

dehors de la poche, entre celle-ci et les capillaires, mais, je le répète, intervenez seulement lorsque les accidents vous y obligent, car la tumeur peut rester stationnaire et même guérir spontanément.

Je ne crois pas devoir indiquer ici les procédés que je conseille pour la ligature des artères carotide primitive et sous-clavière. Je renvoie à cet égard le lecteur à mon *Traité d'anatomie topographique*, où ces points de médecine opératoire se trouvent traités et discutés en détail à propos des régions qu'occupent ces organes.

4° FISTULES DU COU.

On observe au cou des fistules de nature très diverse.

Une fistule peut résulter de la fonte d'un ganglion tuberculeux le plus souvent ouvert spontanément, *fistule ganglionnaire*.

Il n'est pas rare d'observer à la région sus-hyoïdienne une fistule ayant pour origine une dent de la mâchoire inférieure : *fistule dentaire*.

Une arthrite vertébrale, une lésion de la clavicule ou du sternum, peuvent donner naissance à un abcès par congestion et ultérieurement à un trajet fistuleux : *fistule osseuse*.

On peut comprendre avec cette dernière la fistule qui résulte d'une lésion inflammatoire chronique des cartilages du larynx.

À l'ouverture des voies aériennes et en particulier de la trachée peut succéder un trajet fistuleux : *fistule aérienne*.

Enfin le cou est le siège de fistules d'un caractère tout spécial, liées au développement de la région, *fistules branchiales*, auxquelles il convient de rattacher les fistules *thyro-hyoïdiennes*.

Les fistules ganglionnaire, dentaire, osseuse, aérienne, sont *acquises*, tandis que les fistules branchiales sont *congénitales*.

La *fistule ganglionnaire* du cou siège de préférence dans la région sus-hyoïdienne latérale, où sont accumulés les ganglions lymphatiques. Après avoir suppuré un certain temps, le trajet se cicatrise parfois spontanément, et c'est à peine s'il mérite alors le nom de fistule, puisqu'il n'a pas eu le temps de s'organiser. Mais il peut persister et, lorsqu'il a résisté à l'emploi des moyens ordinaires : teinture d'iode, poudre d'iodoforme, etc., le meilleur mode de traitement consiste à le fendre et à nettoyer les parois avec la

curette tranchante, à employer, en un mot, le traitement que j'ai recommandé plus haut pour la cure des abcès froids.

Il importe de ne pas confondre une fistule d'origine ganglionnaire avec une *fistule dentaire*. La confusion se fait d'autant plus volontiers que, l'orifice siégeant quelquefois assez loin des arcades dentaires, on ne songe même pas à invoquer cette cause. Il faut surtout penser à une évolution vicieuse de la dent de sagesse lorsque la fistule occupe les parties latérales. J'ai vu des fistules de la région sus-hyoïdienne médiane ou latérale résister pendant plusieurs années à toute espèce de traitement et disparaître en quelques jours après l'avulsion de la dent malade.

Je n'ai rien à dire des fistules cervicales d'origine osseuse ou cartilagineuse; elles n'empruntent rien de spécial à la région.

Les *fistules aériennes* reconnaissent presque toujours pour cause un traumatisme (on peut négliger dans la pratique les fistules aériennes congénitales en raison de leur rareté). Elles peuvent siéger sur le larynx, dans l'espace thyro-hyoïdien, mais les fistules trachéales sont les plus fréquentes. Ces dernières succèdent parfois à une plaie transversale du cou, principalement à celles qui intéressent toute la circonférence de la trachée. J'en ai déjà indiqué plus haut le mécanisme : le bout inférieur se rétracte vers le médiastin; le bout supérieur cessant de fonctionner se resserre peu à peu et finit par s'obstruer, d'où la nécessité de suturer entre eux les deux bouts de la trachée, afin d'éviter ce grave accident qui entraîne la perte de la voix.

Plus rarement la fistule est consécutive à l'opération de la trachéotomie. Le mécanisme est alors différent du précédent. Il faut, en effet, pour qu'une fistule s'établisse dans ce cas, que la muqueuse trachéale vienne se souder avec la peau de façon à ne former qu'une seule et même membrane. Or cette fusion est difficile en raison de l'adhérence de la muqueuse trachéale et de son peu de mobilité : aussi peut-on laisser très longtemps en place une canule à trachéotomie sans craindre la persistance d'un trajet fistuleux. On observe plutôt le contraire, c'est-à-dire la tendance à une occlusion rapide.

