

dans toute l'étendue du gros intestin, sans autre altération.

OEsophage offrant dans sa partie supérieure les mêmes traces de diphthérie que la bouche avait présentées du vivant du malade.

Foie assez volumineux, offrant beaucoup plus de densité que dans l'état normal, parsemé d'une infinité de petits points blanchâtres qui, lorsqu'on examine l'organe avec soin, sont reconnus pour n'être autre chose qu'une altération spéciale de chacun des granules de la substance jaune du foie; quelques-uns de ces granules, plus altérés encore, sont d'un blanc mat, d'une densité squirreuse, et font un peu saillie à la surface du foie. De là résultent quelques inégalités de cette surface. Bile très-jaune, gélatiniforme.

La rate n'offre rien d'anormal; reins sains.

Vessie distendue par une quantité considérable d'urine.

Rien d'anormal aux ganglions mésentériques.

## APPENDICE.

DEUXIÈME OBSERVATION SUR UN CAS DE TRACHÉOTOMIE, SUIVIE DE CONSIDÉRATIONS SUR CETTE OPÉRATION DANS LES MALADIES DU LARYNX, PAR LE DOCTEUR FOURNET (1).

Constitution faible. Disposition congéniale à la phthisie. Rhumes fréquemment renouvelés et le plus souvent négligés. Enrouement. Difficulté de la respiration augmentant de plus en plus et menaçant bientôt de l'asphyxie. Marche assez lente d'abord, rapide ensuite. Effet d'abord douteux, puis nul des traitements employés. Opération de la trachéotomie. Amélioration de l'état du larynx. Mort d'une phthisie aiguë trois mois après l'opération.

Morin, tourneur, âgé de trente ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 24 juin 1836 (salle Sainte-Martine). Ce malade, d'une constitution faible et lymphatique, et d'une santé délicate, ne put nous donner que des renseignements incomplets sur l'origine et la marche de son affection. Cependant il la faisait remonter à plus de dix-huit mois : depuis cette époque il était toujours resté sujet à des rhumes fréquents, à des maux de gorge et à de l'enrouement. Ce dernier augmentait de plus en plus à chaque nouveau rhume. Trois mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, on fut obligé, pour une pareille récrudescence, de lui appliquer des sangsues à la gorge. D'après quelques autres détails fournis par le malade, il paraîtrait que sa mère et un de ses frères sont morts phthisiques; il paraîtrait de plus que

(1) Cette observation, et les réflexions qui l'accompagnent, doivent être placées à la suite d'une autre observation analogue qu'on a lue plus haut.



lui-même, dans les derniers temps, a été mis à l'usage de l'iode par un médecin de son pays.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, il était faible, assez pâle, un peu maigre. La voix était rauque, cassée, avec sentiment de douleur, ou plutôt de gêne dans la gorge et la région du larynx, à laquelle le malade portait souvent les mains. Expectoration peu abondante, visqueuse, dense, à la suite des quintes de toux et d'étouffements. D'abord assez éloignées et assez légères, ces quintes ont acquis insensiblement plus de fréquence et d'intensité. Pendant leur durée, la respiration était accélérée, très-haute, très-difficile, bruyante dans les deux temps, quelquefois même un peu sifflante; la face du malade anxieuse, les traits tirillés. Hors ce temps le malade était calme, et la respiration seulement un peu bruyante et accélérée. L'exploration de la poitrine donnait le résultat suivant : Un son naturel à droite et à gauche; une respiration obscure, peu expansive, peu vésiculaire, et sans aucun autre bruit anormal qu'un peu de bruit de craquement, douteux dans les premiers jours, tant il était faible, mais qui ensuite, au commencement du mois de juillet, parut devenir plus persistant et plus distinct, quoique restant toujours fort léger. Tous ces signes étaient localisés dans les régions sous-claviculaires et plus marqués à gauche qu'à droite. Le malade d'ailleurs offrait un état fébrile vague, peu constant, peu régulier, accompagné d'assez de sécheresse à la peau. Des gargarismes, des cataplasmes émollients sur le cou, des sangsues appliquées sur les parties latérales du larynx, en petit nombre et à plusieurs reprises, des bains de pieds, un régime adoucissant à l'intérieur, tels furent, pendant les quinze premiers jours, les moyens employés. Leur effet, d'abord incertain, devint ensuite décidément nul, et dès lors l'état du malade ne cessa de s'aggraver, mais d'une manière lente.

