

anneaux de la trachée ou les cartilages du larynx ; l'ouverture permet l'introduction d'un stylet de trousse ou de l'extrémité d'un crayon.

Les troubles physiologiques, observés chez les individus porteurs de fistules des voies aériennes, varient selon l'étendue, la forme et la situation de l'ouverture fistuleuse. Dans les cas où il existe simplement un orifice ovalaire à la paroi antérieure du tube laryngo-trachéal, et où il n'y a pas de rétrécissement, la respiration se fait librement par les voies naturelles. La parole est possible dès que le malade obtièrè avec son doigt ou une petite éponge l'orifice de la fistule : mais la voix a quelquefois changé de timbre ; il y a de l'enrouement, et souvent l'intensité de la parole est considérablement diminuée.

Si le larynx est rétréci, si la communication entre les deux bouts du tube aérien est interrompue, la parole à haute voix est impossible ; mais le malade peut encore se faire comprendre à voix basse si on approche directement l'oreille près de sa bouche. Dans le cas d'oblitération laryngienne rapporté par Reynaud, et dont il a déjà été question, le malade parvenait à parler d'une manière compréhensible en chassant par secousses l'air qu'il avait fait pénétrer par un mouvement de déglutition dans le tronçon supérieur de son larynx : il est probable que cet air en heurtant les parois bucco-pharyngiennes, disposées d'une façon spéciale pour chaque syllabe, déterminait les différents sons nécessaires à la prononciation.

Pour les malades qui ont une fistule du larynx l'effort devient plus difficile et souvent même presque impossible. Nous voulons surtout parler ici de cette forme de l'effort que Verneuil a caractérisé par le nom de *thoracique* et *thoraco-abdominal*, et qui exige la fermeture des lèvres de la glotte et l'accumulation de l'air dans les poumons. C'est cette impossibilité d'accomplir tout travail de force qui engage généralement les malades à se faire opérer, car il suffit d'une ouverture médiocre à la trachée pour empêcher tout effort notable. Le malade de Lefort, atteint d'une fistule aérienne consécutive à un abcès, et dont l'ouverture admettait à peine le bout d'un crayon, n'avait pas de force, ne pouvait lever une chaise, par exemple, si sa fistule restait ouverte ; mais si on venait à l'oblitérer, il le faisait facilement. Il lui était possible, cependant, la fistule restant ouverte, de serrer avec vigueur la main d'un camarade.

TRAITEMENT. — On doit tenter l'oblitération des fistules aériennes quand il n'existe pas de rétrécissement et que la respiration par les voies naturelles peut s'exécuter librement. On délivre ainsi les malades d'une infirmité pénible, celle de porter constamment une canule. Dès que leur fistule est fermée, ils peuvent parler sans être obligés de mettre le doigt sur l'ouverture, et on leur rend le travail possible en leur permettant de faire les efforts nécessités par leur profession. S'il y avait un rétrécissement ou une cloison complète du larynx, il faudrait rétablir le passage de l'air avant de songer à entreprendre l'oblitération de la fistule.

Pour guérir les fistules très-petites, dont l'orifice admet à peine un

stylet de trousse ou une sonde cannelée, il suffit de les cautériser avec le nitrate d'argent ou avec un stylet rougi au feu ; la rétraction cicatricielle obtièrè complètement l'ouverture. Si la fistule a un diamètre un peu plus considérable (celui d'une plume de corbeau), on peut en aviver légèrement les bords et les suturer ; il est ordinaire de voir l'adhérence s'établir entre les lèvres de la plaie et la guérison survenir. Mais quand la fistule est très-large, la simple suture est insuffisante et l'on doit avoir recours à l'un des procédés suivants :

Persuadé que la formation de la fistule vient de la rétraction de la peau vers la muqueuse trachéale, Larrey conseille de débrider la face profonde de la peau, de la décoller de ses adhérences au-dessous et au-dessus de la fistule, puis de ramener les deux lèvres de la plaie au-devant de l'ouverture fistuleuse, et de les maintenir en contact au moyen de la suture enchevillée ou entrecoupée, selon les cas. L'objection que l'on peut faire à ce procédé, c'est que, se trouvant en face de la fistule, les lèvres de la suture peuvent être facilement décollées par la toux et par l'expulsion des mucosités.

En 1833, Velpeau communiqua à l'Académie des sciences un procédé autoplastique qui se compose de trois temps : *dissection du lambeau*, *avivement de la fistule*, et enfin *contention du lambeau*.