Le rétablissement du conduit trachéal, lorsque le bout supérieur est oblitéré, présente de sérieuses difficultés et ne saurait d'ailleurs être soumis à des règles fixes. Une opération de ce genre

fut pratiquée avec succès par Dolbeau, et je ne crois pas devoir reproduire ici le procédé opératoire employé par ce chirurgien. Le lecteur le trouverait en détail dans la thèse du D^r Planchon (1869).

La fistule simple de la trachée ne peut être guérie qu'à l'aide d'un lambeau autoplastique. La difficulté consiste à empêcher le

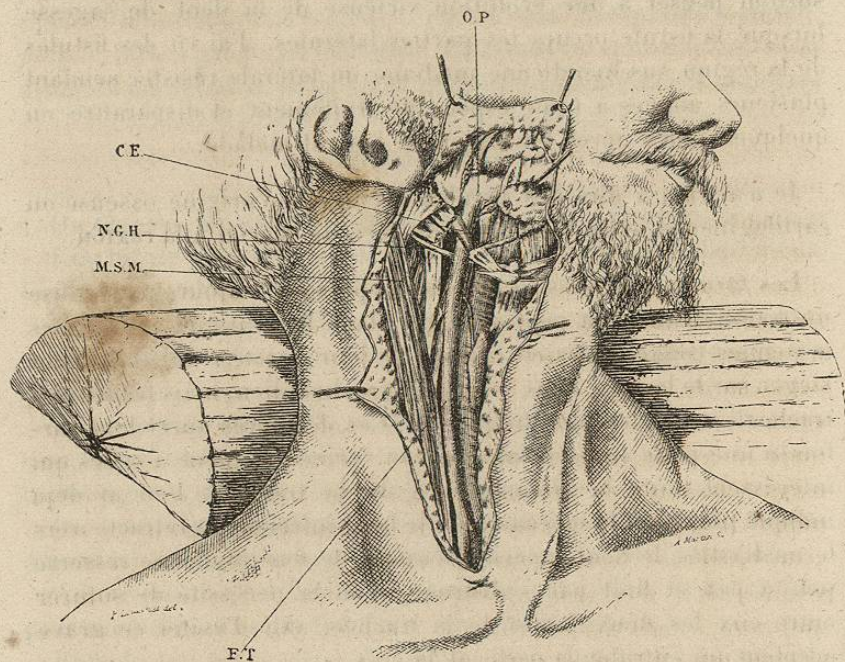


Fig. 51. — Fistule congénitale du cou dans ses rapports avec les divers organes de la région; la mâchoire inférieure a été sectionnée pour découvrir la face latérale du pharynx.

C. E., artère carotide externe
F. T., trajet fistuleux;

M. S. M., muscle sterno-cléido-mastoïdien;
N. G. H., nerf grand hypoglosse.

passage de l'air et la production de l'emphysème. Pour y réussir, la suture devra être aussi serrée que possible.

Les fistules *branchiales* ou *congénitales* du cou présentent un très faible intérêt pratique, en raison de leur rareté et de l'absence d'indications opératoires; je devrais peut-être même, dans un ouvrage du genre de celui-ci, me contenter d'en signaler l'existence: cependant, comme je suis assez heureux pour en mettre un bel exemple sous les yeux du lecteur (fig. 51), je m'y arrêterai un instant. La pièce

représentée provient d'un homme adulte mort dans mon service d'une affection tout à fait indépendante de la fistule, et elle a été dessinée sous mes yeux par mon élève M. Loïsnel.

La figure 52 la reproduit avec ses dimensions normales.

Rappelons que dans les premières phases de la vie embryonnaire les feuilletts du blastoderme, accolés, affectent au-dessus du capuchon céphalique la forme de quatre lamelles latérales dont les extrémités convergent vers la ligne médiane. Ce sont les arcs branchiaux ou viscéraux séparés par les fentes branchiales ou viscérales. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est que les deux dernières fentes branchiales font à cette époque largement communiquer l'entonnoir pharyngien avec l'extérieur. Or ces fentes s'oblitérent de très bonne heure sans donner naissance à aucun organe, mais l'oblitération peut être incomplète, d'où la production de fistules congénitales qui font communiquer le pharynx avec l'extérieur.