Vers le 8 juillet, on remarqua que la voix devenait beaucoup plus basse, plus rauque, plus étouffée, et la respiration de plus en plus difficile, laryngée et sifflante. Les jours suivants ces symptômes augmentèrent avec une rapidité étonnante : le malade, dans un état d'orthopnée continuelle, était en proie de temps en temps à des accès de suffocation encore plus menaçants, qui ne cessaient que par l'expulsion convulsive d'une petite masse de mucosités denses et visqueuses. Depuis les premiers jours de juillet, on avait fait frictionner la région laryngée avec la pommade d'Autenrieth : un assez grand nombre de pustules étaient apparues; elles provoquèrent une cuisson assez vive, mais n'amènèrent aucune amélioration, pas même momentanée dans la dyspnée; des sangsues furent appliquées les 10 et 11 juillet sur les parties latérales du larynx, et n'amènèrent aucun résultat. Le 11 au soir, cherchant à retarder de plus en plus l'imminence de la trachéotomie, en éloignant celle de l'asphyxie, je lui fis appliquer un vésicatoire sur la partie antérieure du cou. La vésication prit parfaitement, quoique le malade n'en sentit presque pas la douleur; mais le lendemain matin, loin d'être dans un meilleur état, le malade ne fit que tomber dans une orthopnée de plus en plus croissante, et le 12 au soir sa face était pâle, terreuse, d'une teinte un peu violacée vers les orifices muqueux; la langue tout-à-fait décolorée et un peu violacée en même temps; le froid des extrémités; la sueur visqueuse, désagréable au toucher, qui occupait tout le corps, le froid cadavérique de la face et du haut de la poitrine, tout annonçait que dans peu de minutes le malade n'existerait plus. D'une voix mourante et entrecoupée, il demandait l'opération : je la pratiquai immédiatement, aidé de deux de mes confrères, internes à l'Hôtel-Dieu : le cas avait été prévu, car, à la visite du matin, les médecins de service, MM. Jadioux et Piédagnel, m'avaient



engagé à pratiquer l'opération si, dans l'imminence de l'asphyxie, elle me paraissait offrir encore quelque ressource.

Depuis plusieurs jours, le malade ne pouvait supporter que la position verticale; cependant nous l'engageâmes à faire effort pendant quelques instants: il se plaça sur le dos, la tête un peu renversée en arrière, mais la dyspnée s'en trouva beaucoup augmentée, la respiration commença à devenir convulsive, et nous fit prévoir une opération très-laborieuse. La fosse sus-sternale était profonde; le doigt, porté dans cette fosse, sentait les pulsations d'une artère thyroïdienne moyenne, et la trachée, dont on sentait les anneaux, ne semblait séparée de la peau que par une très-petite épaisseur. On va voir combien cette dernière sensation était trompeuse. Avec un bistouri à lame convexe, je fis, sur la ligne médiane, une incision qui, partant du cartilage cricoïde, s'étendit jusqu'à la fourchette du sternum, et découvrit le tissu cellulaire sous-cutané. Il ne s'échappa encore qu'une petite quantité de sang veineux; le doigt, porté dans la plaie, ne sentit plus les pulsations de l'artère thyroïdienne moyenne; néanmoins, pour l'éviter, j'eus soin, dans les incisions secondaires, de porter toujours le bistouri dans la même direction rectiligne, et j'eus le bonheur de réussir. A mesure que de nouvelles couches du tissu cellulaire médian étaient incisées, on était étonné de l'intervalle qui séparait la peau et la trachée, et cet intervalle était encore augmenté par les mouvements de cet organe, qui semblait fuir devant le bistouri. De plus, obéissant aux mouvements convulsifs de la respiration, la trachée s'élevait et s'abaissait brusquement, et ajoutait encore à la difficulté qu'avait le doigt, introduit dans la plaie, à reconnaître la véritable position des anneaux cartilagineux. Un dernier coup de bistouri, donné dans le même sens que les autres, dans le but de découvrir davantage la trachée, fut immédiatement suivi

