

Anatomie pathologique. — La fistule congénitale peut être complète ou incomplète. Le trajet fistuleux, de même que les orifices, sont en général d'un calibre très faible, donnant accès, tout au plus, à une sonde lacrymale, d'autres fois plus petites encore. En introduisant à travers la fistule un fil d'argent bien brillant, on peut se rendre compte dans le miroir du siège de son orifice interne, quelquefois même cette précaution est inutile, et la fistule apparaît à l'examen laryngoscopique.

Dans les fistules incomplètes, il n'existe pas d'orifice externe, mais une fistule incomplète peut devenir complète à la suite de suppuration.

Les fistules pathologiques intéressent plus souvent le larynx que la trachée, parce que les abcès de cette dernière sont plus rares.

L'orifice externe peut être très grand, et l'aspect de la fistule varie suivant la cause qui l'a produite.

Symptômes. — Les symptômes sont peu marqués pour les fistules congénitales. Ils se réduisent à l'écoulement constant de quelques gouttes d'un mucus plus ou moins liquide et qui se sèche parfois dans le canal; rarement elles donnent issue à quelques bulles d'air.

Pour les fistules pathologiques, les symptômes sont plus appréciables; l'air passe abondamment par le trajet, entraînant de la salive, du mucus, du pus; quelquefois une odeur fétide se dégage, la voix est altérée, supprimée même, et le malade ne peut parler qu'en appliquant le doigt sur l'orifice externe de la fistule.

Diagnostic. — Nous avons dit ce qui distinguait une fistule congénitale d'une fistule pathologique, le passage de l'air fait reconnaître si elle est complète ou incomplète; quand à la cause, les commémoratifs et l'examen du larynx la font facilement reconnaître.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave pour la vie du malade, mais la guérison de la fistule est soumise à des conditions nombreuses. Si la fistule est grande, la guérison radicale devient très difficile et le malade doit se contenter des moyens palliatifs lui permettant de la boucher artificiellement.

Traitement. — Le traitement varie suivant les proportions du trajet et aussi suivant la cause. Tandis que certaines fistules sont peu gênantes et peuvent subsister sans occasionner des troubles graves, d'autres au contraire ne sont pas justifiables d'un traitement par simple oblitération.

Pour les petites fistules, il suffira des cautérisations au nitrate d'argent, au stylet rougi, ou à la teinture d'iode afin d'aviver les bords de la plaie et de provoquer leur adhérence.

Divers procédés autoplastiques ont été conseillés, celui de Ried qui consiste à prendre un lambeau de peau saine dans les régions voisines de la fistule, sans toutefois le détacher en entier de son pédicule, et à le fixer sur l'orifice externe du trajet par des points de suture; c'est l'un des plus usités.

Toutefois on aura soin de ne pas fermer les parties externes avant que les parties internes aient été obstruées, se rappelant ici ce que nous avons dit au sujet des plaies du larynx. M. Berger conseille de faire toujours deux plans de suture, l'un profond, l'autre superficiel, lorsqu'on veut obtenir la réunion après avivement des bords de la fistule. Si on laissait l'orifice externe se fermer alors qu'il persiste un infundibulum cicatriciel, s'ouvrant dans la trachée, on s'exposerait à voir au moindre effort se former entre la trachée et les tissus une sorte de trachéotèle (Berger), accident qui pourrait facilement résulter de l'absence de parallélisme entre les parties superficielles et les parties profondes à chaque mouvement du larynx. La suture des parties profondes assure la cicatrisation de ces dernières.

TUMEURS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Le larynx peut être le siège de tumeurs qui débent primitivement sur le larynx ou encore n'être envahi que secondairement par des tumeurs nées dans les organes voisins. Les premières seules nous occupent ici.

On les divise en :

1° *Tumeurs bénignes*, généralement appelées *polypes*.

2° *Tumeurs malignes* ou *cancers*.

Chacune de ces catégories devra être étudiée séparément.

1° TUMEURS BÉNIGNES DU LARYNX (1).

