

nécrosé dans le larynx et si on peut le sentir, il faut l'extraire immédiatement avec une pince.

Si la dyspnée est intense, on doit sans tarder faire la trachéotomie. Il y a vingt-cinq ans environ, Duncan Gibb conseillait déjà, une fois les accidents calmés par la trachéotomie, de faire la fente médiane du larynx, d'enlever les parties nécrosées, de curer les tissus malades, de désinfecter en un mot la cavité laryngée, pratique qu'a reprise récemment Sajous, en mettant à profit les méthodes antiseptiques actuelles (1).

Les abcès extérieurs seront incisés de bonne heure.

Enfin, lorsque l'évolution des lésions locales s'est arrêtée, que la maladie est guérie, tout n'est pas fini, car il persiste souvent un rétrécissement laryngé qu'il faut traiter ultérieurement (2).

Dans des cas exceptionnels, on a vu une périchondrite du chaton du cricoïde déterminer une gêne de la déglutition telle qu'on était obligé de faire usage de la sonde œsophagienne; c'est là une manœuvre à laquelle on ne recourra que tardivement, le passage de la sonde irritant la lésion laryngée.

## IV

## TUBERCULOSE DU LARYNX

La tuberculose du larynx a été surtout étudiée par les médecins. Elle n'intéresse guère le chirurgien que lorsqu'elle se complique de périchondrites ou de pseudo-œdèmes (3).

Dans ces derniers temps cependant, une tendance à intervenir chirurgicalement s'est accusée. Heryng (de Varsovie) en particulier a préconisé le curage intra-laryngé des ulcérations tuberculeuses. Fränkel, Massei, Retz regardent même la laryngectomie comme praticable dans la tuberculose primitive du larynx. L'extirpation de l'organe serait, d'après eux, préférable à la trachéotomie avec traitement symptomatique (4).

## V

## SYPHILIS DU LARYNX

La syphilis du larynx ne rentre dans le domaine du chirurgien que par ses complications (périchondrites), ou ses conséquences éloignées (rétrécissements) qui sont déjà étudiées ou le seront plus loin.

(1) SAJOUS, *Universal medical sciences*, Philadelphie, 1889, t. III, p. 504.

(2) Voy. plus loin, *Des rétrécissements du larynx*, p. 429.

(3) Voy. plus haut, *De la laryngite œdémateuse*, p. 597, et *Les périchondrites*, p. 401.

(4) STÖERK (C.), Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynx-tuberculose. *Wien. med. Woch.*, 16 et 23 janvier 1892.

## VI

## ACTINOMYCOSE DU LARYNX

L'actinomycose exclusivement localisée au larynx est encore peu connue. Mündler (1) en a cependant publié 5 observations provenant de la clinique de Czerny. Les lésions ressemblaient soit à une tumeur de la région aryénoïdienne, soit à une périchondrite caséuse. On fut mis sur la voie du diagnostic par la constatation dans le pus de grains jaunes de soufre, où l'examen microscopique révéla la présence du champignon de l'actinomycose.

## VII

## TUMEURS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

## A. — TUMEURS DU LARYNX

Le larynx peut être le siège de tumeurs développées primitivement aux dépens des tissus qui le constituent ou nées dans les organes voisins et ne l'ayant envahi que secondairement. Les premières seules méritent bien réellement le nom de tumeurs du larynx. On les divise en :

A. Tumeurs *bénignes*, encore appelées *polypes*.

B. Tumeurs *malignes* ou *cancers*.

La distinction entre ces deux catégories de tumeurs n'est pas toujours tranchée et il est des formes dont la place exacte est difficile à déterminer.