d'un assez gros jet de sang artériel, qui s'échappait de la partie profonde de l'angle supérieur de la plaie, et était lancé de gauche à droite (1). Aussitôt la plaie et le cou furent inondés de sang, qui se renouvelait aussitôt qu'on l'avait absorbé avec l'éponge. Dans ce moment, l'asphyxie du malade devint aussi imminente que possible, son larynx ne se soulevait plus que lentement, mais convulsivement, son anxiété était extrême, et ses efforts d'inspiration irréguliers et profonds; la circulation locale se troublait de plus en plus, et la quantité de sang qui inondait la plaie ne faisait qu'augmenter. Cependant je saisis assez facilement, avec des pinces, l'extrémité du vaisseau; une première ligature, un peu précipitée, comprit les pinces dans l'anse de fil; mais une seconde ligature arrêta le jet artériel. Me hâtant aussitôt de faire éponger le sang de la plaie, mon indicateur gauche (2), introduit dans celle-ci, servit de conducteur à la pointe d'un bistouri que je plongeai dans la trachée, malgré que la plaie se fût de nouveau remplie de sang; le tranchant en fut immédiatement dirigé en haut, et, dans un second mouvement, j'incisai de bas en haut deux anneaux au moins de la trachée, profitant autant que possible, pour faire cette incision, de la fin d'une inspiration. Aussitôt une expiration brusque, bruyante, chassa devant elle tout le sang de

(1) Cette hémorrhagie n'était certainement due ni à la lésion du corps thyroïde ni à celle de l'artère thyroïdienne moyenne dont j'ai parlé plus haut. Suivant toutes les apparences, l'artère ouverte était une des branches internes que la thyroïdienne inférieure envoie autour de la partie supérieure de la trachée, avant de pénétrer dans le corps thyroïde.

(2) Les mouvements convulsifs dont se trouvaient agités le larynx et la trachée, la grande vitesse de mouvements à laquelle m'obligeait la mort de plus en plus menaçante du malade, ne me permirent pas de compter exactement le nombre des anneaux de la trachée que je laissais au-dessus du point de ponction,



la plaie; le malade se trouva subitement dans un état tout autre; la voix cessa, la respiration devint moins laborieuse et moins convulsive, la coloration violacée du cou et de la plaie diminuèrent rapidement, et plusieurs inspirations et expirations se succédèrent brusquement, les expirations rejetant à l'extérieur, mêlé à des mucosités filantes, le sang qui avait été attiré de la plaie par les inspirations. Mais déjà le malade avait été mis à son séant, et, profitant d'un mouvement d'inspiration, j'avais introduit dans l'ouverture de la trachée l'extrémité mousse et un peu plane des deux branches réunies d'une pince à pansement; alors, séparant doucement les anneaux de la pince, la plaie de la trachée fut dilatée, j'abandonnai la pince à ma main gauche, qui la maintint ouverte et abaissée, tandis que de la droite, glissant entre les branches de la pince, jusque dans l'ouverture béante de la trachée, l'extrémité d'un bistouri boutonné, le tranchant tourné en haut, je débridai dans ce sens deux autres anneaux de la trachée, jusqu'au cartilage cricoïde, qui fut même un peu entamé par son bord inférieur. La pince, restée dans la trachée, en dilatait l'ouverture, mais l'irritation causée par sa présence provoquait beaucoup d'efforts convulsifs de toux. Cependant les mouvements respiratoires se régularisèrent, la toux diminua insensiblement, mais reparut par quintes extrêmement intenses, à chaque tentative que nous fîmes pour introduire une canule dans la trachée. L'extrême sensibilité qui en résultait, les mucosités sanguinolentes qui s'engageaient dans son ouverture, le retour à l'orthopnée, et les efforts brusques et multipliés de toux qui suivaient, obligeaient de la retirer tout de suite, tant à cause de l'insuffisance de la respiration, qu'à cause de la douleur que sa présence occasionnait. Pendant près de deux heures, nous fîmes obligés de dilater la plaie de la trachée, soit avec des pinces, soit avec deux crochets mousses faits en fil de fer re-