Le premier temps consiste à tailler dans la peau située au-dessous de la fistule un lambeau ovalaire, plus ou moins large selon l'étendue de la fistule à fermer. Ce lambeau, dont le pédicule d'insertion est un peu plus large que sa partie moyenne, est disséqué et détaché des parties profondes.

Les bords de la fistule étant alors avivés avec soin, de manière à obtenir une surface saignante en forme d'entonnoir, on fait pénétrer dans cet entonnoir le lambeau que l'on a pris soin de mettre en double, de manière à en former une sorte de bouchon que l'on fixe dans l'ouverture infundibuliforme par des points de suture qui traversent à la fois les bords de la plaie et toute l'épaisseur du corps qui la remplit.

Dans un cas de fistule du larynx consécutive à une plaie, Ried s'est servi d'un procédé d'autoplastie assez semblable à celui de Velpeau. L'ouverture F (fig. 44), irrégulièrement quadrilatère, et placée au milieu d'une cicatrice étendue, C, C, avait un demi-pouce de haut sur un tiers de pouce de large. Le lambeau A, de forme losangique, fut taillé latéralement et attiré sur l'ouverture fistuleuse préalablement avivée avec soin ; puis on fixa les bords du lambeau au pourtour de l'orifice cruenté par de nombreux points de suture. Au bout de deux semaines la guérison fut complète.

Nous mentionnons encore les trois procédés suivants imaginés par J. Roux, Nélaton et Lefort.

J. Roux taille deux lambeaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, comprenant toute la peau de l'entonnoir fistuleux jusqu'au cartilage qu'il dénude. Il décolle ensuite avec la pointe d'un bistouri et une sonde can-

nelée la muqueuse de l'entonnoir, puis il réunit les deux lambeaux avec deux serres fines. Pour éviter l'emphysème, avec un bistouri très-étroit il creuse un canal artificiel sous la peau des parties latérales de la fistule et il introduit une bougie de gomme qui vient boucher l'orifice fistuleux de la trachée et empêcher l'air d'en sortir.

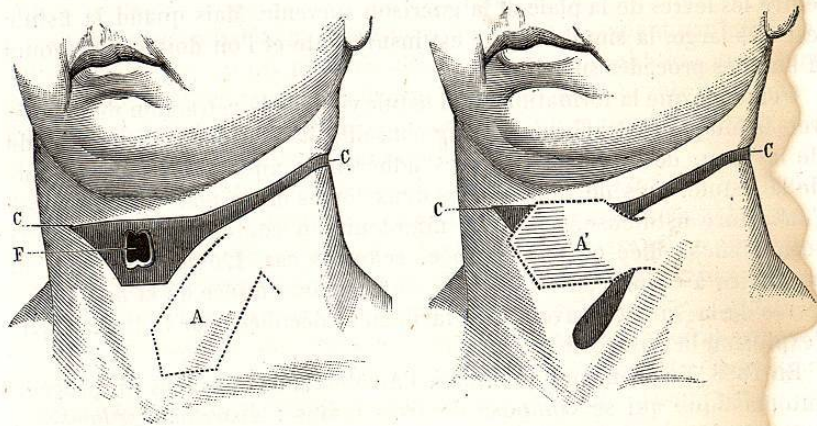


FIG. 44. — Fistule laryngée. Procédé de Ried.

Nélaton dissèque sur un des côtés de la fistule un lambeau auto-plastique en forme de pont; pour en faciliter le glissement il lui donne une forme curviligne et prend les pédicules directement au-dessus et au-dessous de la fistule. Il avive ensuite la peau de l'autre côté de l'orifice; et, attirant son lambeau, il le suture à cette surface saignante. Les pédicules larges ne subissant pas de torsion n'ont aucune tendance à se gangréner.

Enfin, dans le cas de fistule tuberculeuse dont nous avons parlé plus haut, Lefort excisa la muqueuse qui tapissait l'entonnoir fistuleux et aviva obliquement la surface cutanée autour de la fistule; puis, il attira en bas la peau qui était restée mobile sur le cartilage thyroïde et la mit en contact avec la surface cruentée de la lèvre inférieure de la fistule. Pour obtenir le refoulement de la peau dans l'orifice fistuleux, il sutura les lèvres de la plaie de la façon suivante: Le fil, introduit inférieurement à deux millimètres du bord de la plaie, ressortit le plus près possible du cartilage, mais il ne rentra dans le lambeau supérieur qu'à une certaine distance du bord de l'entonnoir. En serrant les points de suture, une partie de la surface du derme mise à nu fut repoussée dans la fistule également avivée et la remplit. Lefort évita par ce procédé la formation au-dessous du lambeau d'un cul-de-sac où le mucus aurait pu s'accumuler et qui se serait tendu sous les efforts de la toux.

