

démontré qu'il s'agissait réellement d'un sarcome à petites cellules. La figure 55, empruntée à Mackenzie, représente un exemple de sarcome fasciculé de l'épiglotte.

f. Morell-Mackenzie, en outre de ces tumeurs, signale un cas de *lipome*, un cas d'*angiome* et un cas d'*enchondrome*. Ce sont là de simples curiosités pathologiques.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les polypes du larynx révèlent leur présence

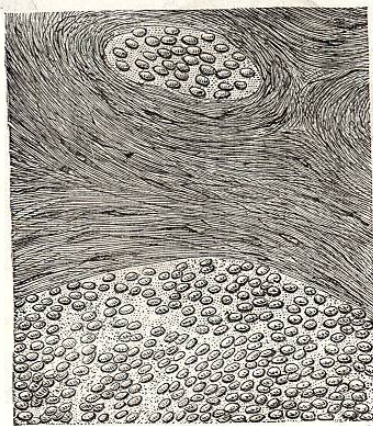


FIG. 56. — Sarcome.

par un certain nombre de symptômes fonctionnels qui, d'une manière générale, sont d'autant plus prononcés que la tumeur est plus voisine de la glotte. Ces symptômes sont : des troubles respiratoires et phonétiques, de la toux, de la gêne dans la déglutition, certains caractères de l'expectoration.

La *gêne de la respiration*, à peu près constante, existe dans ses deux temps; mais elle est généralement plus prononcée dans l'inspiration que dans l'expiration. Elle se montre sous deux formes: tantôt elle est permanente, tantôt elle a lieu par accès.

Ceux-ci sont dus à l'irritation des cordes vocales par la tumeur qui se déplace, aux phénomènes congestifs dont elle est le siège, et aux lésions concomitantes de la muqueuse elle-même. Ils sont provoqués par des mouvements précipités, par des efforts, par des cris, par la parole, par une impression morale quelconque ou par un changement brusque de température. Parfois l'accès est subit et inattendu. Ce phénomène s'observe surtout dans le jeune âge. L'enfant se met brusquement sur son séant, et son regard exprime une anxiété extrême; les ailes du nez fortement dilatées, la face tuméfiée et violette, les globes oculaires saillants, le petit malade porte instinctivement la tête en arrière pour allonger sa trachée et ouvrir ainsi un plus grand passage à l'air. Si l'accès dure longtemps, le corps se couvre d'une sueur froide, le pouls devient faible, intermittent et l'asphyxie est imminente.

Chez l'adulte, le tableau est un peu différent : après quelques quintes de toux et une ou plusieurs inspirations bruyantes, l'air cesse de pénétrer dans la trachée; des contractions convulsives de tous les muscles inspireurs du cou et du thorax surviennent inutilement; le polype est en même temps aspiré et obture l'entrée des voies aériennes; la face bleuit et les veines se gonflent; l'asphyxie s'accroît rapidement et le patient meurt, à moins qu'on ne lui porte secours ou qu'il n'expulse le corps qui empêche l'air de pénétrer dans ses poumons. En général,

lorsque l'accès est purement convulsif, le malade revient à la vie; mais s'il est de cause mécanique, le danger d'asphyxie est imminent.

Lorsque la sténose du larynx est progressive, la gêne respiratoire augmentant peu à peu se révèle par des signes physiques de plus en plus accusés. La respiration est rude, sifflante, ou présente les caractères particuliers du *cornage*. Ce symptôme est produit par le mélange discordant de sifflements aigus avec un son fondamental ronflant; la sténose seule est la cause du ronflement, tandis que les inégalités du tube engendrent les sifflements. Sans indiquer une asphyxie immédiate, le *cornage*, quand il augmente d'intensité, est d'un mauvais pronostic. Il s'entend à distance, mais l'auscultation de la trachée permet de préciser le siège du rétrécissement qui le produit, car c'est là qu'il atteint son maximum de puissance.

Lorsque les modifications du souffle trachéal sont sous l'influence d'un polype mobile, on peut entendre souvent, à l'auscultation de la trachée, un bruit particulier, connu sous le nom de *bruit de drapeau*, *bruit de soupape*, et qui est dû aux mouvements de la colonne d'air qui déplace le polype.