courbé, dont les extrémités, introduites dans la trachée, attireraient en dehors chaque lèvre de la plaie trachéale. Ces crochets fatiguaient moins le malade; ils avaient l'avantage d'être plus facilement maintenus en place dans la trachée, et d'en dilater plus régulièrement l'ouverture; mais ils nécessitaient l'emploi de deux mains au lieu d'une. Enfin, à une nouvelle tentative, la canule put être supportée; on la fixa dans la plaie avec un fil lié sur le côté du cou. Dès ce moment, le malade fut de mieux en mieux, respirant bien, riant même quelquefois, expectorant de temps en temps, par l'ouverture de la canule, des masses assez considérables d'un mucus sanguinolent et très-filant. Son pouls, qui avant l'opération était d'une extrême petitesse, prit de la force et de la fréquence; la soif devint assez vive, une réaction assez forte s'alluma; cependant le malade dormit presque toute la nuit. Malgré la présence de la canule, les mouvements de déglutition s'opéraient parfaitement. (*Réunion de l'angle inférieur de la plaie au moyen d'une bandelette de diachylon; cataplasme émollient sur le haut du cou et sur la partie antérieure de la poitrine; julep gommeux, avec huit grains de tartre stibié.*)

Le 13, à six heures du matin, le malade tomba presque subitement dans une très-grande orthopnée. La canule s'était oblitérée: une couche épaisse et fort adhérente d'une matière rougeâtre, grasse, très-visqueuse, en occupait tout l'intérieur; je fus obligé de la retirer pour en placer une autre. Une grande quantité de mucosités sanguinolentes, qui se trouvaient retenues dans la trachée, furent rejetées à l'extérieur par de violents efforts d'expiration: la respiration aussitôt redevint libre, mais insensiblement la dyspnée reparut. Le bruit respiratoire, par l'augmentation croissante de son intensité, annonça que la canule s'oblitérait de nouveau. En effet,



vers les neuf heures, on fut encore obligé de la retirer. Dans ce moment, les efforts convulsifs du malade, l'irrégularité de la respiration, la réplétion veineuse de toutes les parties voisines de la plaie, déterminèrent un peu d'hémorrhagie ; une partie du sang engouffré dans la trachée par les inspirations, augmentait encore l'imminence de l'asphyxie ; une sueur froide et gluante couvrait la poitrine du malade : cependant je maintenais béante avec les pincés l'ouverture de la trachée, et à chaque expiration, je retenais avec un linge les mucosités sanguinolentes que la colonne d'air expirée repoussait au dehors, et que l'inspiration tendait à refouler dans la trachée. Au bout de quelques instants, le calme se rétablit un peu ; la quantité des mucosités rejetées au dehors diminua ; les symptômes d'asphyxie cessèrent : je pus remettre en place la canule et retirer les pincés. L'hémorrhagie veineuse s'arrêta ; mais il s'écoulait encore du point où avait été placée la ligature une assez grande quantité de sang artériel, qui heureusement trouva un écoulement facile au dehors, et ne pénétra point du tout dans la trachée. Le rétablissement du calme, le repos parfait suffirent pour arrêter cette hémorrhagie.

Pour changer la canule oblitérée, l'extrémité de la pince à pansement était portée dans l'angle inférieur de la plaie trachéale, au-dessous de la canule ; alors les branches, légèrement ouvertes, étaient glissées sur les côtés de la canule ; celle-ci était retirée, et immédiatement une autre était glissée à sa place dans l'intervalle des pincés, qui, pendant ce temps, maintenaient écartés les bords de la plaie. De cette manière, la respiration ne cessait point de se faire, et l'on n'avait aucun obstacle à surmonter, aucune confusion à faire éprouver à la plaie, aucune toux ou respiration convulsive à provoquer pour mettre en place une nouvelle canule ; mais il fallait, pour que cette manœuvre si avantageuse fût possible,

s'être ménagé une large ouverture à la plaie extérieure et à la trachée : c'est ce qui avait été fait.