Non seulement ces simples notions d'embryogénie permettent de comprendre une fistule aussi singulière que celle que je représente ici, mais elles jettent encore une vive lumière sur la pathogénie de certains kystes du cou, et en particulier sur celle des kystes thyro-hyoïdien et sus-claviculaire.

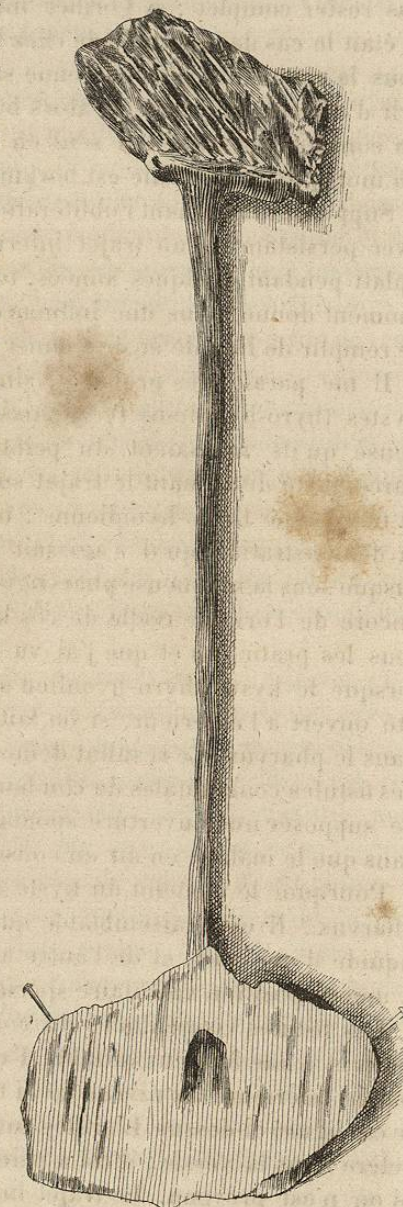


Fig. 52. — Fistule congénitale du cou, représentée avec les dimensions réelles.

En effet, le trajet fistuleux peut subir des modifications et ne pas rester complet : si l'orifice interne ou pharyngien s'oblitére (c'était le cas de mon malade chez lequel le stylet pénétrait jusque sous la muqueuse pharyngienne sans qu'il fût possible de découvrir d'orifice), la fistule est alors borgne externe; l'orifice interne au contraire persiste-t-il seul en faisant suite à un trajet plus ou moins long, la fistule est borgne interne.

Supposez maintenant l'oblitération des deux orifices de la fistule, avec persistance d'un trajet intermédiaire : ce trajet peut rester aplati pendant quelques années, toujours même, mais aussi à un moment donné, sous une influence inconnue, il est susceptible de se remplir de liquide et de donner naissance à un kyste.

Il me paraît très probable, sinon certain, que la plupart des kystes thyro-hyoïdiens reconnaissent cette origine. Nélaton avait pensé qu'ils naissaient du peloton adipeux sous-épiglottique, parce qu'en disséquant le trajet sur le vivant il avait dû franchir la membrane thyro-hyoïdienne : mais n'est-ce point au contraire la démonstration qu'il s'agissait d'un kyste branchial pénétrant jusque sous la muqueuse pharyngienne? Une preuve plus éclatante encore de l'origine réelle de ces kystes, c'est ce fait observé par tous les praticiens et que j'ai vu moi-même au moins deux fois : lorsque le kyste thyro-hyoïdien s'est ouvert spontanément ou a été ouvert à l'extérieur, si on fait une injection, le liquide passe dans le pharynx. Ce résultat démontre en même temps l'existence des fistules congénitales du cou borgnes internes, car il est difficile de supposer une ouverture spontanée du kyste dans le pharynx sans que le malade en ait eu conscience.

Pourquoi le contenu du kyste ne se vide-t-il pas alors dans le pharynx? Il est vraisemblable que cela tient à la consistance du liquide d'une part, et de l'autre à l'étroitesse de l'orifice ou bien à une disposition valvulaire spéciale.