L'auscultation pulmonaire révèle un affaiblissement du murmure respiratoire, quand celui-ci n'est pas complètement couvert par le bruit trachéal: elle renseigne aussi sur les complications qui peuvent survenir du côté des poumons: congestion, catarrhe, pneumonie.

Quand ces troubles respiratoires sont à leur summum, l'asphyxie survient, sans que pour cela une oblitération complète des voies respiratoires soit nécessaire. D'un autre côté, on a vu des individus survivre pendant des mois à une sténose qui avait réduit le diamètre du tube aérien à 7 millimètres, tandis qu'à l'état normal il atteint 22 et 23 millimètres. Quelle que soit la marche de l'asphyxie, il faut craindre les phénomènes convulsifs qui peuvent brusquement terminer la scène.

Les *altérations de la voix* sont sous la dépendance du siège du polype: elles n'existent que quand celui-ci occupe les cordes vocales ou quand il est projeté accidentellement vers la glotte. Il arrive fréquemment, en effet, qu'un polype qui occupait le ventricule, ou qui était au-dessous de la corde vocale, soit chassé vers la glotte par un effort brusque d'inspiration ou d'aspiration.

Les troubles de la voix varient depuis les modifications les plus légères jusqu'à l'aphonie complète. La voix peut être altérée dans son timbre, dans sa tonalité et dans son intensité. Tantôt c'est une simple asynergie vocale qui est l'origine de ces troubles: on a donné alors aux modifications de la voix qui surviennent les noms de *voix enrrouée*, *rauque*, *croupale*, de *voix de polichinelle*, de *voix étouffée*, etc. Tantôt les cordes vocales sont complètement immobilisées par la tumeur et la voix est éteinte, c'est l'*aphonie*.

Quelquefois les altérations de la voix sont passagères et surviennent

accidentellement sous l'influence de la congestion ou de l'œdème de la glotte.

Les *modifications de la toux* accompagnent en général celles de la voix et offrent avec elles de grands rapports. Elle est rauque, basse, voilée; assez souvent elle est cassée, parfois sifflante, stridente; chez les enfants, elle simule la toux dite *croupale*. Elle augmente de fréquence le soir et pendant la nuit.

La *gêne de la déglutition* existe surtout lorsque le polype occupe l'épiglotte ou les replis épiglottiques.

L'*expectoration* n'a d'importance que par les renseignements qu'elle fournit sur l'état des poumons. Cependant elle renferme quelquefois des débris de la tumeur.

C'est seulement depuis la découverte et l'emploi du laryngoscope qu'on a pu bien connaître et classer les polypes du larynx. A l'aide de cet instrument on pourra, la plupart du temps, préciser le siège, la forme et la nature de ces tumeurs. Grâce au miroir laryngien, on déterminera si la tumeur occupe la face postérieure de l'épiglotte, les replis aryteno-épiglottiques ou le vestibule du larynx; si elle est implantée sur une des cordes vocales; si elle gêne leurs contractions; si elle oblitère la glotte; si elle sort du ventricule ou si elle est située plus bas. En même temps l'observateur constatera si elle est sessile ou pédiculée; il recherchera sa mobilité, sa consistance probable. Le miroir reflétera encore ses caractères extérieurs, son état lisse ou lobulé, sa vascularisation, ses tendances au bourgeonnement, à l'ulcération ou au sphacèle. A propos du diagnostic, nous indiquerons quels sont les caractères de chaque espèce de tumeur au laryngoscope.

Le *toucher digital* rend parfois de grands services: on peut, dans certains cas, introduire le doigt assez profondément et sentir le polype. Ryland, Duncan Gibb et Krishaber recommandent l'emploi de ce moyen d'exploration chez les enfants.

Le *cathétérisme laryngé*, à l'aide d'une sonde en gomme, n'est guère utile que dans les cas où la tumeur siège au-dessous des cordes vocales. Au point de vue de la marche, on peut distinguer trois périodes dans l'évolution des polypes du larynx: 1° la période des troubles physiologiques de la voix; 2° la période de gêne respiratoire et de dyspnée; 3° la période asphyxique. Mais cette division n'est pas toujours exacte. La marche de la maladie présente souvent des intermittences très-marquées et parfois des intervalles de rémission presque complète.