La canule s'oblitéra encore plusieurs fois ; mais, au lieu de la changer, ce qui provoquait toujours un peu de douleur et de sang, et faisait craindre une nouvelle hémorrhagie, je me servis, pour la désobstruer, d'un petit écouvillon en crin, du diamètre de la canule. L'écouvillonnage était fait de la manière suivante : Avec de fortes pincés, tenues de la main gauche, la canule, saisie par son rebord ou par son anse, était rendue immobile ; alors l'écouvillon, légèrement trempé dans l'eau, ou dans l'huile, était poussé jusqu'au fond de la canule, non pas directement, ce qui aurait rejeté dans la trachée les mucosités qui l'obstruaient, mais bien en spirale, car alors la matière visqueuse plus ou moins compacte collée sur ses parois s'engageait dans les intervalles de chaque verticille de crins, et était retirée avec l'écouvillon : celui-ci était nettoyé, et on recommençait ainsi à plusieurs reprises. Quand l'obstruction de la canule était considérable, on était obligé de se servir d'abord d'un écouvillon de petit diamètre, parce qu'un trop grand diamètre exigeant plus d'efforts de la part de l'opérateur, exposait davantage à déplacer la canule, et obligeait le malade à suspendre plus long-temps sa respiration. Une précaution importante, en effet, était de convenir avec le malade qu'au moment où l'écouvillon serait porté dans la canule, il suspendrait sa respiration ; sans cela elle se trouvait brusquement supprimée, et il en résultait de la toux et des efforts convulsifs qui obligeaient à enlever bien vite l'écouvillon, et exposaient à déplacer la canule.

Sur la fin de chaque manœuvre, quand, pour achever le nettoyage de la canule, on humectait l'écouvillon, soit d'huile, soit d'eau pure, il fallait ne pas le trop charger de liquide, car alors quelques gouttes tombaient dans la trachée, et don-



naient lieu immédiatement à des efforts de toux convulsive, qui avaient l'inconvénient que je viens d'indiquer. Si dans l'écouvillonnement on portait trop loin, et surtout si l'on poussait trop brusquement l'écouvillon, les crins venaient irriter la muqueuse de la trachée, et de plus se trouvaient arrêtés par le contour de l'extrémité trachéale de la canule. Il en résultait tout à la fois des efforts convulsifs de la part du malade, et de la part de l'opérateur, le danger d'entraîner la canule au dehors en retirant l'écouvillon, danger d'autant plus grand que les efforts convulsifs du malade obligeaient à un peu de précipitation dans les mouvements: aussi avais-je reconnu l'importance de maintenir toujours avec le plus grand soin, au moyen de pincés, l'immobilité de la canule.

Après chaque écouvillonnement, le malade était bien parfaitement calme, et la respiration, quoique se faisant par un tuyau métallique, ne faisait pas plus de bruit que la respiration naturelle par le larynx. Mais cet état durait peu de temps, à cause de la facilité avec laquelle la canule s'obstruait: il fallait écouvillonner toutes les deux heures, et même quelquefois toutes les heures. On en était averti par une respiration plus bruyante et par le retour de l'oppression.

L'obstruction de la canule devint ensuite de plus en plus rare, et l'écouvillonnement ne fut plus pratiqué que de loin en loin, de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures, comme précaution plutôt que comme nécessité. Un bon moyen de prévenir l'adhérence des mucosités avec la canule était de tremper l'écouvillon dans un peu d'huile: on éloignait par là les époques d'écouvillonnement.

Face assez fortement colorée, avec un peu d'expression fébrile; pouls développé et fréquent, dans la journée, et le soir plus de calme dans le pouls, plus d'expression de bien-être; bon sommeil à plusieurs reprises; peau d'une bonne

moiteur: tel était l'état satisfaisant du malade. Lui-même manifestait par des signes son contentement, et ne paraissait point être affecté de la perte de la voix: j'avais eu le soin de l'en prévenir et de l'y préparer. Il commença, le soir, à se plaindre d'un peu de douleur trachéale, occasionnée par l'extrémité de la canule. Les mucosités rejetées par l'expiration étaient devenues de moins en moins sanguinolentes: à huit heures du soir elles étaient presque incolores. (*Compresses continuellement imbibées d'eau froide, sur les parties latérales et antérieures du cou; potion avec huit grains de calomel; sinapismes aux pieds; eau sucrée pour boisson.*) Une gaze fine, soutenue par une petite grille de fil de fer, était placée au devant de l'ouverture de la canule, pour empêcher la poussière ou tout autre corps d'y pénétrer.

Dans la nuit, la canule put rester six heures sans écouvillonnement.