Les fistules congénitales du cou s'ouvrent sur les parties latérales et à une hauteur variable. Un lieu d'élection est cependant la partie inférieure au niveau de la tête de la clavicule, comme dans le cas figuré ci-dessus. L'orifice cutané est comparable à celui de l'uretère dans la vessie ; il est à peine perceptible et passe inaperçu, si on n'est prévenu. Le trajet lui-même ne se révèle par aucun signe, à moins qu'il n'ait été enflammé et ne présente alors une certaine induration. Mon malade fut atteint d'amygdalite droite et, l'inflammation se propageant à la fistule, une petite quantité de

pus s'écoula par l'orifice externe, ce qui nous en dévoila l'existence.

En général, ces fistules ne gênent en aucune façon les malades : aussi mon avis est-il de n'y pas toucher.

Si les fistules congénitales proprement dites ne présentent que peu d'intérêt pratique, il n'en est pas de même des *fistules thyro-hyoïdiennes*. Ces fistules peuvent à la rigueur succéder à l'inflammation et à l'ouverture de la bourse séreuse dite de Boyer. Le mode d'insertion de la membrane thyro-hyoïdienne à l'os hyoïde et les mouvements incessants du larynx en expliquent jusqu'à un certain point la persistance, mais il est bien certain que leur histoire se rattache au développement du cou dans la grande majorité des cas.

Le kyste thyro-hyoïdien, avons-nous dit, est le plus ordinairement d'origine branchiale : or, qu'il s'ouvre spontanément ou qu'on en pratique l'ouverture, il en résulte la production d'une variété de fistule du cou qui n'est sans doute pas congénitale, mais s'en rapproche par la cause qui l'a produite. Cette fistule donne lieu à un écoulement purulent ; elle se ferme de temps en temps pour s'ouvrir de nouveau ; bref, les malades (et ce sont ordinairement de jeunes sujets) désirent vivement en être débarrassés.

La cure de ces fistules thyro-hyoïdiennes est fort difficile, et le seul moyen réellement efficace est l'extirpation du trajet avec le bistouri ou les ciseaux. Mais, pour que l'opération réussisse, on doit enlever le trajet dans sa totalité, sinon la récurrence est certaine. Nélaton avait bien observé ce fait : il faut, disait-il, pour être sûr de la guérison définitive, que le trajet enlevé se termine en cul-de-sac. Ce trajet, qui a environ le volume d'une plume de corbeau, se sent facilement sous les doigts. L'opinion de Nélaton est exacte, s'il s'agit d'une fistule borgne externe, mais, si la fistule est complète, c'est-à-dire communique avec le pharynx, il faut pour la guérir pousser l'opération jusque dans cette cavité. On ne le fait pas ordinairement, et une portion du trajet reste alors forcément dans la plaie.

5° CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES.

L'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes produit en général immédiatement un accès de toux convulsive ou bien un accès de suffocation. Chacun connaît la pénible sensation que déter-

mine le contact de parcelles liquides ou solides sur la muqueuse laryngée *lorsqu'on avale de travers*. Ces accidents disparaissent d'eux-mêmes ; il n'y a pas lieu de s'en occuper.

Parlons de la présence des corps étrangers solides.

Le malade se présente dans deux circonstances différentes : ou bien l'accident vient de se produire, ou il s'est produit depuis un certain temps.

Lorsque l'accident vient de se produire, le diagnostic ne saurait être douteux ; le malade lui-même ou les parents racontent la manière dont l'accident est arrivé : ainsi, par exemple, un enfant avait dans la bouche un objet quelconque ; il a été pris d'un accès de rire ; l'objet a disparu et les phénomènes se sont développés immédiatement. Le sujet était d'ailleurs en pleine santé. Vous ne pouvez donc songer à un spasme de la glotte, à une laryngite striduleuse, au croup, etc. : évidemment le corps étranger a pénétré dans les voies aériennes. Quand je dis « a pénétré », ce n'est peut-être pas toujours exact, car un corps étranger d'un certain volume pourrait être appliqué sur l'orifice supérieur du larynx, occuper en réalité le pharynx, et provoquer les mêmes accidents que s'il était dans le larynx. Si le corps étranger est arrêté, je suppose, sur la glotte, et s'oppose absolument au passage de l'air, vous n'arrivez que pour constater la mort. Ordinairement l'obturation n'est pas complète, et après un moment d'angoisse extrême, après des efforts violents d'inspiration, il survient un accès de toux qui le chasse quelquefois au dehors.