3^e Des goîtres aériens (trachéocèle).

On désigne sous le nom de *trachéocèle* ou de *goître aérien* une tumeur du cou formée par la hernie de la muqueuse de la trachée.

Franck, Richter, Schmaltz, Heidenreich, Larrey ont observé cette affection, dont Houel, dans sa thèse d'agrégation *Sur les tumeurs du corps thyroïde*, a tracé un historique très-complet.

Larrey (1), en particulier, dans sa *Clinique chirurgicale*, a consacré un chapitre à la description et à la pathogénie de ces tumeurs gazeuses, qu'il avait eu l'occasion d'observer plusieurs fois pendant la campagne d'Égypte. Cette affection est, paraît-il, très-commune dans toute une classé d'individus de la Haute-Égypte. Les chefs de la religion de ce pays emploient des aveugles à chanter des versets du Coran aux chapiteaux de leurs minarets toutes les heures du jour et de la nuit. Sous l'influence des efforts vocaux que ces malheureux sont obligés de faire, il se forme, sur les parties latérales du cou, une tumeur lobulée, aérienne, qui augmente par le cri, le chant, et qu'il devient nécessaire de contenir à l'aide d'un collier en carton; dès qu'elle a atteint un certain volume, la voix perd de sa puissance, finit par s'éteindre et les chanteurs sont mis à la retraite.

Larrey, depuis son retour d'Égypte, eut encore l'occasion de voir deux tumeurs semblables chez deux sous-officiers instructeurs. L'un d'eux portait, de chaque côté du larynx, deux tumeurs ayant la forme et la grosseur d'une pomme. Ces tumeurs étaient tendues, sans changement de couleur à la peau, bosselées, crépitantes lorsqu'on les pressait entre les doigts et tout à fait indolentes. Les deux sujets étaient frappés d'aphonie et ne pouvaient se faire entendre à voix basse qu'en comprimant leur goître avec les mains. Ils ne respiraient librement que la bouche ouverte.

En 1861, le docteur Hutchinson (2) publiait l'observation d'une autre variété de trachéocèle. La tumeur, de la grosseur d'un œuf, était survenue, après des efforts de toux, chez un phthisique; l'autopsie démontra qu'elle était due à la hernie de la muqueuse, à travers l'espace crico-thyroïdien.

La même année, le docteur Lizé (du Mans) envoyait à la *Société de chirurgie* la relation d'un cas de goître aérien, observé chez une jeune femme de dix-sept ans, à la suite d'un accouchement pénible pendant lequel elle n'avait cessé de pousser des cris violents. Il se forma peu à peu, sur le côté droit du cou, une tumeur du volume du poing, piriforme, élastique, allant de l'angle de la mâchoire à la clavicule. Elle avait un son tympanique et céda sous le doigt, mais ne se réduisait

(1) *Cliniques*. 1829, t. III, p. 80.

(2) *Medical Times*. March 1861.

pas complètement. C'était une variété un peu différente des précédentes; car, là, il n'est pas certain que la muqueuse herniée se soit laissée distendre au point de former une tumeur si volumineuse. Cependant on n'y percevait pas la crépitation de l'emphysème. C'est à cette espèce de tumeurs sonores que Franck et Richter donnaient le nom de *goîtres aériens*. Franck, en effet, admet qu'après des efforts violents il se développe quelquefois au larynx et à la trachée des tumeurs qui renferment de l'air; il raconte même un cas dans lequel la membrane muqueuse de la trachée artère s'était rompue pendant un effort de toux. Heidenreich enfin aurait rencontré de véritables dilatations trachéales dont les parois étaient formées par toute l'épaisseur du tube aérien.

C'est après la communication de Lizé (du Mans) que, dans l'ordre chronologique, se placent l'observation de Devalz (1) et celles de Faucon (2), qui furent publiées la même année.

