitement montraient bien le caractère purement catarrhal de la lésion.

Les seconds accidents présentés par notre malade nous paraissent devoir être mis plus particulièrement sur le compte du cholestéatome ou du moins de la suppuration qui en partie lui a donné naissance. Sous l'influence d'une poussée congestive et suppurative plus intense, la masse s'est accrue, l'inflammation s'est propagée à l'oreille interne, peut-être également aux méninges, et cette propagation a eu pour conséquence immédiate les crises intenses de vertige de Ménière que nous avons rapportées. En présence de la difficulté où nous nous trouvions de pratiquer un examen complet, et d'ailleurs avant tout il convenait de calmer ces phénomènes d'excitation, c'est ce que nous fîmes. Quelques jours plus tard, lorsque le calme était à peu près rétabli, la recherche de la cause possible de l'accident nous permettait de découvrir une masse cholestéatomateuse que le curettage et les lavages parvenaient à ramener au

dehors. Un traitement dirigé contre l'otorrhée et sa guérison nous mettaient jusqu'à un certain point à l'abri de toute nouvelle surprise qui sera encore évitée par la surveillance des anciennes lésions de l'oreille.

Tels sont les deux faits cliniques que nous avons tenu à rapporter en raison des complications intéressantes qu'ils ont provoquées. Nous n'avons certes pas l'intention de nous étendre sur l'histoire aujourd'hui mieux connue du cholestéatome de l'oreille moyenne, mais qu'on nous permette de dire simplement quelques mots sur la genèse de ces productions.

La théorie ancienne, celle qui consiste à regarder le cholestéatome comme une tumeur primitive, ne compte plus que peu de partisans, depuis que, par une étude plus approfondie et par des examens plus complets, les otologistes ont répandu quelque peu de lumière sur cette question. Dans tous les cas, la formation primaire de ces tumeurs par produits épidermiques détachés pendant la vie embryonnaire ne peut être qu'excessivement rare. Bien plus fréquentes, au contraire, sont les formations secondaires sur la genèse desquelles cependant varie l'opinion des auteurs. S'agit-il, comme le veulent Trœltsch, Wendt, Schmiegelow, d'une métaplasie, de produits formés par la rétention de cellules épithéliales dans les cavités de l'oreille moyenne enflammée dont l'épithélium cylindrique normal s'est transformé par suite de cette inflammation en épithélium pavimenteux stratifié? Existe-t-il au début un noyau de pus concret, un débris quelconque jouant le rôle irritant de corps étranger? Ne se trouve-t-on en présence, comme le veut Wendt, que d'une otite moyenne desquamative? S'agit-il, au contraire, ainsi que l'ont démontré Bezold et Habermann, d'une invasion de la caisse par l'épiderme du conduit à travers les perforations du tympan? En réalité, suivant Politzer, la clinique et l'anatomie pathologique démontrent que le développement du cholestéatome doit être rapporté à des causes diverses. Il ne convient donc pas, croyons-nous aussi, de se montrer à cet égard trop exclusif; les deux opinions trouvent l'une et l'autre, selon l'examen des faits, leur confirmation et peuvent être admises au même titre.

Qu'on ait donc affaire à une métaplasie ou à une épidermisation de la muqueuse de la caisse, d'autres conditions sont nécessaires pour donner lieu à la production ou plutôt au développement du cholestéatome. Il faut d'une part qu'il existe une irritation suffisante du revêtement de la caisse pour amener la desquamation excessive et constante de ses couches superficielles, ainsi que l'indique Politzer, et d'autre part qu'il se rencontre un obstacle quelconque à l'expulsion spontanée des masses néoformées. On rencontre dans presque tous les cas cliniques présentés et bien observés cette double particularité. Il en résulte que les cholestéatomes se montrent tantôt à la suite d'otorrhées guéries, peu de temps après la cessation de l'écoulement, pendant que la période de réparation est en pleine activité, tantôt dans les otorrhées peu abondantes comme écoulement, simplement suintantes, dont la suppuration n'est pas suffisante pour entraîner les masses desquamées, et quand, dans l'un et l'autre cas, diverses conditions de rétention se trouvent réalisées. Dans les deux cas également, en dehors de l'excitation inflammatoire insuffisamment éteinte à la suite d'une guérison récente, excitation qui se traduit par une prolifération cellulaire plus active, en dehors encore de la persistance de lésions imparfaitement guéries dont les exsudations macèrent et détachent les couches superficielles, dans les deux cas, disons-nous, le premier noyau formé jouera le rôle de corps étranger, et par l'irritation qu'il déterminera poussera à une desquamation plus abondante.

