

n'adhèrent pas l'une à l'autre et qu'il en résulte une fistule dont la guérison définitive ne sera obtenue que par l'extirpation *complète* de tout le trajet.

La membrane thyro-hyoïdienne est traversée sur ses parties latérales par l'artère et le nerf laryngés supérieurs.

En arrière de cette membrane, se trouve un espace rempli par du tissu cellulo-graisseux et des glandes. Nélaton pensait à tort que les kystes thyro-hyoïdiens avaient pour point de départ ces glandes épiglottiques.

Le peloton cellulo-adipeux placé entre l'épiglotte et la membrane est susceptible de s'enflammer à la suite de la laryngite œdémateuse ; il existe de la douleur au-dessous de l'os hyoïde et l'on a pu, dans quelques cas, reconnaître la fluctuation en pressant sur le foyer avec un doigt porté dans la bouche et l'autre sur le cou. Aussitôt l'abcès reconnu, il faudrait se hâter de l'ouvrir, soit par la bouche avec l'ongle, ou mieux, par le cou, en traversant la membrane thyro-hyoïdienne.

Plus profondément, on rencontre l'épiglotte et ensuite le pharynx.

Une plaie pénétrante de l'espace thyro-hyoïdien aboutira donc au pharynx et comprendra successivement : les couches superficielles : peau, aponévrose, muscles ; la bourse muqueuse de Boyer, la membrane thyro-hyoïdienne, le peloton cellulo-adipeux, les glandes épiglottiques et l'épiglotte. La plaie siégeant au-dessus des cordes vocales, la voix ne sera pas altérée.

En général, ces plaies sont assez graves. Un fragment d'épiglotte détaché pourrait tomber sur la glotte et déterminer une asphyxie immédiate ; le sang arriverait dans les bronches en grande abondance produirait le même résultat.

On peut pénétrer à travers l'espace thyro-hyoïdien pour extirper des tumeurs sus-glottiques inopérables par les voies naturelles. Vidal (de Cassis) et Malgaigne ont donné à cette opération le nom de *laryngotomie sous-hyoïdienne*. Par ce procédé, Follin enleva avec succès une dizaine de polypes implantés sur la muqueuse qui recouvre la face antérieure et la base des cartilages aryténoïdes. L'expression de *laryngotomie indirecte*, sous laquelle le Dr Planchon a désigné cette opération dans son excellent travail sur la laryngotomie, me paraît très exacte, car on n'ouvre pas le larynx proprement dit.

Ainsi qu'il résulte des expérimentations cadavériques faites par les D^{rs} Krishaber et Planchon, la voie sus-thyroïdienne ne donne accès que sur les tumeurs siégeant à la partie postérieure du larynx et au-dessus des cordes vocales supérieures.

Cartilage thyroïde. — Le plus volumineux des cartilages du larynx, *cartilage thyroïde*, occupe la partie supérieure et antérieure de cet organe. Il est composé de deux lames quadrilatères qui s'unissent entre elles de façon à former en avant un angle saillant désigné sous le nom de *pomme d'Adam*. Cet angle est facilement perçu avec les doigts, surtout chez l'homme, et constitue le point de repère le plus précieux pour toutes les opérations que l'on pratique sur le larynx. Sur la ligne médiane, le cartilage n'est recouvert que par la peau et l'aponévrose ; sur les côtés, il est, de plus, entouré par les couches musculaires signalées plus haut.

P.-A. Béclard a décrit au-devant de la saillie du thyroïde une bourse séreuse appelée antéthyroïdienne, qui peut être le point de départ d'un kyste du cou.

La hauteur du cartilage thyroïde sur la ligne médiane varie, en général, de 2 à 3 centimètres.