EHRMANN (C.-H.), Maladie organique de l'appareil vocal connue sous le nom de polype du larynx. *Musée de la Faculté de méd. de Strasbourg*, Strasbourg, 1845, 1<sup>er</sup> fasc. — TRÉLAT, Polype du larynx; ablation par les voies naturelles. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1865, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 154 (discussion). — VERNEUIL (A.), Traitement chirurgical des polypes du larynx. *Gazette hebdomadaire de méd.*, Paris, 1865, t. X, p. 161 et 545. — FOLLIN, Polypes du larynx. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1864, 2<sup>e</sup> série, t. IV, p. 55. — CAUSIT (A.), *Étude sur les polypes du larynx chez les enfants et en particulier sur les polypes congénitaux*. Thèse de Paris, 1867, n° 218. — MORELL-MACKENZIE, *Essay on growths in the larynx; with reports, and an analysis of one hundred consecutive cases treated by the author*, London, 1871. — LIVON, *Du traitement des polypes laryngiens*. Thèse de Paris, 1875, n° 110. — SCHNITZLER (J.), Zur Kasuistik der Kehlkopfpolypen. *Wiener med. Presse*, 1874, t. XV, p. 718. — ISAMBERT, Contribution à l'étude du cancer laryngé. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1876, t. II, p. 1. — BRUNS (Paul), *Die Laryngotomie zur Entfernung intra-laryngealer Neubildungen*, Berlin, 1878. — KRISHABER, Sur le cancer du larynx. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1879, t. V, p. 156, 202 et 262. — FAUVEL (C.), Les indications pour le traitement extra ou intra-laryngé des polypes du larynx. *Transact. of the intern. med. Cong.*, 7<sup>e</sup> session, London, 1881, t. III, p. 225. — ZEAS (D. G.), Ein Ueberblick über die von der Kehlkopfexstirpation bis heute gewonnenen Resultate. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1884, XXX, p. 665. — HAHN, Ueber Kehlkopfexstirpation bei Carcinom. *Ibid.*, 1884, t. XXXI, p. 171. — SALZER, Larynxoperationen in der Klinik Billroth, 1870 à 1884. *Ibid.*, 1884, t. XXXI, p. 848. — BERGMANN (A.), Larynxexstirpation wegen Carcinom. *Saint-Petersb. med. Woch.*, 18 juillet 1885, p. 250. — HAHN, Ueber Kehlkopfexstirpation. *Samml. klin. Vorträge*, Leipzig, 1885, n° 260. — SCHWARTZ (Ch.-Ed.), *Des tumeurs du larynx*. Thèse

(1) MÜNDLER (W.), Drei Fälle von Actinomycose des Kehlkopfes. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1892, t. VIII, p. 615.

d'agr. en chir. de Paris, 1886 (bibl.). — BOECKEL (Jules), Opérations pratiquées sur le larynx. *Gazette méd. de Strasbourg*, 1886, p. 121 et 154. — TRÉLAT (U.), Diagnostic du cancer et de la tuberculose du larynx. *Semaine méd.*, Paris, 1886, p. 579. — SALOMONI (A.), *Della esportazione totale della larynge*, Cremona, 1886. — MONOD et RUAULT, Contribution à l'étude de la thyrotomie et de la laryngectomie pour cancer du larynx. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1887, p. 821. — HOFFA, Ueber Laryngofissur. *Berliner klin. Woch.*, 1888, p. 878. — Resultate der Laryngofissur. *Centralblatt für Chir.*, 1888, p. 911. — HAHN (E.), Mittheilungen über die Endresultate nach Kehlkopf-Operationen. *Arch. für klin. Chirurgie*, 1888, t. XXXVII, p. 522, et t. XXXVIII, p. 152. — MORITZ SCHMIDT, Beiträge zur laryngochirurgische Casuistik. *Ibidem*, t. XXXVIII, p. 687. — SCHEDE (M.), Ein Fall von endgültiger Heilung nach Wegnahme des ganzen Kehlkopfes wegen krebsiger Entartung von mehr als vier Jahren, nebst einigen Bemerkungen über Morell-Mackenzie's Statistik. *Deutsche med. Woch.*, 1889, n° 4, p. 62. — KRAJEWSKI, Berichtigungen und Ergänzungen zu Doctor Morell-Mackenzie's statistischen Aufgeben der Totalexstirpation krebsiger Kehlköpfe. *Ibid.*, 1889, n° 4, p. 64. — FRÄNKEL (B.), Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung. *Ibid.*, 1889, n° 1 à 6, p. 1, 28, 50, 68, 87 et 109. — BECKER, Zur Statistik der Laryngofissur. *Münch. med. Woch.*, 1889, n° 16-18, p. 270 et 315. — BUTLIN (Henry T.), On radical operations for the cure of intrinsic carcinoma of the larynx. *British med. Journal*, London, 1890, t. II, p. 449. — PINGONNAT (A.), De l'extirpation du larynx. Thèse de Paris, 1889-1890, n° 282 (bibl.). — BARDENHEUER, Vorschläge zur Kehlkopfextirpation. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1891, Bd. XLI, Heft III, p. 555. — TAUBER, Ueber die Kehlkopfextirpation (laryngectomie). Eine kritisch-statistische Studie. *Ibid.*, p. 641. — MOURE, De la thyrotomie dans le cancer du larynx. *Congrès franc. de chir.*, Paris, 1891. — Discussion on the indication for early radical treatment of malignant disease of the larynx. *British med. Journal*, 1895, t. II, p. 1029. — CZWIKLITZER (K.), Ueber den heutigen Stand der Resektion und Exstirpation des Kehlkopfes wegen malignen Tumoren. *Beitr. zur klin. Chir.*, Tübingen, 1896, t. XVII, p. 447. — LAMBERT LACK, A contribution to the operative treatment of malignant disease of the larynx, with special reference to the danger of the cancerous wound infection. *Lancet*, 1896, t. I, p. 1658. — SENDZIAK (Jean), Néoplasmes malins du larynx (cancers, sarcomes). Diagnostic, traitement. *Przegląd chirurgiczny*, Varsovie, 1896-1897, t. III, p. 159 et 291 (bibl.). — BRYSEN DELAVAU, Recent progress in the surgical treatment of malignant diseases of the larynx. *Brit. med. Journ.*, 27 nov. 1897, p. 1549.