Le malade de Devalz atteint de laryngite chronique avait vu, à la suite d'accès de toux plus prononcés, se développer et grandir démesurément une petite tumeur qu'il portait, depuis son enfance, au-devant de la trachée. Il s'agit donc ici d'une hernie de la muqueuse, à travers une interruption ou un affaiblissement congénial des cerceaux cartilagineux de la trachée. Cette tumeur était bilobée, et, lorsqu'elle était distendue, les deux lobes latéraux retombaient obliquement en forme de poires sur la clavicule. Cette poche membraneuse augmentait et diminuait de volume pendant que le malade parlait, et, à la suite d'accès de toux, elle prit une expansion considérable: il y eut un véritable soulèvement de toute la peau du cou. On pouvait cependant réduire cette tumeur assez facilement, et, quand on l'avait fait rentrer, il suffisait d'appliquer le doigt sur l'ouverture pour l'empêcher de se reproduire. Pendant que le malade parlait, chacune des syllabes qu'il prononçait était accompagnée d'une sorte de susurrus ou de souffle doux qui prolongeait le bruit laryngien. A l'auscultation, on entendait dans la tumeur un bruit analogue au bruit normal de la trachée. Au sommet du poumon droit et tout à fait sous la clavicule on reconnaissait l'existence du souffle amphorique le mieux caractérisé et quand le malade parlait une pectoriloquie évidente. Cependant tous les autres signes de la tuberculose faisaient défaut. Devalz attribua ce phénomène à la résonance de la tumeur aérienne du cou dont un des lobes arrivait au contact du sommet du poumon droit. En effet, en réduisant la tumeur, les bruits pathologiques disparurent complètement.

Dans la première observation de Faucon, il s'agit d'un malade sujet à des quintes de toux fréquentes depuis vingt ans. La tumeur se forma après un effort de vomissement et, quand on la vit pour la première fois, elle était de la grosseur d'une noix. Deux ans après, elle avait le

(1) *Bull. de la Soc. de chir.* 1873.

(2) *Ibid.*

volume d'un petit œuf de poule. Lorsque le malade toussait, crachait, faisait un effort quelconque, on la sentait grossir sous la main: elle avait la consistance d'une vessie fraîchement insufflée et rendait un son tympanique. Elle était divisée en deux lobes inégaux, le supérieur plus petit que l'inférieur, par une bride transversale qui était probablement l'omo-hyoïdien. Elle se réduisait d'abord assez facilement; puis elle devint en partie réductible. La voix du malade, douce, féminine, chevrotante au début, finit par se perdre complètement.

Quant au second cas du même auteur, le diagnostic paraît entouré d'incertitudes: peut-être pourrait-on croire à un trachéocèle congénital, car l'enfant était atteint de plusieurs autres vices de conformation.

Ce résumé des cas les mieux connus nous dispensera de faire une description du goître aérien. Il nous suffira d'en résumer en quelques lignes les caractères principaux, et d'indiquer les éléments de leur diagnostic avec les tumeurs du corps thyroïde.

Ces observations pourraient former deux groupes bien distincts: dans l'un, on rangerait les tumeurs limitées, sonores, augmentant par les efforts de toux et se réduisant facilement; dans l'autre, on placerait les tumeurs rendant aussi un son tympanique par la percussion, crépitanes, mais ayant des contours moins nets et se réduisant très-incomplètement. Aux premières conviendrait le nom de *trachéocèles*, parce qu'il est permis de supposer qu'elles sont formées par une véritable hernie de la muqueuse aérienne; les autres seraient mieux dénommées *goîtres aériens* ou *emphysémateux*, parce qu'il s'agirait plutôt d'un épanchement d'air localisé. Cependant les faits connus jusqu'à présent ne sont pas assez complètement étudiés pour qu'il soit permis de se prononcer avec certitude sur leur véritable nature. En effet, d'une part, il est bien difficile de supposer que la muqueuse aérienne, si fine et si adhérente, subisse une distension aussi considérable; et d'autre part on ne comprend pas comment une tumeur crépitante, un emphysème localisé du tissu cellulaire aient pu persister indéfiniment. Sous la glande thyroïde, il existe un tissu cellulaire presque séreux: ne serait-ce pas dans les cavités de celui-ci que, dans les deux cas, l'air s'épancherait? Comme l'existence de cette bourse séreuse n'est pas constante, on pourrait admettre que, dans la seconde variété, l'air infiltrerait les mailles du tissu conjonctif très-lâche retro-thyroïdien; dans la première, l'air aurait rempli et distendu une bourse séreuse préexistante.

