

L'orifice supérieur du larynx, c'est-à-dire l'espace circonscrit latéralement par les replis aryténo-épiglottiques, correspond au bord supérieur de ce cartilage : aussi, faut-il se rapprocher le plus possible de ce bord quand on veut agir sur la cavité laryngienne à travers l'espace thyro-hyoïdien.

La *glotte*, espace compris entre les deux cordes vocales inférieures, correspond à l'union du tiers supérieur environ avec les deux tiers inférieurs du cartilage thyroïde. Les *cordes vocales* se fixent en avant dans l'angle rentrant que forment les deux lames du cartilage thyroïde ; elles sont à peu près contiguës l'une à l'autre à ce niveau. Entre les cordes vocales supérieure et inférieure existe le *ventricule* du larynx ; il remonte en haut, de sorte que sa cavité répond environ au tiers supérieur du cartilage thyroïde.

De ces divers rapports découlent les conséquences pratiques suivantes : lorsqu'une tumeur occupera l'une des cordes vocales, l'espace ventriculaire, et, à plus forte raison, la portion sous-glottique du larynx, si elle ne peut être enlevée par les voies naturelles à l'aide des procédés modernes que l'on doit à la laryngoscopie, la seule opération rationnelle sera la thyroïdotomie, jadis proposée par Desault.

Je n'ai pas à décrire ici le larynx en particulier, ce qui est du ressort de l'anatomie descriptive, mais seulement ses rapports avec les autres organes de la région sous-hyoïdienne. L'étude du larynx intéresse surtout le physiologiste, et les diverses maladies dont il est atteint sont, pour la plupart, du domaine de la pathologie interne. Je ferai toutefois exception pour une affection dont la connaissance est toute moderne et due exclusivement à l'usage du laryngoscope : je veux parler des *polypes* du larynx.

Ces derniers ont été divisés en *fibreux*, *papillaires*, *glandulaires* et *muqueux*.

Le fibrome du larynx peut être sessile ou pédiculé. Il s'implante le plus ordinairement sur les cordes vocales.

Le polype papillaire, ou *papillome* du larynx, est le plus fréquent ; il est constitué par l'assemblage d'une série de petites saillies qui lui donnent la forme d'un chou-fleur ou d'une mûre.

Il s'insère d'habitude sur une assez large surface et occupe de préférence la partie antérieure des cordes vocales inférieures.

Le polype glandulaire, ou *adénome*, est, comme le fibrome, sessile ou pédiculé : il siège presque toujours sur la base de l'épiglotte et les ligaments aryténo-épiglottiques.

Le polype muqueux, ou *myxome*, est le plus rare des quatre.

L'aphonie, la toux et les troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à l'asphyxie, sont les phénomènes physiologiques que détermine la présence d'un polype du larynx. On peut reconnaître parfois leur présence avec le doigt, surtout chez les enfants, et s'ils occupent les replis aryténo-épiglottiques ou la base de l'épiglotte.

Il n'est pas très rare de constater l'expulsion de débris de polype dans une quinte de toux, et c'était même le seul signe certain de cette maladie avant l'emploi du laryngoscope. Aujourd'hui, l'examen laryngoscopique ne laisse pas de doutes sur l'existence, et souvent même sur la nature du polype.

Quant à la thérapeutique de ces polypes, quant à savoir dans quels cas l'extirpation doit être tentée par les voies naturelles, dans quels cas il convient