## A. — TUMEURS BÉNIGNES

L'histoire des polypes du larynx a passé par des phases successives que nous pouvons rappeler en quelques mots. Leur existence fut établie en 1667 par les constatations anatomiques de Lieutaud ; mais leur étude clinique ne commence qu'avec les interventions opératoires d'Ehrmann, de Middeldorpf et de Breslau, qui les enlevèrent après thyrotomie préliminaire. Depuis cette époque, les polypes du larynx ont été l'objet de nombreux travaux, grâce à la découverte du laryngoscope, qui a permis leur cure endolaryngée et grâce aux progrès de l'histologie pathologique qui a établi définitivement leur structure. La thèse d'agrégation de Schwartz constitue encore actuellement le travail le plus complet sur la question.

**Anatomie pathologique.** — On réserve le nom de polypes aux tumeurs du larynx qui n'ont rien de commun avec la tuberculose, la syphilis et le cancer, écartant de leur cadre les productions qu'on rencontre dans ces trois affections, bien qu'elles puissent revêtir, pendant une certaine période, quelques-uns des caractères extérieurs des véritables polypes (Fauvel).

A proprement parler, la dénomination de polype est loin d'être toujours exacte, les tumeurs qu'on décrit sous ce nom n'étant pas toujours pédiculées. Aussi avons-nous adopté la dénomination générique de tumeurs bénignes, plus juste que celle de polypes, encore employée par un très grand nombre d'auteurs.

Ces tumeurs siègent le plus souvent sur les cordes vocales, 856 fois sur 1100, d'après une statistique de Bruns ; viennent ensuite par ordre de fréquence les

tumeurs de la région sus-glottique, enfin celles de la région sous-glottique, qui sont relativement très rares (9 sur 500 tumeurs bénignes, Fauvel).

Les tumeurs intra-glottiques naissent ordinairement du tiers antérieur du bord libre des cordes vocales ; les sus-glottiques de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, les sous-glottiques de la face inférieure des cordes vocales et de la face interne du cricoïde. Leur forme, leur volume, leur couleur et leur consistance varient suivant leur structure. Aussi est-il nécessaire de décrire séparément chacune de leurs variétés anatomiques.

**1° Papillomes.** — Les papillomes forment à eux seuls plus de la moitié des tumeurs bénignes du larynx. Ils se développent sur les cordes vocales inférieures, en particulier sur les parties antérieure et moyenne de ces cordes. Leur développement s'explique par ce fait qu'il existe sur les cordes vocales inférieures des papilles signalées dès 1867 par Luschka, bien décrites en 1874 par Coyne (1). Ces papilles, certainement vasculaires et probablement nerveuses, sont beaucoup plus développées dans la moitié antérieure de la corde vocale que dans la postérieure, fait anatomique en rapport avec le siège pathologique habituel des papillomes.