Le plus souvent, le corps se déplace, franchit le larynx, pénètre dans la trachée ou dans une bronche, et surviennent d'autres phénomènes qui rentrent dans le second cas où j'ai supposé le praticien placé.

Que faire dans le premier cas ? On conseillait jadis la suspension par les pieds, ou l'extension sur un plan incliné la tête en bas pendant que l'on imprimait au dos des secousses pour détacher le corps étranger. J'ai peu confiance dans ces moyens. Commencez par introduire l'index dans la bouche aussi loin que possible, et cherchez si le corps ne serait pas appliqué sur l'orifice supérieur du larynx, et dans cette hypothèse essayez de le déplacer et de l'extraire.

Lorsque le corps a pénétré dans les voies aériennes, ou bien les phénomènes de suffocation persistent et menacent la vie : alors hâtez-vous de faire la trachéotomie ; ou bien il n'existe plus

que des accès de toux avec un calme relatif : attendez alors les événements.

L'accident s'est produit depuis un temps plus ou moins long. Il faut d'abord établir le diagnostic, ce qui n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire *à priori*.

Vous avez à résoudre ces deux questions : Existe-t-il un corps étranger ? où siège-t-il ? Un malade peut avoir un corps étranger des voies aériennes sans qu'il s'en doute. Je ne parle pas ici des cas très rares où des concrétions crétacées ou phosphatiques détachées du poumon ont pénétré dans la trachée ; n'a-t-on pas rapporté l'observation d'un ganglion lymphatique qui s'y était introduit après ulcération ? On conçoit qu'il soit difficile de soupçonner même l'existence de semblables accidents. Il s'agit de corps étrangers venus du dehors. Dans un mouvement d'inspiration brusque fait pendant le repas, un corps de petit volume peut s'introduire rapidement dans la glotte, descendre dans la trachée et se fixer dans une bronche. En voici un exemple bien typique rapporté par Bourdillat. Un homme de quarante-cinq ans, en mangeant une cerise, sentit un léger picotement au niveau du larynx, et ce fut tout. À partir du lendemain, toux quinteuse et opiniâtre. Il maigrit et fut considéré comme phthisique. Trois mois après, dans une quinte d'une extrême violence, il rendit le noyau de cerise par la bouche et guérit. Le développement des symptômes de la phthisie pulmonaire, consécutivement à la présence ignorée d'un corps étranger dans une bronche, a été également signalé par M. Bertholle.

Les signes qui permettent de reconnaître la présence d'un corps étranger varient suivant que ce corps est mobile ou qu'il est fixé en un point de l'arbre aérien.

Lorsque le corps est flottant, il donne lieu à une sensation de déplacement dont peut se rendre compte le malade, et surtout à un bruit spécial que révèlent l'auscultation et parfois le palper : c'est un bruit de soupape, de grelot, de drapeau, etc. Il existe de fréquentes quintes de toux ; il se produit des accès de suffocation lorsque le corps pénètre dans le larynx jusque dans la portion sous-glottique, de façon à gêner le passage de l'air à travers la glotte, et il survient de l'aphonie. On doit se rappeler que ces signes et surtout les intermittences dans les phénomènes sont à peu près ceux que détermine un polype à long pédicule implanté

sur la portion sous-glottique du larynx : aussi, en l'absence de commémoratifs, le diagnostic différentiel entre ces deux affections présente-t-il de sérieuses difficultés qui peuvent seulement être levées par l'emploi du laryngoscope.

Lorsque le corps étranger est immobilisé en un point, les signes varient suivant sa nature : il y en a de gros, de petits, de ronds, de pointus; il en est qui augmentent de volume : les graines, les haricots, etc. ; il y en a de vivants : des sangsues, des mouches.

Les malades éprouvent souvent une douleur plus ou moins vive qu'ils rapportent toujours au même endroit, et non seulement la respiration, mais la déglutition, peuvent être douloureuses et difficiles : aussi le chirurgien doit-il alors se demander si le corps étranger ne serait pas dans l'œsophage au lieu d'être dans la trachée, en raison des connexions intimes qu'ont entre eux ces deux organes. Le cathétérisme œsophagien serait d'un puissant secours pour établir le diagnostic, tout en se rappelant que des os pointus, d'un faible volume, peuvent être fixés dans la paroi œsophagienne et n'être pas sentis par le cathéter. Les renseignements fournis par le malade sur la manière dont s'est produit l'accident seraient très utiles, car, si l'introduction d'un corps étranger dans l'œsophage cause une angoisse très pénible et une dysphagie à peu près complète, elle ne donne pas lieu au violent accès de suffocation initial qui suit l'introduction dans les voies aériennes, mais on peut cependant conserver un doute très légitime, surtout chez les enfants.