En somme, toute théorie sur la genèse immédiate de ces néoformations mise de côté, elles sont toutes admissibles. On peut, au point de vue purement clinique, assimiler dans une certaine mesure le cholestéatome de l'oreille moyenne à d'autres produits de desquamation et de rétention, par exemple à la rhinite caséuse, appelée aussi cholestéatomateuse, à l'amygdalite folliculaire, même aux bouchons épidermiques du conduit auditif externe, etc. C'est à ce titre qu'on doit refuser à ces productions, comme seraient tentés de le faire quelques auteurs, une existence propre. Que trouve-t-on, en effet, dans les masses cholestéatomateuses?

Une agglomération de cellules stratifiées et concentriques, de la cholestérine, des microbes divers quand il s'agit d'un cholestéatome pur. Ces formations, si elles sont de nature épidermique, sont d'ordinaire assez dures, élastiques, sans odeur, comme celles de notre première observation.

D'autres fois les cellules sont disposées sans ordre ; on y rencontre les mêmes éléments que précédemment et en plus des globules de pus. Cette variété s'observe dans les otorrhées faibles incomplètement guéries ; c'est le cholestéatome de notre seconde observation qui forme une masse molle, caséuse et fétide.

Dans le coryza caséux, dans les cryptes amygdaliennes, on rencontre également des cellules plus ou moins déformées, des cellules graisseuses, des cristaux d'acides gras, des microbes divers, etc. Ce sont là les éléments fondamentaux du cholestéatome de l'oreille. L'analogie est complète. Indépendamment, en effet, des éléments nouveaux empruntés au milieu différent dans lequel naissent ces masses, leur composition est la même. Quant à leur développement, il est aussi identique : irritation inflammatoire et prolifération cellulaire, accumulation et rétention des produits desquamés.

Il s'ensuit donc que, comme le coryza caséux, le cholestéatome de l'oreille n'est qu'une complication et non pas une entité pathologique définie.

Nous serons bref sur la question du traitement. Nous nous bornerons à dire qu'il devra être préventif et curatif. On surveillera assez longtemps les otorrhées après la disparition complète de l'écoulement. Que la guérison soit obtenue par l'épidermisation de la caisse ou par les transformations plus ou moins considérables de l'épithélium de la muqueuse, on s'efforcera, à l'aide de moyens appropriés, de calmer la prolifération trop active des couches superficielles.

Quand le cholestéatome existe déjà, on cherchera à l'extraire par les procédés bien connus : instillations, injections, curetage, etc.; puis on modifiera la cavité qui le renfermait par une thérapeutique diverse.

Si l'intervention opératoire ne peut nuire au degré d'audition de l'oreille malade, on tâchera, soit par la résection d'une partie du tympan, soit par l'enlèvement des osselets, etc., de supprimer les obstacles qui ont une première fois déterminé la rétention des produits de desquamation.

Lorsqu'enfin la masse cholestéatomateuse est très considérable et menace la vie du malade, lorsqu'il faut agir vite, qu'il existe une carie des parois de la caisse, mais alors seulement, on sera autorisé à en pratiquer l'enlèvement par l'opération de Stacke, opération merveilleuse sans doute, mais dont abusent certainement aujourd'hui les partisans enthousiastes de l'école allemande. Ceux-ci oublient avec trop de facilité dans les cas soit de cholestéatome, soit d'otorrhée, que, à moins de danger pressant, le rôle du médecin auriste est de s'en tenir à la chirurgie conservatrice, d'employer les méthodes de douceur qui guérissent le plus souvent sans provoquer de grands délabrements, parfois inutiles, qui maintiennent tout ce qui peut être sauvé de la fonction auditive et qui, par les soins minutieux qu'elles exigent, mais par les bons résultats qu'elles donnent à la longue et avec un peu de patience, montrent l'utilité et font la force du spécialiste.