Ceux-ci se présentent sous forme de tumeurs d'un rose blanchâtre, grenues, ressemblant à des choux-fleurs ou à des grains de raisin en miniature. Quelquefois pédiculés, ils sont le plus souvent sessiles. Leur consistance peu considérable permet de les arracher avec la plus grande facilité ; l'écoulement de sang artériel qui suit cet arrachement est toujours peu abondant et jamais inquiétant (Fauvel). Quelquefois ils ont une couleur grisâtre par suite de la présence de mucosités à leur surface ; leur volume varie d'un grain de millet à un marron ; Jurasz en a observé un qui ressemblait à une véritable corne (2).

La tumeur est généralement unique ; quelquefois cependant, particulièrement chez l'enfant, on voit, comme l'a bien montré Causit, des productions multiples et même diffuses, remplir presque totalement la cavité du larynx (3).

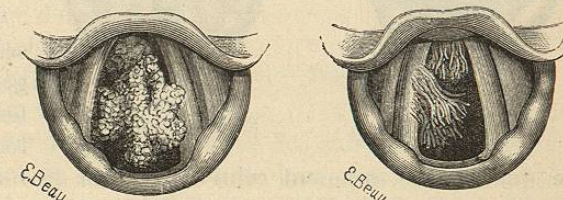
Ces papillomes peuvent être détachés par les efforts de toux ou détruits par la suppuration. Histologiquement, on retrouve ici la structure habituelle des papillomes des muqueuses. Ce sont des papilles normales dont tous les éléments, et en particulier l'épithélium, sont considérablement hypertrophiés. La variété la plus fréquente serait la variété cornée, c'est-à-dire celle dans laquelle l'épithélium est amoncelé en couches nombreuses et revêt la forme pavimenteuse (Fauvel).

Le centre de la papille est occupé par des vaisseaux plus ou moins abondants plongés dans du tissu lamineux qui n'est que la continuation du tissu fibreux dermique. Dans un cas de Stoerk, ce tissu a continué à proliférer après l'arrachement du papillome et a donné un fibrome.

(1) COYNE, *Recherches sur l'anatomie normale de la muqueuse laryngée*. Thèse de Paris, 1874.

(2) JURASZ, Ein verhorntes Papillom des Kehlkopfs. *Berliner klin. Woch.*, 1886, n° 5.

(3) CAUSIT (A.), *Étude sur les polypes du larynx chez l'enfant, et en particulier sur les polypes congénitaux*. Thèse de Paris, 1867, n° 218.

FIG. 117.  
Papillome muriforme.FIG. 118.  
Papillome vilieux.

On a beaucoup discuté la question de savoir si ces papillomes pouvaient se transformer en épithéliomas. Stoerk, Fauvel, M. Mackenzie, P. Bruns l'admettent; un fait de Beschoner semble le prouver, l'ablation de récidives successives ayant donné des tumeurs qui se rapprochaient de plus en plus de l'épithélioma. Rien n'est toutefois établi, le diagnostic de papillome n'étant fait que d'après l'examen de fragments excisés au niveau de la partie saillante d'une tumeur qui, dans la profondeur, peut présenter tous les caractères de l'épithélioma.

2° *Fibromes*. — Les fibromes représenteraient, au dire de Krishaber, le quart des tumeurs laryngées bénignes; ils seraient plus rares encore d'après les relevés de Fauvel, qui n'a observé que 11 fibromes sur 509 tumeurs bénignes. Comme les papillomes, ils siègent surtout sur les cordes vocales inférieures. Le plus

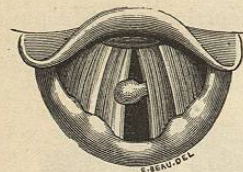


FIG. 119.  
Fibrome pédiculé.

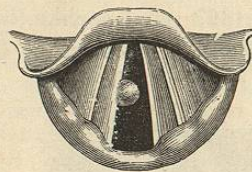


FIG. 120.  
Fibrome sessile.

souvent la tumeur est unique, mais le fait n'est pas absolu; Solis Cohen a constaté 6 fibromes chez le même malade.

La tumeur est ordinairement sessile, arrondie, ou lobulée à gros lobe, grisâtre, en général ferme, quelquefois oedémateuse (M. Mackenzie). Son vo-

lume, qui dépasse rarement celui d'un grain de raisin, peut aller jusqu'à celui d'un abricot. Dans quelques cas, le fibrome marque son empreinte sur la corde vocale du côté opposé, où il creuse une dépression persistante.