Le 14, à quatre heures du matin, même après la désobstruction de la canule, la respiration était plus oppressée que la veille, la face plus animée, le pouls plus fréquent, plus développé, et surtout plus dur; peu de sensibilité à l'épigastre; chaleur et moiteur générales de la peau. A l'auscultation, respiration petite, faible, incomplète, peu expansive, sans bruit vésiculaire, mais sans aucun mélange de râle quelconque. En avant et à gauche, l'expansion pulmonaire était encore moins sensible. Son très-pur dans toute la partie antérieure de la poitrine; expectoration trachéale très-spumeuse, très-légèrement colorée en brun rougeâtre, incolore dans quelques parties. Je lui fis une saignée de trois palettes, après laquelle le malade se trouva mieux. Une selle solide, abondante; urines naturelles. Pendant le reste de la journée du 14, et pendant la nuit suivante, le malade fut parfaitement



bien ; l'ensemble fébrile que je viens de noter avait cessé complètement.

Vers les deux heures de l'après-midi, les environs de la plaie étaient salis par un peu de suppuration roussâtre ; la plaie elle-même était béante, ses bords rouges et gonflés, et en dessous de la légère couche de pus roussâtre qui la recouvrait, sa surface commençait à offrir quelques petits mamelonnements charnus. Au fond de la plaie, on remarquait que l'ouverture de la trachée aurait pu recevoir une canule d'un diamètre presque double ; aussi celle qui s'y trouvait était-elle parfaitement libre. C'était une canule à lorgnette (1) ; sa longueur et sa courbure ordinaires suffisaient parfaitement la veille à l'espace compris entre la peau et la trachée, mais le gonflement survenu, gêné et contrarié par son large rebord, m'obligea à l'allonger en faisant ressortir du tuyau principal la portion rentrante ou accessoire. Le pansement que j'employai ce jour-là et les jours suivants fut très-simple : 1° deux bandelettes de diachylon, coupées curvilignes, pour les accommoder à la forme du cou, placées transversalement, immédiatement au-dessus et au-dessous de la canule, retenaient celle-ci dans des limites étroites, lui formaient un point d'appui pour l'empêcher de s'enfoncer dans la plaie, et enfin maintenaient les bords de cette dernière dans un état de rapprochement convenable ; son angle inférieur n'était que peu réuni, afin de laisser au pus un libre écoulement. 2° Deux lames de diachylon étaient collées par leurs surfaces emplastiques, de manière à former une plaque de diachylon solide. On découpait cette plaque en ovale échancré en haut et en

(1) C'est-à-dire composée de deux parties articulées entre elles, et dont l'une, entrant et ressortant à volonté, est destinée à allonger la canule au besoin.

bas, sur le milieu de la longueur de ses bords : percée à son centre d'une ouverture du diamètre de la canule, celle-ci était glissée dans ce trou, et son bord venait appuyer sur la plaque de diachylon. Deux fils attachés à chaque anse de la canule passaient au devant de la plaque de diachylon, traversaient une petite ouverture pratiquée à chaque extrémité de l'ovale, et étaient ensuite ramenés autour du cou, pour être noués en rosette sur l'un des côtés. Ce petit appareil de pansement avait plusieurs avantages : il n'était point gênant pour le malade, il laissait un libre écoulement par en bas, maintenait la canule d'une manière invariable, empêchait qu'elle ne fût rejetée au dehors, mettait obstacle à ce qu'elle s'enfonçât vers la plaie, et garantissait de son action contusive les parties gonflées placées au-dessous ; de plus, il avait l'avantage de constituer un pansement extrêmement simple, très-propre, et très-facile à renouveler, sans qu'on eût besoin d'enlever la canule. Il suffisait pour cela de fendre le bord supérieur de cette plaque jusqu'à l'ouverture centrale, et, en écartant les bords de cette fente, de la mettre en place, en la glissant de bas en haut derrière le rebord de la canule. Une languette de diachylon, qu'on s'était ménagée dans la lame antérieure de la plaque, servait à rétablir la continuité détruite par la fente. Tel a été le mode de pansement employé pendant le séjour du malade à l'Hôtel-Dieu.