Au point de vue étiologique il est évident que l'origine de ces tumeurs est variable. Dans certains cas, il existerait un vice de conformation du larynx ou de la trachée, une fente congéniale par laquelle la muqueuse ferait hernie, ou dont la paroi se romprait pour laisser pénétrer les gaz aériens dans la bourse séreuse retro-thyroïdienne; dans d'autres cas, il y a très-certainement rupture de la muqueuse sous l'influence d'un effort, de la toux, de l'accouchement, etc. Et cette rupture paraît se faire surtout aux points où les parois du larynx et de la trachée sont membra-

neuses, au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne, de la membrane crico-thyroïdienne ou des anneaux fibreux qui unissent les cerceaux de la trachée.

Enfin dans une troisième variété il s'agit d'un phénomène pathologique; la paroi cartilagineuse ou ossifiée du larynx a été détruite par la carie ou par la nécrose, et c'est au niveau de la perte de substance que la muqueuse se rompt ou vient faire hernie.

Ces tumeurs gazeuses se distingueront toujours facilement des néoplasmes du corps thyroïde aux caractères suivants : elles sont sonores et le plus souvent réductibles, Ces deux signes empêchent de les confondre avec les kystes et avec la plupart des tumeurs solides. Les goîtres anévrysmatiques ne sont jamais complètement réductibles; on peut seulement diminuer, par la pression, leur volume du tiers ou des deux tiers; ils sont animés de battements et l'on y perçoit un souffle qui coïncide avec les pulsations de la carotide et non avec les mouvements de la respiration. Les tumeurs veineuses n'ont ni souffle ni battement, mais, comme les précédentes, elles ne sont jamais réductibles et la sonorité leur fait complètement défaut. Lorsque les tumeurs gazeuses ne disparaissent pas sous l'influence d'une pression prolongée, le diagnostic est plus difficile, mais leur peu de consistance, la sensation semblable à celle d'un sac herniaire vide, que l'observateur perçoit facilement par la palpation, l'expansion vive, subite, très-considérable qu'elles acquièrent par la toux, par les efforts respiratoires, enfin leur mode de formation, empêcheront de tomber dans l'erreur.

4° Pseudoplasmes.

a. Polypes.

On chercherait vainement dans les anciens auteurs quelques indications précises sur les tumeurs du larynx. Toutes les affections des voies respiratoires, accompagnées de symptômes nerveux et ataxiques, étaient confondues sous le nom de *pseudo-croup*.

Malgré quelques faits publiés à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci par Lieutaud, Albert (de Bonn), Brauers (de Louvain), Regnoli (de Pise), l'histoire des polypes du larynx était à peine ébauchée lorsque parut l'importante monographie du professeur Ehrmann (de Strasbourg). Depuis lors, de nouvelles observations ont été recueillies de toutes parts et ont permis de compléter l'étude des tumeurs du larynx. Nous devons mentionner, parmi les travaux qui ont le plus contribué à ce résultat, ceux de Green (de New-York), de Morell-Mackenzie et de Durham, en Angleterre; de Rokitansky, de Bruns, de Voltolini et de Turk, en Allemagne; de Verneuil, de Follin, de Causit, de Krishaber et de Fauvel, en France.

EURMANN, *Histoire des polypes du larynx*. Strasbourg, 1850. — ROKITANSKY, *Des polypes du larynx* (*Union méd.*, 25 oct. 1851). — GREEN, *On surg. Treatment of Polyps of the larynx*. New-York, 1862. — VERNEUIL, *Trait. chirurg. des polypes du larynx*. (*Gaz. hebdom.*, 1863). — FOLLIN, TRELAT, etc., *Polypes du larynx* (*Bullet. de la Soc. de chir.*, 1863). — CAUSIT, *Polypes du larynx chez les enfants*. Thèse de Paris, 1867. — BRUNS, *Polypen der Kehlkopf*. Tübingen, 1868. — MORELL MACKENZIE, *Essay on Growths in the Larynx*. London, 1871. — KRISHABER, *Polypes du larynx* (*Dict. encyclop.*, 2^e série, t. I, 1872). — LIVON, *Traitément des polypes du larynx*. Thèse de Paris, 1873. — FAUVEL, *Traité pratique des maladies du larynx*, 1876.

ÉTIOLOGIE. — D'après le nombre assez considérable d'observations publiées dans ces derniers temps, on pourrait supposer que les polypes du larynx sont très-fréquents. Fauvel n'hésite pas à proclamer cette fréquence; cependant Krishaber estime que ces tumeurs ne se rencontrent guère que deux ou trois fois sur cent cas d'affections chroniques du larynx.