Histologiquement, le néoplasme est constitué par une masse de tissu fibreux, quelquefois mélangé de tissu myxomateux, le tout recouvert d'une couche d'épithélium pavimenteux, alors même qu'au niveau du point d'implantation, l'épithélium était cylindrique vibratile (Ehrmann, M. Mackenzie, Cornil).

5° *Myxomes*. — Les myxomes purs sont d'une grande rareté, mais existent cependant, comme le prouvent des faits de Wagner, d'Eeman, etc. Ce qu'on observe le plus souvent, c'est un mélange de tissu myxomateux et de tissu fibreux. Les myxomes kystiques constitueraient les polypes vésiculeux (Krishaber) (1).

4° *Adénomes*. — Les adénomes, dont l'existence est contestée par Ziemssen, sont très rares. Mackenzie, Bruns, J. Bœckel les décrivent comme des tumeurs sessiles, de forme hémisphérique, à surface unie, quelquefois bosselée (2).

5° *Angiomes*. — Les angiomes, bien étudiés par Elsberg, Glasgow et Bremer (3), se développent chez des hommes adultes atteints de catarrhe laryngé, au niveau ou tout près de la commissure antérieure des cordes vocales.

6° *Lipomes*. — Les lipomes sont très rares; Bruns, Jones, Schrötter en ont observé au niveau de l'orifice supérieur du larynx; M' Bride en a signalé à l'intérieur même de celui-ci (4).

(1) Consulter sur les myxomes: THIÉBAULT (J.), *Contribution à l'étude des myxomes du larynx*. Thèse de Paris, 1890-1891, n° 59.

(2) L'hypertrophie des glandes, qui se remplissent de cellules épithéliales, pouvant subir la dégénérescence graisseuse ou colloïde, est fréquente au cours des laryngites, mais l'adénome vrai est rare.

(3) GLASGOW (W. C.) et BREMER (L.), *Cavernous angioma of the larynx*. *Amer. Journal of med. sciences*, Philadelphie, 1889, t. XCVII, p. 560.

(4) M' BRIDE, *Clinical notes on fatty tumours of the larynx*. *Edinburgh med. Journal*, février 1889, p. 705.

7° *Kystes*. — Les kystes, bien étudiés par Moure (1), sont extra-laryngés ou intra-laryngés. Les premiers, plus volumineux que les autres, pouvant dépasser les dimensions d'une cerise, sont épiglottiques; les autres, plus petits, ne dépassant pas, en général, un gros pois, siègent ordinairement sur les cordes vocales, rarement ils occupent le fond des ventricules. Ces divers kystes sont remarquables par leur forme sphérique, leur apparence brillante, transparente; ils sont sessiles ou pédiculés. Leur contenu varie; il peut être séreux, jaunâtre et transparent, ou épais, visqueux, colloïde; Johnson a trouvé dans un cas un liquide presque sanguin; enfin Blanc a décrit une sorte de bouillie athéromateuse dans un kyste qu'il regarde comme d'origine congénitale.

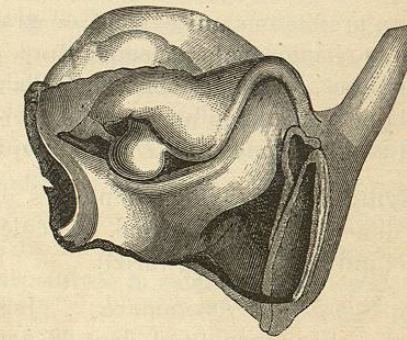


FIG. 121. — Polype vésiculaire. (Virchow.)

La poche qui constitue ces kystes est le plus souvent mince et revêtue d'une muqueuse hypertrophiée, sa membrane interne est formée par un épithélium à cellules polyédriques et aplaties. On admet généralement qu'il s'agit d'une dilatation kystique des culs-de-sac glandulaires par suite du rétrécissement et de l'oblitération de leur canal excréteur. Cette pathogénie rend compte de leur siège habituel sur l'épiglotte et les cordes vocales qui sont richement pourvues de glandes.

8° *Ecchondroses*. — Les tumeurs, dépendant de la charpente du larynx sont encore mal connues, bien qu'elles aient fait l'objet d'un certain nombre de travaux de Bertoye, d'Ehrendorfer et de Ferruccio Putelli (2).

