

Lorsque, dans l'émission d'un son, les cordes vocales arrivent en contact sur la ligne médiane (fermeture de la glotte) les ligaments ventriculaires restent éloignés l'un de l'autre; mais si le larynx doit être fermé hermétiquement, comme par exemple dans la déglutition, la toux, l'effort, etc., non seulement les cordes vocales, mais aussi les cordes ventriculaires se touchent sur la ligne médiane et sont recouvertes en avant par le bourrelet de l'épiglotte (fermeture du larynx). — Les ligaments ventriculaires se perdent en haut sans limites précises dans la portion la plus élevée des parois latérales du larynx, terminées elles-mêmes en haut par un bord libre dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, et appelé **ligament aryténo-épiglottique** (5); ce ligament est si étroit qu'il peut facilement passer inaperçu; il limite de chaque côté l'orifice supérieur du vestibule du larynx. Par contre, on voit se dessiner d'une façon très nette la paroi postérieure du larynx (6,7), dont la limite supérieure est constituée par un large bourrelet dirigé transversalement et adossé directement à la paroi postérieure du pharynx. Au point où le ligament aryténo-épiglottique arrive à la paroi postérieure du larynx on voit une petite éminence arrondie formée par le **cartilage de SANTORINI** (6) qui surmonte le cartilage aryténoïde correspondant. Chez quelques sujets on trouve en avant du cartilage de Santorini, dans l'extrémité postérieure du ligament aryténo-épiglottique, une autre petite éminence, le **tubercule de WRISBERG**. — Les cartilages de Santorini exécutent des mouvements correspondant à ceux des cordes vocales. Lorsque la glotte est fermée ils s'éloignent un peu de la paroi postérieure du pharynx (8) et arrivent en contact réciproque sur la ligne médiane; puis, dès que la glotte s'ouvre, ils fuient en arrière et en dehors pour revenir à leur position primitive. Pendant la fermeture de la glotte les deux cartilages sont habituellement situés l'un à côté de l'autre, mais chez certains individus ils se croisent, et l'un d'eux se place au devant de l'autre. Aussi longtemps que la glotte est ouverte et que les tubercules de Santorini se trouvent éloignés l'un de l'autre et appliqués contre la paroi postérieure du pharynx, une échancrure aplatie ou **commissure inter-aryténoïdienne** (7) constitue le bord supérieur de la paroi postérieure du larynx. Lorsque les cartilages se rapprochent cette échancrure se transforme en une fente étroite (rimula ou petite glotte). Les ligaments aryténo-épiglottiques se terminent en avant au niveau des angles latéraux du bord supérieur de l'épiglotte; des mêmes points partent deux autres replis de la muqueuse qui se perdent sur les parois latérales du pharynx; ce sont les **ligaments pharyngo-épiglottiques** (9). En arrière de ces derniers commence de chaque côté un espace libre limité en dedans par le ligament aryténo-épiglottique, en dehors par le cartilage thyroïde, et en arrière par la paroi postérieure du pharynx; en bas les parois latérales se confondent et l'espace libre se termine par une gouttière dirigée d'avant en arrière et dont la partie la plus basse correspond à l'angle que

forme le cartilage cricoïde avec les cornes inférieures du cartilage thyroïde. On désigne cet espace sous le nom de **sinus pharyngo-laryngé ou sinus pyriforme** (10). — La coloration de la muqueuse du larynx, si l'on fait abstraction des cordes vocales, ressemble en général à celle du palais dur; seulement la face postérieure de l'épiglotte, surtout au niveau de son bourrelet, est d'un rouge plus intense mélangé d'une certaine teinte jaunâtre.