Les polypes du larynx peuvent s'observer à tous les âges de la vie : sur 44 cas de polypes observés chez les enfants et réunis par Causit, la maladie s'est montrée 26 fois dans la seconde enfance (de deux à quinze ans), 7 fois dans la première enfance; 40 fois au moment de la naissance (*polypes congénitaux*). D'après Tobold (1), les polypes du larynx, bien que fréquents chez les enfants, seraient plus communs dans la période moyenne de la vie, et cette opinion est confirmée par Morell Mackenzie qui, sur un total de 100 cas, a noté 85 cas chez des individus de vingt à cinquante ans.

Le sexe masculin paraît constamment prédominer dans les statistiques de polypes du larynx, même chez les enfants. On ne sait rien sur l'influence de l'hérédité et des tempéraments. Il en est de même de l'action des diathèses rhumatismale et goutteuse; mais la tuberculose et la syphilis pourraient jouer un certain rôle dans la production des polypes du larynx en déterminant, à l'intérieur de ce conduit, le développement de végétations susceptibles de se transformer en polypes.

Les efforts continuels de voix, la présence de corps étrangers, la pénétration de poussières ou de vapeurs caustiques dans les voies aériennes, par suite de l'irritation permanente qu'ils entretiennent du côté du larynx, peuvent encore être considérés comme favorisant le développement de polypes. Mackenzie signale l'influence incontestable de certaines professions qui exigent un usage fréquent de la voix ou exposent à respirer une atmosphère chargée de poussières ou de gaz irritants.

L'action du froid est souvent accusée par les malades, mais il est probable que cette cause agit uniquement en développant une congestion ou une inflammation laryngée qui est le point de départ des premiers accidents fonctionnels déterminés par la présence d'un polype.

Dans les observations de polypes du larynx, on trouve souvent signa-

(1) *Die kronischen Kehlkopfs Krankheiten*. Berlin, 1866, p. 200.

lées les fièvres éruptives comme ayant précédé l'apparition de ces tumeurs. Déjà Lewin (1) avait émis l'opinion que les maladies aiguës amènent parfois du côté du larynx un travail inflammatoire chronique, ayant pour résultat l'hypertrophie de la muqueuse, la prolifération des éléments de cette membrane et finalement la production de tumeurs polypeuses. Les récentes recherches de Coyne qui, dans la rougeole, a constaté des altérations très-profondes de la muqueuse laryngée, rendent cette opinion assez vraisemblable. Il serait donc permis d'admettre, d'une façon générale, qu'une irritation longtemps prolongée ou qu'une inflammation très-intense de la muqueuse du larynx peut conduire à la formation de polypes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les tumeurs polypeuses du larynx présentent un grand nombre de variétés, parmi lesquelles on distingue les *fibromes*, les *papillomes*, les *adénomes*, les *myxomes* et les *sarcomes*. Un rapide coup d'œil jeté sur la structure normale de la muqueuse du larynx, bien étudiée dans ces derniers temps par Coyne (2), nous permettra de mieux comprendre l'origine de ces diverses tumeurs.

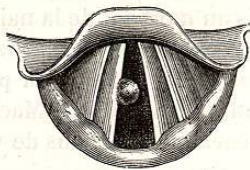


FIG. 45. — Fibrome sessile.

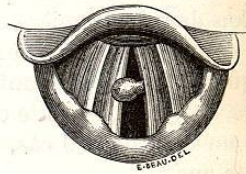


FIG. 46. — Fibrome pédiculé.

La muqueuse du larynx, revêtue d'un épithélium cylindrique à cils vibratils, est constituée dans toute son étendue par du tissu conjonctif réticulé, comme le chorion de la muqueuse digestive. De plus, comme cette dernière, elle renferme des follicules lymphoïdes, situés dans les parois ventriculaires et près de la corde vocale supérieure. La présence du tissu lymphoïde rend compte de l'existence des *myxomes* et des *sarcomes* parmi les tumeurs du larynx.