Elles peuvent revêtir toutes les formes, depuis l'ecchondrose jusqu'à l'exostose; on a vu aussi des fibro-chondromes, des chondro-sarcomes, des myxo-chondromes. Le cartilage le plus souvent atteint est le cricoïde: il est rare que les autres cartilages du larynx soient affectés.

9° Nous signalerons enfin une variété toute spéciale de tumeurs intra-laryngées; ce sont des néoplasmes présentant la structure du corps thyroïde. Ziemssen et Bruns admettent qu'il s'agit là de tumeurs développées aux dépens de *corps thyroïdes aberrants*.

*Étiologie*. — Les tumeurs bénignes du larynx se développent surtout de trente à cinquante ans, mais on peut les observer à tout âge. Schiffers a vu un polype papillaire chez un homme de quatre-vingt-deux ans, Causit a réuni un certain nombre de ces tumeurs chez des enfants où l'on observerait surtout la forme papillaire diffuse. Barker, Lewin, Causit, Bruns, Johnson, etc., en ont même signalé des cas congénitaux.

Trois fois sur quatre, il s'agit de malades du sexe masculin.

(1) MOURE, *Étude sur les kystes du larynx*. *Revue mens. de laryng.*, Bordeaux, 1880-1881, t. I, p. 75, 99, 125, 147, 171, 205, et *Ibid.*, 1882, t. II, p. 225. — Consulter aussi: JURASZ, *Zur Lehre von den Kehlkopfkysten*. *Deutsche med. Woch.*, Berlin, 1884, t. X, p. 625. — GAREL, *Kystes du larynx*. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1887, p. 259 et 289.

(2) BERTOYE, *Aperçu sur les ecchondroses et les exostoses du larynx*. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1886, p. 125. — FERUCCIO PUTELLI, *Ueber Knorpelgeschwülste des Larynx*, *Wiener med. Jahrb.*, 1888, fasc. 7.

L'hérédité ne semble pas avoir grande importance malgré quelques faits de Poyet. On a cependant signalé certains états diathésiques, où il existerait une véritable disposition non seulement à produire des polypes du larynx, mais encore des tumeurs analogues dans le reste de l'économie; en même temps que des tumeurs du larynx on observerait d'autres papillomes de la peau et des muqueuses (Schwartz).

Les professions qui exigent de grands efforts de voix, qui exposent à de fréquents changements de température, à la respiration de vapeurs irritantes ou de poussières, l'abus du tabac et de l'alcool, la rougeole, la coqueluche, etc., ont certainement une influence sur le développement de ces tumeurs, ce qu'on s'explique par la *congestion chronique* qui existe dans ces diverses circonstances.

**Symptômes.** — Les symptômes dépendent de la situation de la tumeur, de ses dimensions, de sa forme, pédiculée ou non, enfin de sa nature et de l'âge du sujet qui la porte (Schwartz).

**A. Symptômes fonctionnels.** — Les altérations de la voix sont presque constantes et se rencontrent dans 92 pour 100 des cas (M. Mackenzie). Elles s'établissent peu à peu, le plus généralement à la suite d'un rhume ou d'un effort de voix prolongé; elles vont du simple enrrouement à l'aphonie complète et sont surtout marquées dans les néoplasmes qui occupent le bord même des cordes vocales. Certains polypes à pédicule assez long s'accompagnent quelquefois de disparition puis de retour brusque des accidents, le même fait s'observe dans certaines tumeurs vasculaires qui, au moment de poussées congestives, s'accompagnent de dysphonie ou d'aphonie intermittente.

La dyspnée, relativement rare chez l'adulte, est au contraire très habituelle chez l'enfant, ce qui s'explique par la petitesse du larynx de ce dernier. En général plus marquée la nuit que le jour, accompagnée de sifflement laryngé et quelquefois de cornage, elle est déterminée par l'obstacle mécanique dû à la présence du polype, par les phénomènes inflammatoires et l'œdème de la muqueuse, par le spasme de la glotte concomitant. Elle varie de la simple gêne respiratoire à l'asphyxie; on cite quelques cas d'apnée subite suivie de mort (Lieutaud, Desault, Schultze, etc.). Les caractères de la dyspnée varient, dans une certaine mesure, avec le siège de la tumeur. Les polypes sus-glottiques s'accompagnent d'une inspiration bruyante et sifflante, d'une expiration facile, les sous-glottiques de phénomènes inverses. Souvent les malades prennent instinctivement une position plus favorable à la liberté de la respiration; Poyet raconte, à cet égard, l'histoire d'un paysan porteur d'un polype sus-glottique, qui, ne se trouvant bien que lorsqu'il penchait la tête en avant, resta dans cette attitude pendant deux ans et demi à trois ans.