La dénomination de polype, très commode et généralement employée en clinique, est moins correcte que celle de tumeur bénigne, parce qu'elle implique l'idée d'un pédicule, et tel n'est point souvent le cas

(1) CAUSIT, Étude sur les polypes du larynx chez les enfants et en particulier sur les polypes congénitaux, thèse de Paris, 1867. — COYNE, Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse laryngée, thèse de Paris, 1874. — ISAMBERT, Contribution à l'étude du cancer laryngé (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1876). — AUGÉRIAS, Sur la trachéotomie dans le cancer du larynx, thèse de Paris, 1880. — MOURE, Étude sur les kystes du larynx (*Rev. mens. de laryng.*, Bordeaux, 1880-1881). — FAUVEL, Les indications pour le traitement extra ou intralaryngé pour les polypes du larynx (*VII^e session du Congrès de laryng.*, 1881). — MENDEL, Note sur l'étiologie des polypes du larynx (*Arch. int. de laryng.*, p. 83). — ED. SCHWARTZ, Des tumeurs du larynx, thèse d'agrég. en chirurg. de Paris, 1886. — FRANKEL, Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1889). — PÉRIER, De la laryngectomie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1860, p. 242). — GLUCK, Traitement chirurgical des tumeurs du larynx (*Sem. méd.*, 12 janv. 1896). — POYET, Rapport sur le traitement des papillomes diffus du larynx (*Soc. franç. d'otol. et de laryng.*, 1896). — E. SCAFI, Fibrome du larynx chez une femme enceinte (*Arch. ital. di otolog.*, etc., fasc. 11, 1896). — MARTUSCELLI, Tumeurs amyloïdes du larynx (*Arch. ital. di laryngol.*, n° 3, 1896). — O. CHIARI, Un cas de fibrome du larynx (*Weiner klin. Wochenschr.*, n° 35, 1896, p. 789). — A. BAUROWICZ, Un cancer pédiculé de l'épiglotte (*Arch. für Laryng. und Rhinol.*, Bd. IV, n° 2, 1896). — BOTEX (R.), Thyrotomie dans le cancer du larynx (*Arch. int. de laryng.*, n° 1, 1897).

pour les tumeurs du larynx. De plus, en disant tumeur bénigne, on rappelle par ce seul qualificatif plusieurs des particularités de la tumeur.

Des affections générales telles que la tuberculose et la syphilis peuvent, à de certaines périodes de leur évolution, donner naissance à des végétations polypoïdes se développant dans le larynx. Les troubles provoqués par ces tumeurs et le traitement chirurgical qu'il convient de leur appliquer, sont souvent les mêmes que ceux qui s'appliquent aux polypes du larynx, mais la diathèse générale dont elles ne sont qu'une manifestation locale les classe à part et les distingue des polypes.

Historique. — L'existence des polypes du larynx est connue depuis longtemps. Dans la période pré-laryngoscopique, ce fut d'abord par des trouvailles d'autopsie.

Lieutaud le premier paraît avoir rapporté à l'observation *post mortem* de ces polypes des troubles de la voix observés chez le vivant. Ces notions servirent si bien à établir le diagnostic que Desault, Erhmann pratiquèrent la thyrotomie en vue d'extraire un polype et que leur intervention fut justifiée et suivie de succès.

La question des polypes est une de celles qui ont le plus profité des découvertes de L. Turck, si bien que aujourd'hui les polypes du larynx ne sont plus une rareté et s'observent fréquemment dans les cas où l'on a recours au miroir pour reconnaître des troubles de la voix (1), de même la question opération se trouve simplifiée et c'est seulement à la voie endolaryngée qu'on a recours pour leur extirpation.

Étiologie. — A en croire les statistiques de Causit (1867) et de Dufour, on croirait cette affection beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. D'après eux, ces tumeurs seraient même souvent congénitales, et leur statistique qui porte sur 44 cas compte

Cas de polypes congénitaux.....	10
— dans la première enfance de la naissance à 2 ans.....	7
— dans la deuxième enfance de 2 à 12 ou 15 ans.....	26
L'âge manque dans un cas.	

et 2 fois l'âge fut mal défini. Les statistiques de Fauvel, pour ne parler que de celles-là, sont beaucoup plus conformes à la réalité des faits. Sur 300 polypes, ils se rencontrèrent

12 fois chez des individus de.....	1 à 20 ans.
257 — — — de.....	20 à 50 ans.
31 — — — de.....	50 à 70 ans.