La corde vocale inférieure est une fibro-muqueuse. Ce repli triangulaire est, en effet, constitué à sa base par un tissu fibro-élastique très-dense; c'est sans doute à l'hypertrophie locale de ce tissu qu'est due la formation des *fibromes*. Le bord libre de la corde vocale est à l'état normal, sur ses deux tiers antérieurs, hérissé de papilles vasculaires analogues à celles de la face palmaire des doigts, mais beaucoup plus délicates. Ce fait explique l'origine et le siège habituel des *papillomes*. La zone papillaire est revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié semblable au corps muqueux de Malpighi. On observe aussi dans le repli

(1) *Deutsche Klinik*, 1862.(2) *Rech. sur l'anatomie norm. de la muqueuse du larynx*. Thèse de Paris, 1874.

inférieur de la glotte un certain nombre de glandes en grappes, qui donnent probablement origine aux *adénomes*.

a. Le *fibrome* laryngien est hémisphérique, sphéroïdal, ovoïde ou piriforme; tantôt sessile (fig. 45), tantôt pédiculé (fig. 46); il est le plus souvent lisse à sa surface, quelquefois vaguement lobulé. Dur au toucher, il crie sous le scalpel lorsqu'on l'incise. La surface de section, d'un blanc grisâtre, permet de voir des couches stratifiées, parfois des nodules séparés, comme dans le fibrome utérin. Des fibres conjonctives avec cellules plates entre les faisceaux, tel est le tissu fondamental du fibrome; il est souvent très-vasculaire; à sa surface, il est revêtu d'une ou plusieurs couches d'épithélium pavimenteux.



FIG. 47. — Fibrome.

Cornil a fait remarquer que les polypes du larynx sont toujours recouverts de cellules épithéliales pavimenteuses, même lorsqu'ils se développent sur des parties du larynx dont la muqueuse possède de l'épithélium cylindrique. Le fibrome se rencontre presque exclusivement sur les cordes vocales ou à la face antérieure de l'épiglotte.

b. Le *papillome* du larynx revêt les formes les plus variées (crête de coq, chou-fleur, framboise, fraise, grappe de raisin, feuille dentelée, groupe vermiforme). Toutefois on peut grouper toutes ces variétés

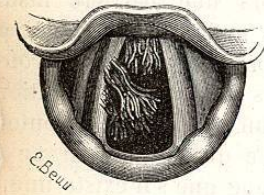


FIG. 48. — Papillome vilieux.

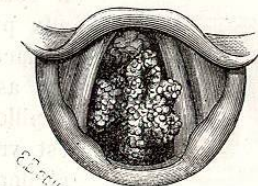


FIG. 49. — Papillome muriforme.

en deux catégories. Dans la première, les papilles hypertrophiées se sont développées isolément et n'adhèrent pas entre elles par leurs bases. Ce sont alors de longs filaments qui simulent les épis d'une gerbe de blé; c'est le *papillome vilieux* (fig. 48). Dans la seconde, un petit groupe de papilles, circulaire, linéaire ou sinueux, se développe: les papilles sont soudées ensemble à la base et ne se distinguent à la surface que par des petites saillies arrondies; c'est le *papillome mamelonné* ou *muriforme* (fig. 49).

Presque tous les papillomes ont leur origine sur la corde vocale infé-

rieure, et plus particulièrement sur les deux tiers antérieurs, dans la partie qui, à l'état normal, est pourvue de papilles.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont formées tantôt par des végétations embryonnaires exubérantes, tantôt par un tissu fibro-épithélial, constitué exclusivement par des papilles hypertrophiées. Cette dernière variété est le *papillome vrai*. L'altération ne dépasse jamais le derme de la muqueuse : au niveau de la tumeur, celui-ci s'épaissit et envoie trois ou quatre prolongements qui se subdivisent en une série de ramifications destinées à chacune des papilles hypertrophiées. Les couches des cellules épithéliales qui recouvrent ces irradiations du derme sont parfois si nombreuses qu'on ne voit d'abord que du tissu épithélial et qu'on croit à un épithéliome vrai (fig. 50). Cette erreur est facile

lorsqu'on n'a examiné que des parties de la tumeur enlevées dans une opération par les voies naturelles. Elle a été commise souvent par les auteurs.