DIAGNOSTIC. — La distinction des polypes du larynx est d'une grande difficulté si l'examen au miroir ne peut être pratiqué, soit que le malade ne puisse en tolérer l'application, ou que son emploi soit contre indiqué à cause des complications ou de l'âge du sujet. En effet, les symptômes fonctionnels de ces tumeurs s'observent aussi dans beaucoup d'autres maladies du larynx.

Quand il n'existe ni lésion pulmonaire, ni affection du cœur ou des

gros vaisseaux, les troubles de la respiration doivent faire penser que la cause des désordres occupe le larynx ou la trachée, et l'auscultation stéthoscopique précise le point du tube aérien qui en est le siège.

Les maladies du larynx qui simulent le mieux les polypes sont, chez les enfants, les *corps étrangers*, le *croup*, les *abcès du larynx*, l'*œdème*, le *spasme* de la glotte, le *laryngisme vermineux*, la *laryngite aiguë* idiopathique, l'*hypertrophie* des amygdales.

Chez l'adulte, il faut plutôt signaler certaines *laryngites chroniques*, surtout les *laryngites tuberculeuses* et *sypilitiques* à la période des ulcérations, les *abcès rétro-pharyngiens*, les *tumeurs* comprimant les nerfs laryngés, l'*asthme*, l'*aphonie nerveuse*.

Parmi toutes ces maladies du larynx, les unes ont une apparition brusque et sont caractérisées par des accès de suffocation; tels sont l'œdème et le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, les corps étrangers; les autres ont une marche plus lente. Dans le premier cas, l'emploi du miroir laryngien sera, la plupart du temps, impossible; dans le second, il sera également difficile d'y avoir recours au moment de l'accès; mais la recherche des antécédents pourra mettre sur la voie du diagnostic.

Dans la plupart des observations de polypes chez les enfants, les médecins assignent eux-mêmes, à certains symptômes, des caractères identiques à ceux du *croup*; mais l'état général, l'expulsion de fausses membranes, la présence de celles-ci dans le pharynx, permettront de reconnaître la maladie. Les accès de suffocation ne sont jamais aussi longs et aussi complets que dans le cas de polypes du larynx.

Dans la *laryngite striduleuse*, la voix est très-rarement éteinte; la toux a ce caractère particulier qui l'a fait comparer au chant du coq. D'ailleurs, dans le cas de polypes du larynx, l'aphonie et l'enrouement ont presque toujours précédé, depuis assez longtemps, les accès de suffocation.

Les *corps étrangers* s'annoncent par des accès de toux et de suffocation, auxquels succède un calme parfait. Les commémoratifs ont ici une grande importance.

Le *spasme de la glotte* présente un début brusque et n'a qu'une durée fort courte.

L'*œdème de la glotte* peut souvent se reconnaître par le toucher de l'épiglotte et des replis épiglottiques, qui sont épais et très-durs. C'est d'ailleurs une complication assez fréquente des polypes du larynx.

Lorsque l'examen laryngoscopique est praticable, il deviendra facile de reconnaître l'existence d'un polype. Pour que celui-ci n'échappe pas aux recherches, on devra varier l'éclairage, changer les positions du miroir, observer l'image pendant les mouvements d'élévation du larynx, pendant la contraction des cordes vocales, pendant les efforts, dans l'inspiration et l'expiration.

Il arrive quelquefois, en effet, que le polype est, en partie, enfoncé

dans le ventricule, ou qu'il reste caché sous la corde vocale inférieure : une inspiration brusque le fera apparaître, s'il est pédiculé. Quand il siège au-dessous de la glotte, le diagnostic ne peut se faire que par l'étude attentive des signes fonctionnels et des signes physiques, fournis, en particulier, par l'auscultation ou par le cathétérisme.

Les *végétations polypoides*, qui se développent parfois à la surface des ulcérations tuberculeuses, syphilitiques ou cancéreuses, ne doivent pas être confondues avec les polypes vrais du larynx, bien qu'elles amènent, comme ces derniers, des accidents de suffocation. La connaissance de l'état général, l'implantation de la végétation au centre d'ulcérations, de pertes de substance, souvent la multiplicité des végétations, qui simulent plutôt des fongosités que des polypes, permettront d'éviter l'erreur.