L'âge auquel se trouvent donc les polypes est le plus généralement de trente à cinquante ans, mais on en voit chez les enfants et aussi chez les vieillards. Les cas de polypes congénitaux sont indiscutables : Un enfant observé par Edis mourut d'étouffement trente-sept

(1) L'historique de la période pré-laryngologique est fort complet dans la thèse d'agrégation de M. Ed. Schwartz. Paris, 1886.

heures après la naissance. L'autopsie montra la présence d'un polype de la grosseur d'une noisette dans le larynx. Chez les vieillards, des polypes ont été opérés jusque dans un âge très avancé. Schiffers (de Liège) opéra un vieillard de 82 ans, et Sommerbrodt un autre de 80 ans.

Les hommes sont beaucoup plus fréquemment atteints que les femmes : les trois quarts des cas relevés ont trait à des hommes. Cette même influence du sexe se retrouve chez les enfants ; la statistique de Von Bruns qui porte sur 113 enfants, relève 73 garçons et 40 filles.

Ceci porterait à croire que la profession n'exerce pas d'influence sur la production des polypes du larynx. Il est cependant certain que cette affection se rencontre avec plus de fréquence chez les chanteurs, chez les professeurs, etc., en un mot chez les personnes qui fatiguent leur organe soit en parlant beaucoup, soit en exigeant de lui des efforts excessifs ; 20 p. 100 des malades traités par Mackenzie étaient des chanteurs. C'est peut-être, dit Gottstein, parce que ceux-ci font plus volontiers examiner leur larynx.

La fréquence des polypes est peu considérable par rapport à celle des autres affections du larynx.

En dehors des causes que nous ne pouvons pas connaître très exactement, on peut dire que pour les tumeurs bénignes, aussi bien d'ailleurs que pour les tumeurs malignes, les inflammations aiguës et chroniques du larynx prédisposent à la formation de ces tumeurs. L'abus de la parole, l'abus du chant donnent lieu à des inflammations des cordes vocales qui se terminent souvent par la formation de nodules. Ces nodules purement inflammatoires au début, disparaissent spontanément, mais les causes d'irritation continuant d'agir, ils se montrent à nouveau, et s'installent définitivement. La laryngite des parleurs, des fumeurs, l'inflammation chronique causée par la respiration buccale habituelle, sont le terrain sur lequel le polype prendra naissance et se développera. Les hommes sont plus exposés aux laryngites inflammatoires que les femmes, aussi les polypes sont plus fréquents chez eux. Chez les hommes, comme chez les femmes, ceux qui chantent sur un timbre plus élevé sont davantage exposés parce que leurs cordes vocales soumises à des vibrations plus rapides sont plus souvent fatiguées. Le nodule des chanteurs dont nous reparlerons est plus fréquent chez la femme et n'est le plus souvent qu'une manifestation inflammatoire, disparaissant spontanément par le seul fait du repos quand le malade s'y résigne assez tôt.

Anatomie pathologique et image laryngoscopique des polypes du larynx. — On ne meurt pas d'un polype du larynx ; à cause de cela l'anatomie pathologique de ces tumeurs n'est point une science d'amphithéâtre ; elle repose sur les données du miroir et s'étudie chez le vivant. Il est de ce fait obligatoire de réunir en un même chapitre

l'anatomie pathologique des polypes du larynx, et l'examen objectif de l'organe, puisque c'est par celui-ci qu'est reconnue la tumeur avec ses caractères.

Les polypes du larynx sont intraglottiques, sus-glottiques, et sous-glottiques. Leur base d'implantation se trouve sur les cordes vocales le plus généralement, et sur la moitié antérieure de ces dernières. Quelquefois l'implantation se fait sur les replis aryténo-épiglottiques, ou sur l'épiglotte; dans ce cas les tumeurs sont dites préglottiques. Rarement elles sont sous-glottiques, dans lequel cas la tumeur naît sur la face trachéale de la corde vocale ou sur le cricoïde.

Ces tumeurs sont sessiles ou pédiculées; quand elles sont pédiculées elles siègent sur les cordes vocales, bord libre et commissure antérieure. Les tumeurs sessiles sont les plus fréquentes; on les trouve également sur les cordes vocales, de préférence sur leur face supérieure, et dans les autres parties du larynx. Une tumeur sessile au début peut devenir pédiculée en augmentant de volume.