La toux, assez rare chez l'adulte, est plus fréquente chez l'enfant; ses caractères varient: elle est, suivant les cas, sèche, croupale ou éteinte; elle apparaît par quintes et s'accompagne quelquefois d'hémoptysies.

La dysphagie n'a été que très rarement observée et exclusivement dans des polypes volumineux de l'orifice supérieur du larynx.

La douleur manque presque toujours, et c'est tout au plus si, dans quelques cas, il y a une sensation de gêne au niveau du larynx.

L'intensité de ces divers troubles fonctionnels varie du reste suivant la nature de la tumeur; surtout marqués dans les papillomes et particulièrement dans la forme diffuse, ils manquent à peu près totalement dans les kystes (Schwartz).

**B. Signes physiques.** — Les signes physiques sont fournis par l'exploration directe du larynx.

L'abaissement forcé de la langue ne donne de renseignements que dans les cas où la tumeur siège sur le bord libre de l'épiglotte et a atteint de grandes dimensions.

Le toucher digital, surtout utile chez les enfants qui ne veulent pas se prêter à l'examen laryngoscopique, ne donne que des renseignements assez vagues; il a toutefois permis, dans quelques cas, de déceler l'existence de tumeurs occupant l'orifice supérieur du larynx. On ne doit y recourir qu'en l'absence de dyspnée, de peur de refouler un polype et de déterminer un spasme glottique mortel.

L'auscultation du larynx donne des résultats variables, et le plus souvent sans utilité au point de vue du diagnostic. Tantôt on entend un souffle râpeux, tantôt des sifflements, des ronchus ou des bruits de soupape, de drapeau. Ce dernier bruit, signalé par Dupuytren, aurait seul de la valeur et dénoterait, au dire de Fauvel, la présence d'un polype pédiculé.

L'étude des matières expectorées a, au contraire, une importance capitale, lorsqu'elle fait constater l'existence de parcelles de tumeurs. C'est elle qui guida Ehrmann dans sa première intervention. Malheureusement ce signe est rare et l'on ne peut guère compter sur lui pour faire le diagnostic.

Celui-ci repose, à peu près uniquement, sur les résultats de l'examen laryngoscopique qui permet de voir le polype et d'en apprécier les divers caractères, la dimension, la forme, la couleur, l'implantation, etc. Schwartz fait toutefois remarquer que certaines régions du larynx ne sont que difficilement accessibles au miroir, surtout lorsque l'épiglotte est pointue et longue, ou encore lorsqu'elle affecte la forme d'un chapeau de gendarme, pour employer l'expression consacrée.

**C. Symptômes généraux.** — Les tumeurs bénignes du larynx n'ont guère de retentissement sur la santé générale en dehors des troubles qu'elles apportent à la respiration et à la déglutition. Ceux-ci suffisent quelquefois pour amener, chez l'enfant, l'amaigrissement et l'anémie.

**Marche. — Durée. — Terminaisons.** — La marche des polypes laryngiens est généralement très lente, et c'est par années que se chiffre la durée de l'affection. Elle varie avec la nature de la tumeur. Tandis que certains fibromes restent à peu près stationnaires et n'augmentent en plusieurs années que d'une façon peu appréciable, les papillomes s'accroissent quelquefois considérablement en un court laps de temps. Ces poussées surviennent en particulier dans les papillomes irrités, soit par des excisions incomplètes, soit par des affections inflammatoires intercurrentes, soit par un usage immodéré de la voix.

La durée est, on le comprend par ce que nous venons de dire, essentiellement variable. Certains polypes, absolument stationnaires, durent autant que le malade (Fauvel). Les papillomes, au contraire, déterminent au bout d'un temps souvent assez court des phénomènes dyspnéiques. Ceux-ci surtout marqués chez l'enfant, dont la glotte est étroite, sont d'abord intermittents, puis deviennent continus; la mort survient à la suite de phénomènes asphyxiques qui tuent le malade brusquement ou en quelques minutes, plus rarement en quelques jours. Dans ce dernier cas, il s'agit probablement d'œdème surajouté.