Les *polypes de la trachée et des bronches* sont extrêmement rares. Frank en a décrit plusieurs cas chez les enfants. On connaît aussi des observations de Warren, de Van Meerbeck, de Casper, etc. (1). Ils succéderaient le plus souvent aux lésions croupales ayant déterminé secondairement l'apparition de végétations multiples sur la muqueuse ulcérée. Une respiration difficile avec souffle tubaire, une toux sèche, une douleur au niveau du sternum, l'expulsion, après des efforts prolongés, de concrétions ramifiées, de bourgeons charnus, de parcelles de végétations, de lambeaux rubanés élastiques, tenaces, semblables à de la graisse coagulée, tels sont, d'après ces auteurs, les symptômes principaux qui peuvent distinguer des polypes les différentes productions bronchiques analogues connues jusqu'à ce jour.

Lorsque la présence d'un polype a été reconnue, il reste encore, pour compléter le diagnostic, à déterminer sa nature. On pourra quelquefois prévoir la variété anatomique de la tumeur, d'après les caractères suivants : une tumeur lisse, arrondie, sessile ou pédiculée, plus ou moins vascularisée à sa surface, augmentant lentement de volume, est un *fibrome* ou un *adénome*. Le *papillome* est, en général, mamelonné et fixé par une large base sur la muqueuse ; il est friable et revêt les formes les plus diverses (polypes en crête, en gerbe, en tête de choux-fleurs, etc.). Il prolifère dans tous les sens et a une progression rapide en surface. L'absence de destruction ulcéralive de la muqueuse pourra servir à le distinguer de l'*épithélioma* véritable ; mais il ne faut pas oublier qu'il se transforme souvent en cette dernière espèce de tumeur maligne.

Le *sarcome* et le *myxome* n'ont pas de caractères constants et pathognomoniques.

PRONOSTIC. — Le pronostic des polypes du larynx varie selon la nature et le siège de la tumeur. Un polype fibreux peut persister très-longtemps sans accidents graves. Le papillome, au contraire, par sa nature végétante, sa tendance à l'envahissement, diminue le calibre du tube aérien, cause de la dyspnée, et conduit à l'asphyxie progressive et à la mort.

(1) Observations rapportées par Causit. Thèse citée.

Celle-ci peut encore survenir accidentellement par œdème ou spasme de la glotte, par déplacement d'un polype mobile ou par oblitération du larynx.

La gravité du pronostic augmente aussi chez les enfants, à l'âge où les cartilages aryténoïdes n'ont pas atteint leur développement et où l'ouverture respiratoire est très-étroite. Causit a rassemblé plusieurs cas de polypes congénitaux, dans lesquels la mort est survenue dans l'utérus, pendant l'accouchement ou peu de temps après la naissance.

TRAITEMENT. — On peut diviser, avec le professeur Verneuil, l'histoire du traitement chirurgical des polypes du larynx en trois périodes. L'une commence à Lieutaud, qui, le premier, en 1767, donna l'observation et la description anatomique de deux polypes situés à la partie supérieure de la trachée, et finit à Ehrmann, en 1844. C'est, en effet, l'éminent chirurgien de Strasbourg qui, le premier, après avoir reconnu un polype du larynx sur le vivant, l'extirpa en pratiquant la laryngotomie.

La seconde période s'étend de 1844 à 1858, époque de la découverte du laryngoscope. Jusque-là le diagnostic des polypes du larynx était entouré de tant d'obscurités, que le danger se révélait lorsqu'il n'était plus possible de le conjurer. Les seuls signes probables de l'existence d'un polype étaient : le bruit de soupape, la sensation d'un corps étranger et l'expulsion de parcelles de la tumeur. Après l'invention du laryngoscope, le diagnostic acquiert bientôt un degré de précision et d'exactitude qui permet de tenter l'ablation des polypes du larynx par les voies naturelles.

La première observation laryngoscopique d'un polype du larynx fut faite par Czermak, en 1859, et c'est à Von Bruns que revient l'honneur d'avoir pratiqué, pour la première fois, l'extirpation d'une tumeur de ce genre par la bouche à l'aide du laryngoscope.

La troisième période, enfin, qui répond à l'époque contemporaine, est une période de perfectionnement, caractérisée par l'invention d'instruments ingénieux destinés à agir par les voies naturelles, et par l'étude complète du choix et de l'opportunité des opérations.

