

enfants sont plus menacés que les adultes, en raison des dimensions relativement plus petites que présente la glotte dans les premières années de l'existence. L'inspiration est communément plus difficile que l'expiration. La respiration s'accomplit avec un certain bruit à la fois sifflant et ronflant, que l'on désigne sous le nom de *cornage*, parce que la colonne d'air rencontre un obstacle et que le polype lui-même subit une vibration. Avec le stéthoscope appliqué sur le trajet du larynx, au niveau du point d'implantation de la tumeur, on perçoit quelquefois un bruit de *drapeau* ou de *soupage*. Il existe toujours une altération de la voix, à un degré variable, depuis un simple trouble de l'intonation jusqu'à l'aphonie complète. Chez le même sujet, l'intensité de ce symptôme varie quelquefois d'un moment à l'autre. Ces différences s'expliquent par la situation de la tumeur relativement aux cordes vocales, les déplacements et le boursofflement accidentels du polype.

Marche. Terminaisons. Abandonnés à eux-mêmes, les polypes du larynx se comportent différemment selon les cas. Si la tumeur s'accroît lentement, les fonctions respiratoires s'exécutent avec une difficulté croissante; les malades maigrissent, perdent l'appétit, sont pâles et faibles; les extrémités inférieures s'infiltrent. La maladie se complique-t-elle d'un catarrhe aigu, ils meurent promptement. Quelquefois un polype, qui n'a jamais donné aucun signe de son existence, produit un accès subit de suffocation qui fait périr le sujet. Il est rare que la tumeur soit expulsée spontanément, soit par fragments, soit en entier. Lorsque la tumeur est pédiculée, la marche de l'affection est irrégulière, parce que la production morbide se déplace et produit des troubles variables en raison de la situation qu'elle occupe. Toutes choses égales d'ailleurs, les polypes fibreux ont une marche plus lente que les autres espèces.

Diagnostic. Les symptômes que nous avons énumérés ne sont pas assez précis pour qu'on ne puisse pas confondre les polypes du larynx avec d'autres affections: l'aphonie nerveuse, la laryngite œdémateuse, le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, un corps étranger engagé depuis longtemps dans les voies aériennes, une affection des bronches, des poumons ou du cœur. Quelquefois la sensation de gêne ressentie par le malade au niveau de la place occupée par le polype fait soupçonner la nature de l'affection. L'auscultation de la poitrine permet de déterminer que les troubles respiratoires ne doivent être rapportés ni aux bronches, ni aux poumons, ni au cœur. L'auscultation du larynx fait entendre le *bruit de drapeau*, et sert à circonscrire la sphère morbide. Si le sujet expulse des débris de la tumeur et qu'on puisse examiner ces portions, on a un élément précieux pour le diagnostic. L'*exploration digitale* est employée avantageusement, surtout chez les enfants, pour les polypes situés à l'orifice supérieur du larynx; il suffit d'introduire l'index le plus profondément possible dans la bouche pour atteindre l'épiglotte, dont on examine ainsi les deux faces et les bords; on peut même, en renversant suffisamment cet opercule, pénétrer jusqu'au vestibule de la glotte. Mais tous ces moyens d'investigation le cèdent à l'inspection du larynx par le

miroir laryngoscopique. Avec une certaine habitude, on arrive ainsi non-seulement à reconnaître l'existence du polype du larynx, mais encore à en déterminer le siège exact, le point d'implantation, etc.

On peut aussi confondre les polypes avec un CANCER du larynx. Plusieurs observateurs ont même décrit sous le nom de *polypes* des épithéliomes du larynx. On tiendra d'abord compte de cette circonstance que le cancer *primitif* du larynx est rare. Il ne faut pas confondre sous ce nom une affection de ce genre ayant débuté par la face antérieure ou aryénoïdienne du pharynx. Toutefois il est incontestable que le cancer épithélial ou encéphaloïde peut se développer dans la muqueuse laryngienne: Türk, Rülhe, Gibb, Krishaber, Demarquay, en ont mentionné des cas. Il est caractérisé par de petits nodules irréguliers, soulevant la muqueuse, dont ils déforment la surface. Plus tard la muqueuse *s'ulcère* et on trouve des prolongements polypoïdes de forme variable qui tendent à obstruer la cavité de l'organe. Il se fait des hémorragies légères à la surface, et le sang mélangé au muco-pus sécrété par les parties ulcérées forme une couche liquide, sanieuse, grisâtre, d'une odeur repoussante. La maladie est caractérisée par une dyspnée croissante, de l'aphonie, rarement de la toux. Elle conduit fatalement à la mort dans l'espace d'un à deux ans. La trachéotomie est une ressource palliative pour empêcher le malade de mourir asphyxié. C'est en ayant égard à la marche de l'affection, à l'examen du produit morbide avec le miroir laryngoscopique qu'on distinguera le cancer du polype. Toutefois le diagnostic entre le cancer et le polype *papillaire* offrira des difficultés.