Le corps étranger est-il fixé dans le larynx? Dans ce cas est-il au-dessus de la glotte, au niveau de la glotte, dans le ventricule du larynx, au-dessous de la glotte? Est-il dans la trachée? Siège-t-il dans une des bronches (le plus souvent alors il est dans la bronche droite), ou bien se trouve-t-il à cheval sur l'éperon qui répond à la bifurcation de ces deux conduits?

On en est souvent réduit sous ce rapport à des présomptions plus ou moins vraisemblables, à moins que le laryngoscope ne permette de constater directement la présence et le siège du corps étranger. Une aphonie persistante devrait faire supposer que le corps est situé au niveau des cordes vocales, et cependant une pièce de monnaie, par exemple, logée dans le ventricule ou placée de champ entre les lèvres de la glotte, pourrait ne gêner que modérément les fonctions de l'organe. L'absence ou une diminution sensible du bruit respiratoire dans un des poumons ferait légitimement penser que le corps étranger occupe la bronche corres-

pondante, mais on conçoit qu'en raison de sa forme, de son volume et de sa nature, il puisse passer suffisamment d'air dans le poumon pour déplisser les vésicules pulmonaires.

Au résumé, le commémoratif d'un violent accès de suffocation ayant marqué le début des accidents, le sujet étant en pleine santé; le retour de nouveaux accès avec des quintes de toux survenant d'une façon intermittente; l'existence d'une douleur persistante et localisée en un point de l'arbre aérien; la perception par l'oreille ou le toucher du bruit de soupape ou de grelot, autoriseront le praticien à conclure à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes.

Que convient-il de faire? L'indication évidente est d'extraire le corps étranger ou d'en favoriser la sortie par une manœuvre quelconque. Deux circonstances se présentent : ou bien le corps est visible au laryngoscope ou il ne l'est pas. S'il est visible, la conduite du praticien est toute tracée, il faut l'enlever au plus tôt comme on enlève un polype, avec des pinces appropriées.

Si le corps étranger n'est pas visible, l'extraction par les voies naturelles doit être abandonnée, et la ressource dont nous disposons est l'ouverture des voies aériennes, soit au niveau du larynx, *laryngotomie*, soit au niveau de la trachée, *trachéotomie*.

Mais une question préjudicielle se pose : à quel moment doit-on pratiquer l'une ou l'autre de ces opérations? Aussitôt que le diagnostic est assuré, ou plus tard? L'expérience en effet démontre que nombre de sujets ont fini par expulser spontanément leur corps étranger dans une quinte de toux, comme l'homme au noyau de cerise dont je parle plus haut : on conçoit donc que le praticien ait une certaine tendance à laisser agir la nature. Mais d'autre part l'expérience démontre également qu'un corps étranger ne séjourne pas longtemps impunément dans l'arbre aérien et qu'il finit par entraîner la mort par suite d'ulcération, d'abcès, etc., ou par lésion du poumon : il est donc bon de prendre les devants. La connaissance exacte de la nature du corps étranger pourra influencer sur la détermination du chirurgien : il est certain que, s'il s'agit d'un corps susceptible de se gonfler, comme un haricot, je suppose, il sera indiqué d'intervenir le plus tôt possible, car, bien qu'il y ait des exemples de fragmentation et d'expulsion spontanée dans ce cas, il serait très dangereux de compter sur une terminaison aussi exceptionnelle. Qu'il s'agisse au contraire d'une substance susceptible de se désagréger ou de fondre : du sucre,

du sel, de la réglisse, une pastille, etc., on devra attendre.

Je conseille pour mon compte une expectation armée; je ne crois pas qu'il faille d'emblée recourir à l'opération; laissez à la nature le temps de se débarrasser de son ennemi, mais surveillez activement votre malade et, si l'expulsion spontanée ne s'est pas produite après quelques semaines, et surtout si les accès de suffocation se répètent souvent, ou s'il se développe des symptômes du côté du poumon, ouvrez les voies aériennes.