Le traitement des polypes du larynx consiste dans la destruction sur place ou dans l'extirpation de la tumeur. Ces deux moyens peuvent être employés, soit par la *voie naturelle*, c'est-à-dire par la bouche, soit par une *voie artificielle*, que l'on crée en ouvrant le larynx pour mettre directement à découvert la tumeur. Enfin, dans certains cas, les accidents sont si brusques et si rapides, que le premier soin du chirurgien doit être de rétablir immédiatement le passage de l'air ; il lui faut, séance tenante, faire une opération palliative, pratiquer la *trachéotomie*. Quelquefois, cette dernière opération est exécutée pour permettre de suivre sans danger un traitement plus long par l'une des deux autres méthodes : elle devient alors une opération préparatoire et peut porter le nom de *méthode mixte*.

Nous exposerons donc successivement les indications et les contre-

indications du traitement des polypes du larynx par les deux méthodes suivantes : 1° *méthode des voies naturelles*; 2° *méthode des voies artificielles*.

I. *Traitement des polypes du larynx par la méthode des voies naturelles*. — C'est cette méthode que l'on doit employer toutes les fois qu'elle est applicable, et c'est presque toujours par elle que l'on doit commencer. L'enlèvement d'une tumeur du larynx par les voies naturelles ne présente aucun danger, cause peu de douleur et est toujours plus facilement acceptée par les malades; mais elle nécessite l'emploi du laryngoscope et des applications successives de cet instrument. La nature du polype s'oppose rarement à l'ablation par les voies naturelles. Le siège de la tumeur est quelquefois la source de difficultés opératoires considérables; malgré les succès de Bruns, de Voltolini, de Mandl, il ne semble pas que l'ablation d'un polype, situé au-dessous des cordes vocales, dans la trachée, soit une opération qui réussisse ordinairement.

Une autre objection plus sérieuse, selon nous, a été faite aux partisans exclusifs de la méthode par les voies naturelles: dans les cas de polype à très-large base, de papillome végétant, par exemple, l'extirpation reste incomplète et la récurrence est à redouter. Toutefois, il faut reconnaître que, par les deux méthodes, on observe des récurrences. Ainsi, sur 29 cas de Durham, où la thyrotomie fut faite, la récurrence se montra trois fois (15 pour 100), tandis que sur les 93 extirpations par la bouche, de Morell-Mackenzie, elle ne survint que six fois (6,50 pour 100). Peut-être les cas de Mackenzie sont-ils relatifs à des polypes solitaires et suspendus par un pédicule étroit, conditions trop favorables pour asseoir une statistique définitive.

Quand convient-il d'opérer les polypes du larynx? Règle générale, il est avantageux de les opérer le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que le diagnostic est fait. On évitera ainsi les accidents congestifs, l'œdème de la glotte et les troubles asphyxiques qui peuvent survenir, même avec les tumeurs les plus bénignes et les moins volumineuses.

D'ailleurs, au point de vue des indications, l'opération peut être *utile, nécessaire, urgente*. Elle est *utile*, lorsqu'il s'agit uniquement de troubles phonétiques peu accusés et intermittents; elle est *nécessaire* quand l'aphonie est complète, surtout quand on observe des accès de dyspnée et que la respiration, devenue insuffisante, entraîne des troubles généraux fâcheux. Dans ces conditions, les malades peuvent vivre des années sans que les troubles acquièrent une plus grande intensité, mais non sans détriment pour leur santé. Enfin, l'opération est *urgente* dès que les accidents asphyxiques deviennent imminents. C'est alors la laryngotomie ou la trachéotomie qu'il faut pratiquer.

Lorsque l'opération par les voies naturelles est décidée, le chirurgien doit soumettre son malade à un traitement préparatoire et habituer les organes à la présence des instruments et aux manipulations laryngoscopiques. Il simulera un certain nombre de fois l'opération, jusqu'à ce

qu'il ait obtenu la tolérance du malade pour les instruments, pendant un temps suffisant pour cette opération délicate.

Dans toutes les opérations sur le larynx, l'anesthésie locale est un excellent adjuvant. Le badigeonnage à l'aide d'une éponge ou la pulvérisation avec une solution de tannin, d'iode, d'alun, d'un mélange d'acide acétique et d'alcool, d'opium, de morphine, de chloroforme, d'éther, etc., ont été employés dans ce but. Isambert conseille l'usage, à l'intérieur, du bromure de potassium, qui produit l'anesthésie des nerfs du pharynx et du larynx.