Dans la soirée du 14, on remarqua que la respiration ne se faisait pas seulement par la canule, mais qu'une petite colonne d'air traversait le larynx, et s'échappait par les fosses nasales. On pouvait même, pendant un moment, supprimer impunément la colonne d'air qui pénétrait par la canule, attendu que celle qui traversait le larynx pouvait lui suppléer, mais seulement pendant un temps fort court ; si, sur la fin d'une longue inspiration, on bouchait l'ouverture de la canule, et qu'on enga-



geât le malade à parler, il proférait quelques mots à voix basse. Or, rien de tout cela n'était possible la veille ; on ne pouvait donc se refuser à croire que déjà, par le fait de la cessation de ses fonctions, l'état du larynx ne se fût amélioré un peu.

Toute la journée et toute la nuit, le malade alla du reste très-bien, offrant seulement un très-léger état fébrile. Des quintes d'une toux très-forte et convulsive se déclarèrent sur le soir, mais cessèrent peu de temps après l'administration d'un julep gommeux, dans lequel je fis mettre deux grains d'extrait de belladone.

La journée du 15 fut au moins aussi bonne que la veille : pouls un peu fort, légèrement fréquent ; face un peu animée ; peau chaude, moite ; langue large et recouverte d'un enduit blanc, visqueux ; ventre naturel. Le soir, l'état fébrile était encore moindre. La nuit, il n'eut que peu de sommeil, ce qu'il attribua à un peu de toux convulsive qu'il avait éprouvée. A l'auscultation de la poitrine, on ne put qu'avec beaucoup de peine saisir un peu de bruit de dilatation pulmonaire (pas du tout de bruit d'expansion vésiculaire), on n'entendait autre chose que le bruit que faisait l'air en pénétrant par la canule. Du reste, l'auscultation et la percussion donnèrent le même résultat que le 14. Le 15, au soir, répétant l'expérience de la veille, j'engageai le malade à parler, tandis que je bouchais l'ouverture de la canule, et il dit d'une voix haute, bien articulée, assez pure, qu'il se trouvait on ne peut mieux. Il pouvait également, beaucoup mieux que la veille, supporter pendant quelques instants la respiration laryngée ; l'amélioration de l'état du larynx avait donc fait, depuis vingt-quatre heures, des progrès incontestables. Les mucosités rejetées par la canule étaient spumeuses et tout-à-fait incolores, comme l'expectoration la plus naturelle.

Le 16 la suppuration, un peu plus considérable, tendait

à s'accumuler dans le fond de la plaie, et à pénétrer dans la trachée par l'angle inférieur de son incision, que ne pouvait remplir la convexité de la canule : alors, quand cette pénétration avait lieu, le malade était pris de violentes quintes de toux. Cette stagnation du pus dans le fond de la plaie avait surtout de la tendance à se produire quand on réunissait trop étroitement. Cependant, lorsque l'angle inférieur de la plaie des tégu-ments restait bien libre, le pus s'écoulait assez bien au dehors.

Le soir, pendant un écouvillonnement, au moment où l'écouvillon pesait sur la portion trachéenne de la canule (canule à lorgnette), sa portion extérieure étant retenue par la pince, l'articulation mal consolidée qui réunissait ces deux parties se brisa, et aussitôt, les deux portions se séparant, l'une, extérieure, resta saisie par la pince, tandis que l'autre, devenue libre, s'enfonça profondément dans la trachée. Heureusement, j'enlevai rapidement l'appareil, et la plaie des cerceaux cartilagineux restant béante, je pus, avec des pinces plongées profondément dans la trachée, saisir et retirer cette portion de canule. Sans la courbure qu'elle présentait, elle serait probablement descendue jusque dans les bronches, et l'asphyxie, qui commençait déjà à menacer, en eût probablement été la suite. On conçoit par ce fait toute l'importance qu'il y a à n'employer de canules à lorgnettes que celles dont l'articulation est bien éprouvée. Dans cette manœuvre rapide et difficile, je fus extrêmement favorisé par l'état de la plaie extérieure, et surtout de la plaie de la trachée, qui, quoique n'étant plus soutenues par aucune dilatation, restèrent cependant complètement béantes. Deux jours auparavant, l'extraction de cette portion de canule eût été extrêmement difficile, par le resserrement élastique des bords de l'incision trachéale. Quoi qu'il en soit, il est important de constater l'époque où l'élasticité des cerceaux cartilagineux se trouva en quelque sorte