PAPILLOMES DIFFUS SOUS-GLOTTIQUES

Extirpation par la méthode endolaryngée¹.

De toutes les tumeurs bénignes du larynx, les papillomes sont de beaucoup les plus fréquentes. Il suffit pour s'en convaincre de consulter les statistiques de V. Bruns, de Fauvel, de Massei, de Morell-Mackensie. C'est d'après ces données, qui sont encore confirmées par les cas d'Elsberg, que Krishaber a pu dire dans son article sur les polypes du larynx du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, que les papillomes constituent à peu près la moitié des néoplasmes bénins observés dans le larynx.

Il serait donc inutile d'en rapporter un nouvel exemple si, par la lenteur de leur évolution, par le développement considérable et le siège de ces tumeurs, par les bons résultats de l'intervention, il n'était intéressant de lire l'observation que nous publions ici.

Observation. — M^{lle} X... se présente à notre clinique au commencement de décembre 1894, pour nous consulter au sujet d'une aphonie complète qui dure depuis *neuf ans*, aphonie qui s'accompagne depuis quelques mois de désordres respiratoires. Cette jeune fille nous est amenée par sa sœur, qui nous raconte qu'aucun antécédent fâcheux n'existe du côté des parents. Bien qu'elle ne fût pas prédisposée à s'enrhumer, la malade commença à devenir enrouée vers l'âge de cinq ou six ans, les troubles de la voix allèrent en augmentant progressivement depuis cette époque, et enfin, à neuf ans, la voix se perdit tout à fait. Dès lors, l'aphonie s'est maintenue absolue, sans intermittence aucune; la toux, quand

1. Extrait des *Annales de la Policlinique* de Toulouse, janvier, février 1896,

elle survient, ce qui est rare d'ailleurs, est étouffée, non seulement sans timbre, mais sans la moindre sonorité. A la suite de quintes violentes, on a pu remarquer dans les expectorations sans caractère quelques minces filets de sang; mais on nous fait remarquer que ces rhumes, absolument fortuits, n'ont jamais eu une durée anormale et qu'en général il n'existe pas d'expectorations. L'examen de la poitrine, pratiqué à diverses reprises, a toujours été négatif. La malade est bien développée, l'appétit est bon, toutes les fonctions organiques s'exécutent parfaitement; en somme, l'état de santé est des plus satisfaisants.

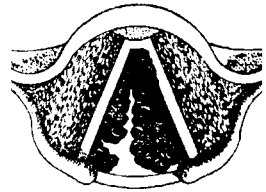
Cette jeune fille a suivi depuis neuf ans de nombreux traitements sans en retirer la moindre amélioration. Tour à tour, elle a pris de l'huile de foie de morue, des vins toniques, des sirops reconstituants, de la créosote, de l'arsenic, des phosphates, etc.; puis elle a été soumise à l'hydrothérapie, à la valériane, au bromure, à toute la série des antispasmodiques. On a pratiqué des badigeonnages variés de la gorge, des cautérisations du pharynx, on a essayé la suggestion, mais toujours sans le moindre résultat.

Dans un de ses voyages à Toulouse, elle eut enfin l'occasion de consulter M. le Dr Ressayet, qui voulut bien lui conseiller de s'adresser à nous.

A l'examen laryngoscopique, nous constatons que l'orifice glottique est obstrué presque entièrement par une tumeur muriforme, en chou-fleur, d'un aspect rosé, et à points d'implantations multiples. C'est à peine s'il existe à droite en arrière, du côté de l'articulation crico-aryténoïdienne, un petit orifice irrégulier du volume d'une plume d'oie, et une fente sinueuse allant d'arrière en avant qui permettent la respiration. Cette masse, finement lobulée, forme trois tumeurs suffisamment distinctes et de volume différent, qui s'insèrent au pourtour de la glotte et dont les sommets circonscrivent l'orifice et la fente dont nous venons de parler. La plus volumineuse siège du côté gauche; sa base d'implantation comprend toute la ligne d'insertion sous-glottique de la face inférieure de la corde vocale gauche et s'étend sur toute sa longueur, d'arrière en avant, depuis la base de l'articulation crico-aryténoïdienne jusqu'à l'angle antérieur des cordes. Elle ne dépasse pas le bord libre de la corde vocale, qu'elle laisse absolument indemne dans les deux tiers postérieurs. C'est à peine si elle empiète un peu sur ce bord dans le tiers antérieur. Cette tumeur dépasse la ligne médiane dans l'inspiration forcée. La seconde tumeur, moins saillante, occupe le côté droit du larynx; elle naît