Les papillomes sont très-vasculaires. Sous l'influence d'irritations répétées, de cautérisations mal faites, le derme sous-papillaire s'enflamme; il constitue alors une barrière insuffisante aux progrès du mal qui ne s'étend plus en surface, mais pénètre dans la profondeur. On assiste alors à la transformation d'un papillome en un *épithéliome*. Toutefois, il est vraisemblable que la tumeur ne devient réellement maligne que s'il existe une prédisposition du sujet. De toutes les tumeurs du larynx, le papillome est la plus fréquente

(67 cas sur 100, Mackenzie), et elle siège presque toujours sur les cordes vocales (42 fois sur 67. Mackenzie).

c. L'*adénome* du larynx (fig. 51) a en général une forme sphéroïdale; son pédicule, quand il existe, est rubané et plus large que celui du fibrome. En augmentant de volume, il se divise en lobes et en lobules, et sa surface devient bosselée; sa consistance est molle et élastique. Lorsqu'on l'a sectionné, on peut quelquefois apercevoir à son intérieur des cavités glandulaires hypertrophiées; souvent celles-ci sont dilatées en forme de kyste; ou d'ampoules; par la coupe, un suc visqueux, transparent et jaunâtre s'en écoule. L'adénome du larynx est produit par

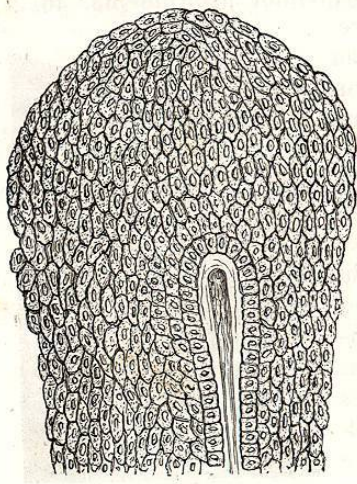


FIG. 50. — Papillome.

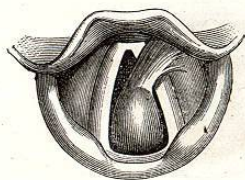


FIG. 51. — Adénome.

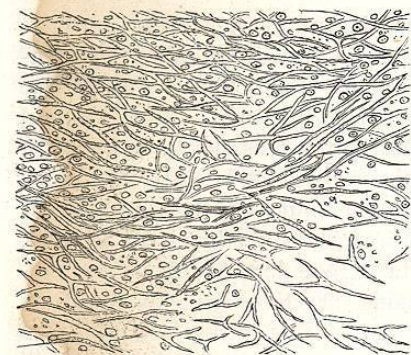


FIG. 52. — Myxome.

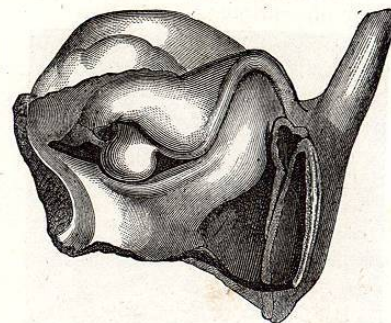


FIG. 53. — Polype vésiculaire du larynx (Virchow).

mais d'un moindre volume. Leur structure ne présente aucune particularité digne d'être notée (fig. 52).

Virchow (1) désigne sous le nom de *polypes vésiculaires* du larynx une variété de myxomes kystiques, qui, au début, font sous la muqueuse une saillie analogue à celle des œufs de Naboth de la cavité utérine (fig. 53).

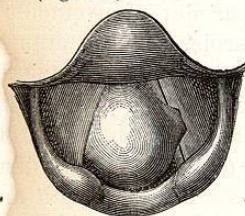


FIG. 54. — Sarcome du larynx.

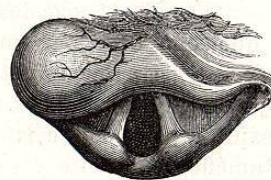


FIG. 55. — Sarcome fasciculé de l'épiglotte.

e. Les *sarcomes* vrais du larynx sont très-rares. Ils forment des tumeurs arrondies sous la muqueuse, et en raison de la laxité de cette dernière, on les voit parfois flotter dans la cavité aérienne et y déterminer les accidents des polypes. Parmi les cas de sarcomes les mieux étudiés, nous devons citer celui qui a été publié par Raymond et Longuet (2), et dont nous reproduisons le dessin (fig. 54). L'examen histologique a

(1) Virchow, *Path. des tumeurs*, t. I, p. 244.

(2) *Bullet. de la Soc. anatomique*, 1874, p. 73.

l'hypertrophie localisée des glandes de la région : dans certains cas même, l'irritation porte sur une seule glande, et c'est un ou deux kystes simples qui constituent toute la tumeur.

d. Les *myxomes* ont été signalés plusieurs fois dans le larynx : ils y forment des tumeurs analogues aux polypes muqueux des fosses nasales,