§ 102. — L'**autolaryngoscopie** est toujours pour le débutant le meilleur

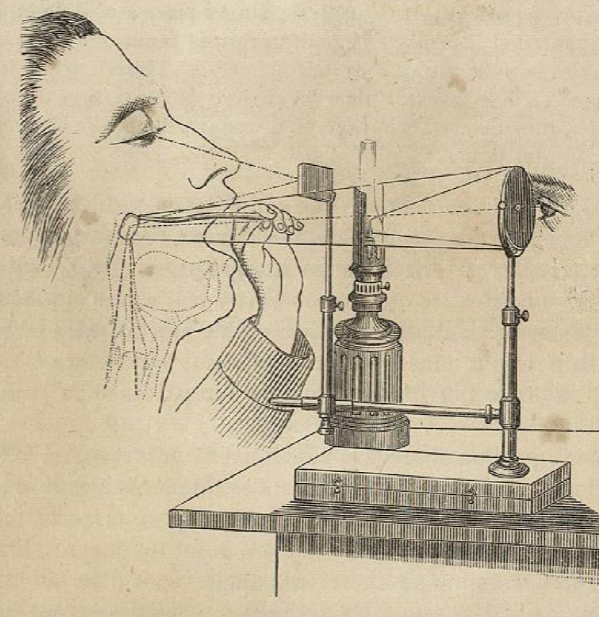


Fig. 111. — Marche des rayons lumineux dans le laryngoscope. Autolaryngoscopie (FAUVEL).

moyen d'étude des conditions normales du larynx. C'est sur son propre larynx que CZERMAK a fait les premiers essais de laryngoscopie; il a ainsi trouvé une méthode pratique d'examen, dont il a reconnu la haute importance; par de nombreuses démonstrations il a prouvé la possibilité de l'appliquer à d'autres personnes. C'est à l'autolaryngoscopie que la nouvelle méthode d'investigation doit d'avoir été admise si rapidement et d'avoir pris bientôt une aussi grande extension. Sans le concours réciproque de l'observateur et de l'individu observé, tel qu'on peut l'obtenir seulement par l'autolaryngoscopie, il est même douteux que les premières tentatives eussent été suivies d'un résultat assez heureux pour donner une idée de la valeur de la nouvelle méthode d'examen et en assurer le succès; en effet les recherches précédentes de TURCK faites seulement sur des malades ne paraissent pas avoir inspiré beaucoup de confiance dans la

succès de la laryngoscopie. Un fait certain c'est qu'aujourd'hui encore la méthode de CZERMAK constitue le moyen le plus sûr d'apprendre sans maître à se servir du laryngoscope. C'est, en effet, l'autolaryngoscopie qui permet le mieux de surmonter les difficultés du début et d'apprendre à manier le miroir laryngien avec la délicatesse et l'aisance nécessaires. C'est pourquoi nous avons jugé à propos de diriger l'attention des élèves sur ce sujet et d'indiquer brièvement comment ils doivent procéder dans leurs essais d'autolaryngoscopie. Pour examiner son propre larynx on peut se servir de tout appareil à support, à condition d'adapter au miroir concave un petit miroir plan. Il n'est pas nécessaire que ce dernier dépasse les dimensions d'un miroir laryngien de moyenne grandeur; sa position la plus convenable est en avant du miroir concave, immédiatement en dehors de son ouverture centrale. On se place à côté de la lampe et en face de l'appareil et l'on dirige le petit miroir de façon que l'on puisse voir sa propre cavité buccale. Grâce à ce miroir on voit l'intérieur de la bouche aussi bien que si l'œil se trouvait placé en arrière de l'ouverture du réflecteur, et l'on peut dès lors diriger l'éclairage et introduire le miroir laryngien de la manière décrite plus haut.

§ 103. — Lorsqu'on aura acquis une connaissance suffisante de l'aspect de l'image laryngoscopique normale, on pourra reconnaître sans difficulté la plupart des **altérations pathologiques**; ces altérations ressemblent beaucoup à celles que l'on observe sur d'autres muqueuses, par exemple au pharynx. L'étude des divers états morbides du larynx nous conduirait trop loin; nous voulons seulement apprendre à connaître les différents néoplasmes qui ont le plus d'importance au point de vue chirurgical.