également de l'angle inférieur sous-glottique de la corde vocale droite, mais n'empiète en aucun point sur son bord libre. Elle occupe toute cette ligne, depuis l'angle antérieur des cordes jusqu'au quart postérieur, c'est-à-dire qu'elle embrasse les trois quarts antérieurs de la corde. Son bord interne limite avec celui de la tumeur droite la fente irrégulière qui constitue l'orifice glottique. La troisième tumeur, enfin, provient de la base de l'aryténoïde droit et forme à ce niveau un bourgeon arrondi et bilobé; c'est la plus petite. Il n'existe aucune saillie dans la région interaryténoïdienne. Les cordes vocales sont rouges, congestionnées. Dans les efforts de phonation, ces trois tumeurs se tassent les unes sur les autres, mais empêchent absolument l'affrontement des cordes qui ne dépassent pas la position cadavérique. Il s'agit donc d'un papillome diffus sous-glottique débordant légèrement la lèvre vocale gauche dans son tiers antérieur, et qui ne laisse qu'un étroit passage à l'air.

Après avoir insensibilisé la gorge avec une solution de cocaïne à 1/40^e, nous procédons, à l'aide d'une pince coupante laryngienne, au morcellement et à l'extraction des tumeurs. Dans une première séance, nous nous attaquâmes à la masse la plus volumineuse siégeant à gauche, et nous en enlevâmes environ les deux tiers postérieurs sans cependant chercher à raser de près la corde vocale, mais simplement pour livrer à l'air un passage plus considérable. L'extirpation se passa sans incidents et sans grande effusion de sang. Dans les séances suivantes, que nous espaçâmes de deux en deux jours, nous finîmes d'enlever successivement le tiers antérieur de la tumeur gauche, puis la tumeur droite, et enfin le gros bourgeon de la base aryténoïdienne droite.



Dès le début de la seconde semaine de traitement, la voix, bien que rauque et éraillée, était revenue, et ce ne fut pas sans étonnement que la malade put enfin, après une aussi longue aphonie, s'entendre parler. Nous devons avouer que, malgré nos recommandations, nous n'arrivâmes pas à obtenir un silence complet; cette surprise de l'oreille fut de courte durée, et la malade s'habitua vite à entendre le son de sa voix.

La première partie de l'opération, celle qui comprenait la libération de l'orifice glottique et permettait la liberté respiratoire, était terminée. La seconde partie, assurément la plus délicate, qui consistait à rendre

la voix claire et à permettre la facile émission des sons, restait à faire. Il s'agissait d'enlever les bourrelets saillants des pédicules et de raser d'assez près les cordes vocales pour leur restituer leur rectitude, leur épaisseur, afin de leur permettre de vibrer convenablement. La petite pince coupante de la série d'instruments laryngiens de Schrötter, insinuée à plat sous les cordes vocales, nous permit d'arriver à ce résultat, la rétraction cicatricielle fit le reste. La voix dès lors était bonne, mais il existait encore au niveau du tiers antérieur de la corde gauche un léger bourrelet qui empêchait l'affrontement absolu des rubans vocaux. Nous cautérisâmes cette saillie avec la fine pointe d'un galvano-cautère. Le gonflement produit par cette cautérisation limitée donna lieu, jusqu'au moment de la chute de l'escharre, à un incident désagréable bien que momentané. La voix, en effet, se voila, et la malade constata avec désespoir qu'elle ne parlait plus aussi clairement. Ses craintes furent heureusement de courte durée, et quatre ou cinq jours plus tard la corde, lisse et unie, permettait la nette émission des sons.