Pronostic. Il est toujours grave; cela découle du tableau des symptômes. Il y a cependant des nuances de gravité d'après le siège, le volume, la nature de la production morbide.

Traitement. Détruire la tumeur sur place ou l'enlever est la seule indication à remplir. On arrive sur la production morbide soit par les *voies naturelles*, soit par une *voie artificielle* créée à travers le conduit laryngo-trachéal.

A. VOIES NATURELLES. Cette méthode consiste à introduire des instruments de forme appropriée à travers l'orifice supérieur du larynx jusqu'à l'endroit occupé par le polype. Les manœuvres s'exécutent en se guidant sur l'image formée par le larynx dans le *miroir laryngoscopique* appliqué au fond de la bouche.

On attaque le polype par divers procédés: la *cautérisation*, l'*écrasement* sur place, l'*excision*, la *ligature*.

La *cautérisation* se fait avec le nitrate d'argent en crayon, le sulfate de cuivre, la pâte de Vienne, placés dans des porte-caustiques convenables. Les mêmes substances sont quelquefois insufflées avec un instrument spécial, sur le produit morbide ou portées sur ce dernier sous forme de solution concentrée, au moyen de porte-éponges. L'*écrasement* se pratique avec des pinces laryngées simples ou à torsion, une pince spéciale dite *pince-écraseur*, l'*écraseur à anse* quand il existe un pédicule bien distinct. L'excision réclame l'emploi du *polypotome en guillotine*, les *ciseaux laryngés*

boutonnés de Bruns et Krishaber. On peut aussi détruire la tumeur avec le *galvano-cautère* de Middeldorpf (t. I, p. 203).

B. VOIES ARTIFICIELLES. On a pénétré sur la tumeur par diverses portions du conduit laryngo-trachéal : Ehrmann, Gurdon-Buck, Gibb, Bceckel, ont pratiqué la section de toute l'étendue du larynx et des premiers anneaux de la trachée ; Debrou a fait une incision comprenant toutes les portions du larynx à l'exception du cartilage cricoïde ; Brauers s'est contenté de la laryngotomie thyroïdienne ; Busch et Kœberlé ont incisé le cartilage thyroïde et la membrane thyro-hyoïdienne ; Gilewski a coupé le cartilage cricoïde et les premiers cerceaux de la trachée ; Prat et Follin se sont contentés d'ouvrir la membrane thyro-hyoïdienne. Tous ces procédés ont donné de bons résultats, à l'exception du cas de Debrou, ce qui ne veut pas dire qu'il soit indifférent d'employer l'un ou l'autre. Effectivement, le cartilage cricoïde, ainsi que l'a fait remarquer Krishaber, peut être ménagé quel que soit le point d'implantation du polype : si celui-ci occupe l'espace circonscrit par ce cartilage, la section des premiers anneaux de la trachée suffit pour arriver sur le siège du mal ; si le polype est placé au-dessus ou au-dessous du cricoïde, on y arrive encore sans inciser ce cartilage. La section du cartilage thyroïde est aussi à rejeter, à moins que la tumeur, étant placée dans l'intérieur d'un des ventricules du larynx, ne soit pas accessible par une autre voie. En effet, cette section a l'inconvénient d'abolir pour toujours la voix, parce qu'elle ne peut s'exécuter sans léser les cordes vocales ; que d'ailleurs elle est parfois difficile en raison de l'ossification prématurée du cartilage. Le procédé préférable est la *laryngotomie sous-hyoïdienne*, c'est-à-dire la section du ligament thyro-hyoïdien. Si le polype était implanté au-dessous des cordes vocales, il y aurait lieu d'inciser la *membrane trachéo-cricoïdienne* et les *premiers cerceaux de la trachée*. Une fois la voie ouverte, on agit par les mêmes procédés que lorsqu'on pénètre par les voies naturelles ; la *ligature* du polype trouverait son application dans quelques cas.