Le néoplasme que l'on observe le plus souvent au larynx est le **fibrome** et principalement sa **forme tubéreuse**. Ces tumeurs siègent le plus souvent sur les cordes vocales, surtout à leur partie antérieure, mais elles peuvent aussi se développer sur tout autre point du larynx. Elles naissent dans le tissu sous-muqueux, et, tant quelles sont d'un faible volume, elles forment de petites nodosités arrondies et sessiles, ayant une large base d'implantation. A mesure qu'elles s'agrandissent elles font une saillie de plus en plus prononcée, et finalement la muqueuse qui les tapisse est distendue au point de former un pédicule court et large, mais de peu d'épaisseur (**polype fibreux du larynx**). Tantôt alors elles conservent leur forme arrondie, tantôt elles s'accroissent irrégulièrement et deviennent lobulées. Exceptionnellement le pédicule peut s'amincir peu à peu au point qu'il finit par se rompre et que la guérison s'opère ainsi spontanément. Le volume des polypes ne dépasse pas habituellement celui d'un pois ou d'une petite cerise; cependant on a observé des tumeurs qui remplissaient presque complètement le conduit laryngien, gênaient beaucoup la respiration et par leurs changements de position causaient même des accidents graves d'asphyxie. Les fibromes ont une coloration d'un rouge clair ou livide; leur surface est tantôt lisse, et tantôt présente des négalités qui donnent à la tumeur l'aspect framboisé; cette dernière va-

riété constitue une transition vers la forme papillaire, avec laquelle on a l'habitude de la décrire; mais, sans compter qu'il s'agit d'une tumeur compacte et non ramifiée comme le papillome, on doit, au point de vue pratique principalement, la faire rentrer plutôt dans la première forme de fibromes, car elle a de commun avec celle-ci de se montrer dans la règle à l'état isolé et de ne pas récidiver après la simple ablation.

Après les polypes c'est la **forme papillaire du fibrome**, que l'on observe le plus souvent au larynx, du moins chez les adultes. Par contre chez les enfants, qui en général sont moins souvent affectés de tumeurs du larynx que les adultes, la forme papillaire est la plus fréquente. Les papillomes se développent dans toute la partie supérieure et moyenne du larynx sans affecter de point de prédilection particulier; ils ont ordinairement la forme de cônes, quelquefois ils sont ramifiés comme une grappe de raisin; leur aspect rappelle les condylomes pointus de la peau; grâce à une forte prolifération de l'épithélium, leur coloration est d'un rouge grisâtre et même d'un blanc grisâtre. Ils sont presque toujours multiples, occupent souvent une grande étendue de la surface interne du larynx, et peuvent même se développer en masses assez considérables pour gêner la respiration. Le tissu des papillomes est habituellement très friable, et il n'est pas rare de voir des fragments de ces tumeurs être rejetés par la toux. Mais on ne voit jamais se produire de cette manière une guérison spontanée; même après l'extirpation simple on observe d'ordinaire une récurrence, et dans la plupart des cas on ne peut obtenir une guérison durable que si, après l'extirpation, on cautérise énergiquement le point d'implantation du néoplasme.

Bien plus rarement on observe des **carcinomes**. Ce sont tantôt des carcinomes du voisinage qui envahissent secondairement le larynx, tantôt des carcinomes primitifs de cet organe. Ils forment des nodosités irrégulières à large base d'implantation, de coloration rouge bleuâtre; tôt ou tard ils finissent par perforer les parois du larynx et ils ont une grande tendance à s'ulcérer. Les ulcérations sécrètent le plus souvent un liquide putride de mauvaise odeur et donnent parfois naissance à de nouvelles végétations spongieuses ou crevassées et affectant la forme de choux-fleurs.

Les seules ulcérations que l'on pourrait confondre avec le carcinome ulcéré sont celles que l'on observe chez les individus syphilitiques ou affectés de tuberculose pulmonaire; comme dans le carcinome l'ulcération dans ces cas offre en effet, des bords épaissis, et le gonflement œdémateux qui s'étend jusqu'à la face externe du larynx augmente l'épaisseur des parois de cet organe. Alors même qu'on n'a pas pu suivre le développement de la maladie, le diagnostic ne présente habituellement aucune difficulté. Le carcinome atteint un point déterminé autour duquel il s'étend par la périphérie; la paroi opposée du larynx présentera peut-être une rougeur inflammatoire, mais elle sera en somme respectée par le néoplasme; par contre lorsque la syphilis ou la tuberculose ont atteint