A part un peu de congestion et d'inflammation des cordes vocales, le larynx est redevenu normal. Nous prescrivons les pulvérisations anti-septiques et légèrement astringentes et nous pratiquons pendant quelques jours des attouchements laryngés au chlorure de zinc. Puis, comme il tarde à la malade de rentrer chez elle, où d'ailleurs elle pourra continuer une partie de son traitement, nous lui donnons congé dans le courant du mois de janvier.

Nous avons revu notre malade une première fois en août 1895; elle se rouvait parfaitement bien, sa voix était bonne. Il n'existait pas la moindre récidive et le larynx présentait un aspect tout à fait normal. Nous avons encore reçu sa visite il y a quelques jours à peine, au commencement de janvier 1896. La voix est claire, bien timbrée, les cordes vocales sont blanches, à bords nets. On ne se douterait certainement pas que le larynx a pu jamais être malade.

L'observation que nous venons de rapporter montre bien la tolérance du larynx pour une tumeur qui croît lentement, même lorsqu'elle arrive à obstruer d'une façon presque complète l'orifice glottique.

A part les troubles de la voix, on ne trouve rien à signaler; tout au plus, dans les derniers temps, existe-t-il un peu de gêne de la res-

piration lorsque la malade fait des efforts qui nécessitent une plus grande pénétration d'air dans les poumons. La tumeur a donc pu se développer depuis l'âge de cinq ou six ans, c'est-à-dire pendant douze ou treize ans, sans provoquer de grands désordres. Doit-on attribuer sa persistance à sa diffusion et à la largeur de son implantation ? C'est possible ; mais elle n'avait aucune tendance à disparaître spontanément, et elle eût avant peu déterminé de graves accidents asphyxiques. On sait, en effet, que Thost (*Deut. Med. Woch.*, mai 1890) prétend que les papillomes de l'enfant disparaissent spontanément à la puberté et qu'ils sont par conséquent sans danger. Cette disparition s'observe certainement quelquefois, et Garel (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1891, p. 386) a publié à ce sujet une très intéressante observation. Il ajoute cependant avec raison, contrairement à l'opinion de Thost, qu'on ne peut considérer comme bénigne une tumeur qui provoque des accès de suffocation, car on n'est pas sûr d'arriver à temps pour pratiquer la trachéotomie.

Les papillomes siègent de préférence sur les cordes vocales inférieures, au niveau de la partie antérieure et moyenne des cordes, et, d'après Stoerk, au point de rencontre des deux rubans vocaux. Ce siège de prédilection s'explique par les différences de structure de la muqueuse laryngée qui, d'après les recherches de Coyne (*Thèse de Paris*, 1874), présente au niveau des cordes vocales inférieures, et surtout sur leur bord, des papilles à revêtement épithélial pavimenteux. Ces papilles diminuent de nombre et de grandeur de la partie moyenne vers les régions antérieure et postérieure. C'est donc sur la corde vocale elle-même et sur son bord libre que naissent d'ordinaire ces tumeurs. Mais lorsque les papillomes sont diffus, on les rencontre sur tous les points de la muqueuse laryngée. On notera que dans notre observation le néoplasme constituait une tumeur sous-glottique, ce qui rend le cas un peu plus intéressant, et qu'à part un certain empiètement sur la face inférieure des cordes, le bord libre de la corde gauche ne se trouvait atteint à sa partie antérieure que dans de faibles limites. Ce siège, en effet, est plus rare ; mais on peut voir dans

l'Atlas des maladies du larynx de Mandl (Pl. VII, fig. 3) la reproduction d'un fait à peu près semblable au nôtre. Nous ferons remarquer que cette particularité de siège rendait, au point de vue de la restitution intégrale de la voix, le pronostic meilleur. Les cordes ici restaient intactes dans presque toute leur étendue; il suffisait de les libérer sur leur face inférieure, d'amincir et de rectifier le bord antérieur de la corde gauche pour en rétablir le fonctionnement.