Elles sont uniques ou multiples; cela dépend surtout de leur structure histologique, les papillomes sont multiples, les fibromes sont uniques.

La caractéristique des polypes du larynx, est de n'entraver en rien la mobilité des cordes vocales, et de gêner seulement l'émission du son par leur interposition entre les rubans vocaux au moment où ceux-ci font effort pour se rapprocher. En d'autres termes, le polype du larynx n'atteint jamais les parties profondes des tissus, les mouvements essentiels de l'organe ne sont nullement gênés et s'il y a quelque trouble fonctionnel, il est occasionné par le polype de la même façon qu'il le serait par n'importe quel corps étranger: celui-ci enlevé, la fonction est rétablie.

Nature de la tumeur. — Les deux tiers des cas connus ont été considérés comme des *papillomes*. — Les autres variétés de tumeurs bénignes sont les fibromes, le *myxome*, l'*adénome*, l'*angiome*, le *lipome* et l'*enchondrome*. Une même tumeur peut relever des deux catégories.

PAPILLOMES (fig. 79). — Les papillomes siègent le plus généralement sur les cordes vocales et sur la moitié antérieure le plus souvent. L'anatomie normale de la muqueuse du larynx nous donne l'explication de ce fait: La muqueuse du larynx est recouverte d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles sur toute son étendue, à l'exception de deux points: sur le bord libre de la bande ventriculaire, corde vocale supérieure et sur toute l'étendue de la corde vocale inférieure. L'épithélium en ces points est pavimenteux et recouvre sur la corde vocale un corps papillaire assez épais analogue à celui du derme cutané.

Après les cordes vocales, on rencontre les papillomes par ordre de fréquence sur les bandes ventriculaires et sur les replis aryténo-épiglottiques. Ils sont tantôt uniques, tantôt multiples: uniques de pré-

férence, quand ils siègent sur la corde vocale; multiples quand leur base d'implantation se trouve sur un autre point du larynx. Chez les enfants ils sont souvent multiples; de plus, bien qu' uniques au début, ils peuvent devenir diffus et disséminés après des ablations successives par suite des irritations que produit le traitement. On voit quelquefois les papillomes développés symétriquement sur les deux cordes vocales. Leur grosseur varie beaucoup, du volume d'un grain de mil à celui d'une tumeur fermant complètement la glotte. Leur base d'implantation est généralement large, et il n'y a de pédicule que si la tumeur prend un développement assez considérable.

Dans le miroir laryngé, le papillome se présente comme une tumeur d'un blanc gris ou rosé, quelquefois même rouge, lorsque le larynx est enflammé. Suivant son aspect, les auteurs ont pu le comparer à



Papillomes du larynx.

Fig. 79.

Les mêmes, après opération.

une verrue, à une mûre, à un chou-fleur. Ce dernier terme est souvent employé, la masse « en chou-fleur » est caractéristique du papillome. Leur consistance est très variable, le plus généralement molle, mais susceptible d'acquiescer quelquefois une grande fermeté.

La constitution histologique des papillomes du larynx est la même que celle de la muqueuse voisine. Ils se composent de papilles généralement hypertrophiées et entourées de couches superposées d'épithéliums pavimenteux. Ces papilles renferment des vaisseaux; du nombre et de la dilatation des vaisseaux, dépend la couleur de la tumeur, et de quantité des couches épithéliales, dépend la consistance de la tumeur.

La clinique apprend que généralement les papillomes récidivent soit sur place lorsqu'ils n'ont pas été enlevés en totalité, ou bien encore sur un autre point de la muqueuse du larynx plus ou moins éloigné de celui où ils ont tout d'abord pris naissance. Cette récurrence se fait-elle toujours par un tissu de même nature ou bien la constitution de ce tissu se modifie-t-elle? Stærk a vu un papillome donner naissance à un fibrome, et les auteurs sont nombreux qui ont cité des cas de papillomes transformés en épithéliomes. La quantité considérable de cellules épithéliales que contiennent ces tumeurs rend possible cette transformation.