Pratiquerez-vous la laryngotomie ou la trachéotomie? Votre conduite est évidemment subordonnée au diagnostic. Si le sujet est atteint d'aphonie persistante; si le larynx est le siège d'une douleur spontanée et exagérée par la pression; s'il n'y a pas dans la trachée de bruit spécial; si les deux poumons respirent également, toutes les probabilités sont en faveur de la présence du corps étranger dans le larynx, et vous devrez pratiquer la laryngotomie, ainsi que je l'ai dit à propos des polypes du larynx. Dans le cas contraire, c'est à la trachéotomie que vous aurez recours.

Les deux lames du cartilage thyroïde étant écartées, vous saisirez le corps étranger, s'il ne sort pas de lui-même dans un effort d'expiration.

Si le corps flotte dans la trachée, il est en général violemment rejeté au dehors aussitôt que ce conduit est ouvert, mais, s'il est adhérent, il peut ne pas sortir, et le praticien se trouve dans un grand embarras. Il faut explorer la trachée avec une pince et tenter l'extraction directe, tout en sachant que ce procédé est incertain et même périlleux. Voltolini parvint, dit-on, dans un cas, à éclairer la trachée avec une sorte d'endoscope, et reconnut la présence d'un fragment de coquille de noix qu'il put extraire. Mais ce moyen ingénieux n'est pas à la portée de tout le monde. Il faut, en tous cas, maintenir la plaie trachéale ouverte aussi longtemps que possible.

6° RÉTRÉCISSEMENT DES VOIES AÉRIENNES.

De nombreuses causes peuvent amener la diminution du calibre des voies aériennes et produire une gêne de la respiration allant jusqu'à l'asphyxie : ainsi les inflammations aiguës, l'œdème de la glotte, le croup, les polypes, les corps étrangers, etc.; un simple spasme; une compression exercée de dehors en dedans par une tumeur, comme dans le goitre. Mais ce ne sont pas là de

véritables rétrécissements. Ce nom doit être réservé à une lésion organique *primitivement développée dans les parois du conduit aérien*, ayant à la longue déterminé un rétrécissement graduel et *permanent* de ce conduit : aussi les expressions : rétrécissement inflammatoire, rétrécissement spasmodique, sont-elles impropres.

Le rétrécissement peut porter sur le larynx, surtout lorsqu'un cancer envahit cet organe, et nous en avons suffisamment parlé au chapitre des tumeurs du cou. De même une cicatrice vicieuse à la suite d'une fracture des cartilages ou d'une brûlure peut amener une atrésie de ce conduit, mais ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Si le diagnostic en est facile, on n'en saurait dire autant du traitement, qui ne consiste guère qu'à pratiquer la trachéotomie à un moment donné.

Lorsqu'une canule est dans la trachée et la respiration assurée, on pourrait tenter la dilatation progressive du larynx avec des bougies, comme nous le faisons pour l'urèthre. La canule étant fenêtrée sur sa face convexe, il serait possible d'introduire une fine bougie dans le larynx, de la faire sortir par la canule et de se servir ensuite de cette bougie pour conduire des olives de plus en plus volumineuses. La suppression d'une canule à demeure et le rétablissement de la voix sont des résultats assez importants pour justifier toutes les tentatives faites dans ce sens.

Le rétrécissement peut intéresser la trachée-artère. Je laisse de côté celui qui survient à la suite d'une section complète de ce conduit, dont je me suis occupé à propos des plaies du cou.

Il est à la rigueur possible que la cause initiale du rétrécissement soit une brûlure de la muqueuse trachéale ayant déterminé à la longue une rétraction cicatricielle, mais les liquides caustiques, qui produisent en général ce genre d'accident, pénètrent à peu près constamment dans l'œsophage. Quant au cancer, que nous verrons plus loin être la cause presque constante des rétrécissements de l'œsophage, il semble ne pas atteindre primitivement la trachée. C'est la syphilis tertiaire qui se manifeste principalement sur cet organe de façon à en produire le rétrécissement.

Au début vous n'observerez que de l'essoufflement dans la marche, ce qu'on appelle une respiration courte, et il est alors bien difficile de reconnaître s'il s'agit d'asthme, d'emphysème, de maladie du cœur ou de rétrécissement de la trachée : mais la