Mais si les papillomes se développent sur les cordes vocales elles-mêmes, on ne peut guère espérer le rétablissement de la voix, lorsque surtout les bourgeons se disséminent sur une grande étendue. Dans ces cas, il ne s'agit plus d'une tumeur en chou-fleur, plus ou moins finement lobulée, à base d'implantation plus ou moins large, sessile ou peu pédiculée; ici le mot de tumeur, dans la conception ordinaire qu'éveille ce terme, est impropre. On voit une vaste surface muqueuse peu surélevée et criblée de petits points saillants, arrondis, grisâtres ou légèrement rosés. Ces fines granulations, tassées les unes contre les autres, de volume différent, innombrables et toujours distinctes, donnent parfois, au premier abord, à la partie qu'elles recouvrent, l'apparence d'une véritable ulcération. Elles sont constituées par la dégénérescence en masse des papilles de la muqueuse, qui prend un aspect tomenteux tout particulier. Nous avons dans ces dernières années observé quelques cas de ce genre. Dans l'un, l'affection avait envahi les deux cordes vocales dans toute leur étendue, mais sans les dépasser. On voyait çà et là, surtout au niveau des apophyses vocales, de fines arborisations terminées en massue et rattachées à la corde par un pédicule extrêmement grêle. Elles flottaient dans l'orifice glottique.

Le malade, un adulte, était aphone depuis plus d'un an. Nous le perdîmes de vue avant d'avoir tenté de le soigner. Chez un second malade, âgé de trente-cinq ans, les lésions étaient limitées à la moitié droite du larynx. Elles étaient disséminées sous forme d'îlots sur la face supérieure de la corde, sur son bord libre, et n'étaient confluentes qu'au niveau de la bande ventriculaire dont

elles occupaient le tiers postérieur. La voix était simplement enrouée. Nous ajouterons que ces malades ne présentaient aucune diathèse suspecte ; ils n'étaient ni syphilitiques ni tuberculeux.

Est-il nécessaire de dire que, quand on se trouve en présence de papillomes de cette nature, le traitement est toujours très long, très délicat, et ne donne presque jamais de résultats satisfaisants ? En dehors, en effet, des nombreuses difficultés que comporte leur ablation, on doit encore examiner l'importante question des récidives et peut-être des transformations malignes. Comme l'indique fort bien Schwartz dans son excellent travail sur *les tumeurs du larynx*, que l'on consultera avec profit, le papillome est grave non seulement parce qu'il peut y en avoir plusieurs, mais encore parce qu'il récidive avec une grande facilité, et il récidive non seulement sur place, par suite d'une ablation incomplète de son point d'implantation, mais encore en d'autres points de la muqueuse laryngée qui avaient été d'abord respectés. Le larynx de ces malades demande donc à être surveillé pendant plusieurs mois et même pendant plusieurs années. C'est ce que nous nous proposons de faire dans le cas actuel. Étant donné cependant que l'ablation a été très complète, que rien de suspect ne s'est montré un an après l'opération, que les tumeurs dataient de l'enfance et ne paraissent pas avoir envahi depuis lors d'autres points que ceux primitivement atteints, que ces tumeurs semblaient n'avoir pris du volume que par suite du bourgeonnement de la masse elle-même, sans qu'il se soit manifesté de proliférations secondaires et successives autour d'une base d'implantation unique, bien délimitée malgré sa largeur, nous avons bon espoir et nous croyons à une guérison définitive.

On ne doit pas oublier encore que le néoplasme, bien qu'enlevé à l'âge adulte, datait de l'enfance et qu'il s'agissait de la forme en chou-fleur. Or, les papillomes de l'enfance qui affectent cette forme croissent rapidement et récidivent de même. La récidive se montre un ou deux mois après leur extirpation, et depuis plus d'un an rien n'a encore paru chez notre malade. D'un autre côté, les tumeurs étaient plus dures que celles de l'enfance, elles avaient déjà subi un commencement de transformation fibreuse.

On peut donc admettre qu'après s'être développées assez vite au début, elles ne croissent plus maintenant qu'avec lenteur par suite de leur organisation plus complète et de l'extinction de ce processus prolifératif spécial à l'enfance. Ces diverses particularités nous font penser jusqu'à un certain point que dans notre cas les chances de reproduction sont bien moindres, et que l'opérée doit bénéficier des anciennes et des nouvelles conditions de développement de la tumeur. Sans avoir la prétention d'examiner toutes les questions relatives au traitement des papillomes du larynx, nous terminerons l'exposé de ce fait clinique par quelques rapides considérations sur la conduite à tenir en présence de ces tumeurs.