Appréciation. Il n'est pas indifférent de choisir l'une ou l'autre des voies que nous venons de mentionner. On opine pour la voie naturelle, lorsque la dyspnée est nulle ou légère, qu'il y ait ou non dans ce cas des troubles vocaux ; si la tumeur est sessile et petite ; si même, avec un volume un peu plus considérable, elle est sessile et de nature fibreuse ; si elle occupe l'épiglotte ou le vestibule du larynx. Dans toutes ces conditions, le chirurgien a le temps d'habituer le malade au contact des instruments, ce qui constitue le traitement préparatoire. Si au contraire les troubles de la respiration sont intenses, s'il y a des accès de suffocation, on agira par la voie artificielle, c'est-à-dire en faisant une laryngotomie sous-hyoïdienne ou une trachéotomie. Cette dernière opération est indiquée à titre de traitement palliatif, en cas d'asphyxie imminente, sauf à attaquer plus tard le polype par une des méthodes exposées précédemment.

CHAPITRE VII.

KYSTES DU COU.

Les kystes du cou se divisent en deux classes : les uns existent à la naissance et sont par conséquent *congénitaux* ; les autres se développent à une époque plus ou moins avancée de la vie et sont *acquis*.

KYSTES CONGÉNITAUX. Ils ont été décrits par Joube, C. Hawkins, Wutzer, J. Gilles, Lorain, Virlet. On peut en distinguer deux variétés : les uns, appelés kystes *simples*, ne renferment que du liquide ; les autres, dits *composés*, contiennent des produits variés, notamment des dents, des fragments d'os, etc.

KYSTES SIMPLES. Ils occupent en général la partie supérieure et latérale du cou. Dans le fait rapporté par Wutzer (de Bonn), la tumeur était molle, élastique, fluctuante, pourvue d'un sillon transversal, formée de deux loges communiquant ensemble. Le liquide qui s'en écoulait par la ponction renfermait de l'eau, de l'albumine, des sels de soude et de chaux, de la graisse. Chez un enfant, âgé de trois mois, dont l'autopsie fut faite par C. Hawkins, la tumeur présentait le volume de deux oranges séparées par un sillon profond, dû à la pression exercée par le tendon du digastrique. Elle était formée par l'agglomération de plusieurs centaines de petits kystes, présentant un volume variable d'un pois à une noix. Les parois de ces poches étaient constituées par une membrane fine, séreuse, recouverte dans quelques parties par une couche fibreuse. Le contenu était ou un liquide transparent ou un liquide de teinte rougeâtre. Ces kystes, dont les uns étaient distendus, d'autres remplis à moitié, s'étendaient le long de la partie antérieure de la colonne vertébrale, derrière le pharynx et l'œsophage, jusqu'au niveau de l'apophyse basilaire. Ils environnaient la carotide, la veine jugulaire et le pneumo-gastrique.

Une autre variété de kyste congénital du cou, très-rare, a été signalée par S. Jolly (de Londres). La tumeur occupait la *partie postérieure du cou*, un peu au-dessous de l'occiput, et était formée par le sac d'un spina-bifida dont l'orifice de communication avec le canal vertébral s'était oblitéré plusieurs années après la naissance. Cette tumeur fut extirpée avec succès à l'âge de vingt-neuf ans. Les parois en étaient épaisses et présentaient des plaques calcaires ; le liquide contenu était visqueux, de couleur jaunâtre, ressemblant à du blanc d'œuf.

Le diagnostic de ces sortes de kystes est parfois difficile ; lorsqu'ils sont nombreux, distendus et petits, ils ressemblent à une adénite, un lipôme et même à des tumeurs érectiles sous-cutanées (C. Hawkins).

La ponction simple ne convient qu'aux kystes uniloculaires ou formés de quelques loges que l'on vide successivement. J. Roux (de Toulon) en a guéri un certain nombre par des injections de teinture d'iode. Le *séton*,