Le traitement par les voies naturelles comprend deux sortes de moyens : A, les moyens *mécaniques*; B, la *cautérisation*.

A. *Moyens mécaniques*. — Lorsqu'on emploie les moyens mécaniques, on se propose d'enlever la tumeur par la bouche, soit en l'arrachant, soit en l'écrasant, soit en sectionnant le pédicule par lequel elle est suspendue aux parois du larynx.

Pour pratiquer ces diverses opérations, on a imaginé un très-grand nombre d'instruments que l'on trouvera décrits dans les traités spéciaux et dont nous devons seulement mentionner ici les principaux.

L'*incision*, applicable surtout aux petits polypes sessiles ou à pédicules larges, est une opération difficile. Elle se pratique à l'aide du *polypotome* de Bruns ou de la *lancette* de Morell-Mackenzie.

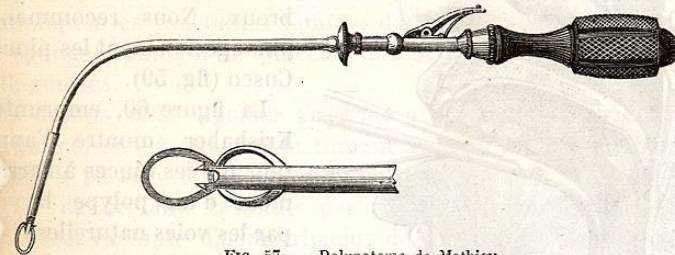


FIG. 57. — Polypotome de Mathieu.

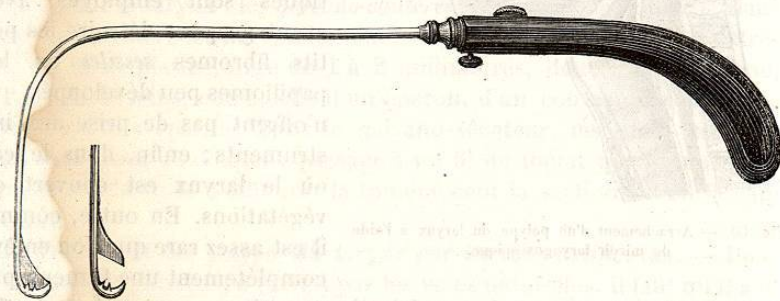


FIG. 58. — Polypotome de Collin.

L'*excision*, d'une exécution plus facile et plus sûre, exige l'emploi d'instruments construits sur le modèle de l'amygdalotome ordinaire; tel est celui représenté figure 57. Le polypotome de Collin (fig. 58) diffère

des précédents par la disposition de la lame coupante qui n'est pas annulaire et qui sectionne le polype de haut en bas.

L'écrasement est quelquefois employé dans certains cas de tumeurs vasculaires. Il consiste à broyer le polype sur place à l'aide de petites pinces spéciales.

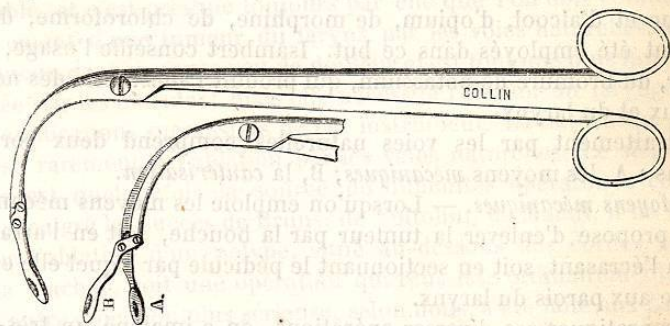


Fig. 59. — Pinces de Cosco fermées, et ouvertes (A, B).

Enfin l'arrachement constitue le procédé le plus généralement employé et celui qu'il convient de mettre le plus souvent en usage. Les instruments imaginés pour pratiquer l'arrachement sont très-nombreux. Nous recommandons plus spécialement les pinces de Cosco (fig. 59).