A notre avis et d'une façon générale, les procédés doivent varier selon l'âge des malades et selon le volume, le nombre ou la dissémination des néoplasmes. Aussi convient-il d'étudier à part les méthodes de traitement à employer et chez l'enfant et chez l'adulte. Dans tous les cas, c'est à la méthode endolaryngée, méthode de choix, que l'on aura tout d'abord recours. On ne s'adressera à l'extirpation par voie externe que lorsque l'opération par les voies naturelles, même après une trachéotomie faite au préalable, aura été reconnue absolument impossible, et qu'il faudra se hâter. La laryngotomie, en effet, ne doit être employée qu'en dernière ressource, à cause de la gravité de l'intervention et des résultats fâcheux qui peuvent en résulter plus tard au point de vue de la phonation et parfois aussi de la respiration.

Chez l'enfant au-dessous de cinq, six ou sept ans, la difficulté de l'examen laryngé, les spasmes de la glotte fréquents, les dangers de la cocaïnisation, l'indocilité des petits malades, etc., rendent l'emploi de la méthode endolaryngée extrêmement pénible. Dans les cas favorables, on en a publié des exemples, on essaiera cependant de l'appliquer, tout en se tenant prêt à pratiquer une trachéotomie d'urgence s'il se produit au cours de l'opération quelque accident menaçant. Si les tentatives d'extraction ne réussissent pas et que l'asphyxie vienne à se produire, que les tumeurs soient par trop volumineuses et obstruent l'orifice glottique, on trachéotomiera l'enfant et on prendra patience. S'il est docile, on cherchera

dès lors à l'habituer au contact des instruments, et on tentera en pinçant ou non l'épiglotte pour la relever, de nouvelles extractions par la voie endolaryngée. S'il est indocile et que ces dernières manœuvres ne puissent être exécutées facilement, on se bornera à surveiller le petit malade et à attendre. Dans quelques cas, les tumeurs disparaîtront d'elles-mêmes après la trachéotomie (*Cas de Thost, de Garel, etc.*), ou bien seront expulsées spontanément (*V. Bruns*), c'est évidemment la solution la plus favorable ; dans d'autres cas, la raison venant avec l'âge, on pourra faire plus tard de nouveaux essais d'extirpation par la bouche suivis de succès, et comme on ne craint pas l'asphyxie puisque l'enfant respire par la canule, on pourra quelquefois, et avant d'en arriver à la laryngofissure, provoquer l'anesthésie générale par le chloroforme et essayer encore une extraction par les voies naturelles. On voit qu'en somme, malgré quelques bons résultats obtenus par certains opérateurs et tout récemment encore par *M. Périer* (*Acad. de méd., séance du 25 juin 1895*), nous reléguons au dernier plan la laryngotomie et nous ne la conseillons que dans les cas où, malgré la trachéotomie, il se produira des accidents que cette dernière ne saurait empêcher, et qu'il existe par exemple des tumeurs sous-glottiques nombreuses et inaccessibles.

Quant aux instruments à employer pour l'extirpation endolaryngée, on se servira des diverses pinces laryngiennes ; toutes celles dont on a l'habitude seront bonnes à cet effet. Lorsque la tumeur est volumineuse en chou-fleur, c'est le cas ordinaire chez les enfants, ou qu'il existe des bourgeons multiples mais assez saillants, les pinces coupantes ou à mors plats rendront de bons services. Nous signalerons en passant, bien qu'à *priori* il nous paraisse peu pratique, le procédé employé par le *Dr Lichtwitz* et qu'il décrit (*Ann. des mal. de l'oreille, 1892, p. 362*) sous le nom de méthode d'intubation avec tube fenêtré. Elle consiste à pratiquer l'intubation avec un tube fenêtré dont on place la fenêtre en regard de la tumeur, de façon à l'y engager et à la faire saillir à l'intérieur du tube. On peut ainsi, d'après l'auteur, immobiliser le larynx, enlever le néoplasme ou le cautériser sans courir les risques de blesser les parties voisines.