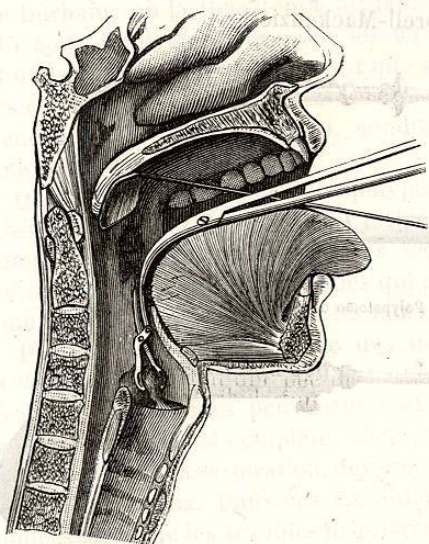


Fig. 60. — Arrachement d'un polype du larynx à l'aide du miroir laryngoscopique.

La figure 60, empruntée à Krishaber, montre l'application de ces pinces à l'arrachement d'un polype laryngien par les voies naturelles.

B. *Cautérisation.* — Les caustiques sont employés avec avantage pour détruire les petits fibromes *sessiles* ou les papillomes peu développés, qui n'offrent pas de prise aux instruments; enfin, dans le cas où le larynx est couvert de végétations. En outre, comme il est assez rare que l'on enlève complètement une tumeur par

les procédés mécaniques, la cautérisation constitue un complément utile de ces procédés.

Les caustiques que l'on emploie pour le traitement des polypes du larynx sont solides ou liquides. Parmi les premiers nous indiquerons le

nitrate d'argent fondu dans un porte-caustique spécial, le sulfate de cuivre, le caustique Filhos, etc. Il vaut mieux, en général, se servir de porte-caustiques cachés, comme celui qui est représenté figure 61, avec lesquels on peut pratiquer une cautérisation bien limitée. Parmi les caustiques liquides, on doit citer les solutions de nitrate d'argent, d'acide chromique, de perchlorure de fer à 30°; l'acide chlorhydrique fumant,

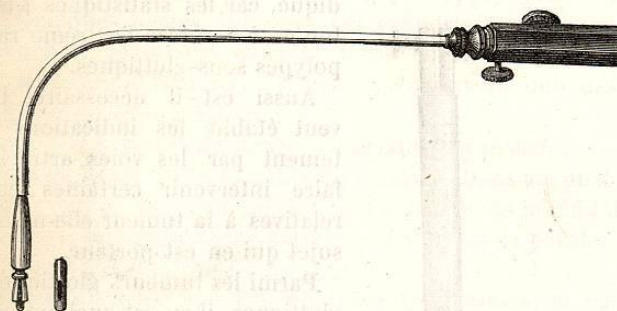


Fig. 61. — Porte-caustique laryngien.

l'ammoniaque. Morell-Mackenzie préfère beaucoup le perchlorure de fer et le sulfate de cuivre, mélangés avec la glycérine. L'acide acétique (parties égales d'eau et d'acide cristallisé) a donné d'excellents résultats. Pour appliquer les caustiques liquides dans le larynx on se sert tantôt d'une éponge, tantôt d'un pinceau, tantôt d'un pulvérisateur ou d'un compte-gouttes.

Nous devons enfin signaler l'opération *galvanocaustique* de Middeldorpf, qui consiste à attaquer la tumeur avec un fil de platine porté au rouge par le passage d'un courant électrique. D'après Voltolini (1), qui a obtenu de brillants résultats par ce moyen, l'opération serait peu douloureuse, exempte d'hémorrhagie; de plus, la résorption consécutive serait beaucoup plus active. Il y a deux sortes d'instruments électriques pour le larynx : les *galvano-cautères* et les *galvano-sécateurs*. Dans le galvano-cautère les fils conducteurs sont pleins et portent à leur extrémité un fil de platine large de 1 à 2 millimètres, dont la forme varie, suivant les besoins, entre celle d'un éperon, d'un couteau aplati, d'une pince ou d'une spatule. Dans le galvano-sécateur, les tubes conducteurs sont creux et donnent passage à un fil de métal qui forme anse, laquelle est destinée à entourer la tumeur pour la sectionner en la cautérisant.

II. *Traitement des polypes du larynx par les voies artificielles.* — Pour qu'un polype puisse être extrait par les voies naturelles, il faut qu'il soit accessible aux instruments, et conséquemment qu'il soit situé au-dessus ou au niveau de la glotte. S'il est intra-ventriculaire ou sous-glottique,

(1) Danjoy, *Arch. de méd.*, 1872.