Quand on a affaire, au contraire, à une dégénérescence papillaire totale de la muqueuse, à ce bourgeonnement en masse et peu saillant dont nous parlions plus haut et qui est plus particulier à l'adulte, on se bornera à décortiquer, à racler la muqueuse et à pratiquer des cautérisations chimiques ou thermiques.

Si chez l'enfant il devient quelquefois nécessaire de recourir à la laryngotomie et que par suite de la petitesse du larynx, du volume rapide que prennent les papillomes de l'enfance, on se trouve presque toujours obligé de pratiquer la trachéotomie préventive, cette opération est tout à fait exceptionnelle chez l'adulte. Le malade est d'habitude assez docile, le larynx presque toujours assez facile à insensibiliser, l'orifice glottique suffisamment large pour qu'on puisse sans danger sectionner, arracher, racler et cautériser les tumeurs. La trachéotomie, et à plus forte raison la laryngotomie, ne seront utiles que dans des cas particuliers assez rares en somme. Aussi n'insisterons-nous pas davantage sur des procédés d'extirpation bien connus et qui n'offrent pas en eux-mêmes un grand intérêt.

CONSULTATIONS GRATUITES

DE LA POLICLINIQUE

20, Place Victor-Hugo, 20

D^r A. ÉTIENNE. — *Maladies des voies génito-urinaires, syphilis* : mardi et vendredi, à une heure.

D^r E. GÉHÉ. — *Maladies de la femme* : mardi et vendredi, à 9 heures.

D^r MOREAU. — *Maladies de la peau* : lundi et jeudi, à 9 heures.

D^r E. NOGUÉS. — *Maladies du système nerveux* : mardi et vendredi, à 2 heures.

D^r L. LACOARRET. — *Maladies du larynx, de la gorge, des oreilles et du nez* : mercredi et samedi, à 9 heures.



PRINCIPAUX MÉMOIRES ET TRAVAUX DU

Membre de la Société française de Laryngologie, des Sociétés de Médecine
et de Chirurgie de Toulouse, Bordeaux, etc.

Considérations cliniques sur le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales (in-8°, 150 pages, avec 2 planches hors texte. Thèse, O. Doin, Paris, 1888).

Papillomes des fosses nasales (in-8°, 20 p. O. Doin, Paris, 1889).

Laryngite traumatique. Rupture des fibres musculaires du thyroaryténoïdien interne (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux*, janvier 1889).

Complications auriculaires de l'influenza (*Journal de Méd. de Bordeaux*, n° 27, février 1890).

1° Epithélioma de l'amygdale. — 2° Tumeurs condylomateuses du larynx (*Ann. de la Policlin. de Bordeaux*, 1890).

Complications laryngées de la grippe (Leçon rédigée pour le **Traité des maladies du larynx**, par le Dr MOURE. O. Doin, Paris, 1890).

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne (*Rev. de Laryng.*, etc., n° 11, 12 et 13, 1891; in-8°, 36 p. O. Doin, Paris, 1891).

Un cas de péricondrite typhique du cricoïde et de la trachée (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*; gr. in-8°, 16 p. O. Doin, Paris, 1892).

Condylomes syphilitiques des fosses nasales (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. de Laryng.*, 1892).

Quelques considérations sur la laryngite sèche (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Toulouse*, 1893. — *Rev. de Laryng.*, 1894; in-8°. Doin, édit., 1894).

Empyème du sinus frontal (*Rev. de Laryng.*, n° 17, 1893; in-8°, 18 p. O. Doin, Paris, 1893).

Hématome de la cloison des fosses nasales. (*Bull. de la Soc. de Laryng.*, 1894, et *Ann. de la Policlin. de Toulouse*, 1894).

Laryngite hypertrophique sous-glottique. (*Ann. de la Policlin. de Toulouse*, 1894; gr. in-8°. Privat, édit.).

Statistique des maladies du nez, de la gorge, du larynx et des oreilles (années 1894 et 1895), service du Dr Lacoarret. (*Ann. de la Policlin.*, 1895, 1896.)

