

cellules bronchiques et à l'infiltration de l'air dans le tissu interlobulaire, puis dans le médiastin et par suite dans le tissu cellulaire du cou.

Les conséquences ultérieures varient. Le corps étranger est parfois expulsé pendant un accès de toux, après un séjour plus ou moins long : cinq ans et demi (Louis), dix-sept ans (Sue). Après l'expulsion tardive, le sujet peut revenir à la santé; mais le plus souvent il succombe à des altérations graves des voies aériennes, une phthisie pulmonaire ou laryngée.

**Diagnostic.** Il est généralement facile quand on est appelé au moment même de l'accident. On ne confondra pas un corps étranger des voies aériennes avec un corps étranger de l'œsophage assez volumineux pour produire des accidents de suffocation par compression du larynx (p. 449). S'il reste des doutes, on s'assure de la perméabilité de l'œsophage en faisant avaler des boissons et des aliments, en pratiquant le cathétérisme des voies digestives. Si, comme dans le cas de Lamartinière, un corps étranger pointu avait pénétré par les parties molles du cou, il faudrait examiner avec grande attention cette région pour découvrir l'agent vulnérant.

Lorsque le corps étranger séjourne depuis quelque temps dans le conduit laryngo-trachéal, que les accidents aigus sont passés, on peut être embarrassé. On tiendra compte de la douleur locale, de l'expectoration sanglante; on fera tousser le malade pour déplacer le corps étranger, ce qui donne lieu au retour de la suffocation. Si le corps étranger chemine dans la trachée, on perçoit, en auscultant le cou, un bruit comparable à celui d'une soupape qui se ferme, une sensation de *grelottement* quand on place la main à plat sur la même région.

**Traitement.** Provoquer l'issue du corps étranger est l'indication capitale à remplir. Boyer condamne les tentatives d'expulsion par administration de vomitifs, de sternutatoires, d'expectorants, et veut qu'on recoure de prime abord à la bronchotomie. On peut, avant d'en venir là, essayer un moyen simple qui a réussi à Benjamin Brodie et à Lenoir. Une pièce d'or anglaise avait pénétré dans les voies aériennes de l'ingénieur français Brunel qui a construit le tunnel de la Tamise, à Londres. L'accès de toux et la suffocation provoqués par cet accident s'étaient dissipés, et il n'était resté les jours suivants que de la toux et de la douleur au côté droit de la poitrine. Le malade, en se plaçant dans une position horizontale, avait conscience du déplacement du corps étranger dans la trachée. On pratiqua la trachéotomie, mais on fit des tentatives infructueuses pour saisir avec des pinces le corps étranger, qui ne fut pas extrait. Quelques jours après, on imagina de renverser le malade sur une plate-forme mobile, et la pièce d'or sortit par la bouche. — Un homme avait avalé une pièce de cinquante centimes qui avait pénétré dans les voies aériennes. Lenoir le fit coucher sur le ventre, la tête en bas; il frappa avec la main sur le dos, au-dessous de l'omoplate; la pièce sortit par la bouche.

Le fait rapporté par B. Brodie répond à l'objection de ceux qui rejettent la bronchotomie parce que l'extraction du corps étranger est difficile après l'ouverture de la trachée. Mais on a rarement besoin d'avoir recours à l'expédient dont il a été question, parce qu'une fois le canal aérien ouvert,

le corps étranger tend à sortir par cette ouverture. Les expériences sur les animaux faites par Favier démontrent aussi que les corps étrangers engagés dans la trachée sont repoussés vers la glotte pendant l'expiration.

**Bronchotomie.** C'est une opération par laquelle on ouvre le canal aérien dans la région du cou. Il y a plusieurs *méthodes*, subordonnées au lieu d'élection de l'ouverture : si on incise les premiers anneaux de la trachée, c'est la *trachéotomie*; si on divise simultanément les premiers cerceaux de la trachée et le cartilage cricoïde, c'est la *trachéo-laryngotomie* ou méthode de Boyer; si c'est le cartilage thyroïde, c'est la *laryngotomie* (procédé de Desault); et si c'est seulement la membrane crico-thyroïdienne, c'est la laryngotomie *crico-thyroïdienne* (procédé de Vicq-d'Azyr); si l'on traverse la membrane hyo-thyroïdienne, c'est la *laryngotomie sus-laryngienne* (procédé de Malgaigne).

De ces divers procédés, dont la description appartient aux traités de *médecine opératoire*, la *trachéotomie* est préférable pour l'extraction des corps étrangers. La *laryngotomie thyroïdienne* sera réservée pour les cas où le corps étranger se trouve dans l'intervalle ou dans le voisinage des cordes vocales.

## CHAPITRE IV.

### INFLAMMATION ET ABCÈS DU COU.

Les abcès du cou se divisent en deux groupes : les uns sont superficiels, les autres profonds.

Les abcès *superficiels* occupent parfois une grande étendue; chez un malade cité par de Lamotte, il existait au menton une collection s'étendant d'une oreille à l'autre, et *pendant sur la gorge comme un gros goître*.

Les abcès *profonds* peuvent se montrer dans les diverses régions du cou :

(a) Ceux de la région *sus-hyoïdienne* se comportent différemment, selon la situation qu'ils occupent par rapport au muscle mylo-hyoïdien. Sont-ils en arrière de ce muscle, ils s'ouvrent souvent dans la bouche; se développent-ils au-devant du mylo-hyoïdien, ils se portent vers la peau. Ces abcès succèdent à des blessures, à des ulcérations de la bouche, des dents cariées, des angines. J'en ai observé un qui était la conséquence d'une nécrose limitée de l'os hyoïde. Ils sont caractérisés par un gonflement avec rougeur et chaleur de toute la région, une gêne dans les mouvements de la mâchoire inférieure, une certaine difficulté de la déglutition. La fluctuation est très-obscure, et, pour les ouvrir, il faut diviser les tissus couche par couche.

(b) Dans la région *thyro-hyoïdienne*, l'abcès se développe parfois dans la masse de tissu cellulaire située à la base de l'épiglotte, à la suite d'affections de la langue, du cartilage thyroïde, de l'épiglotte elle-même, ou bien sans cause appréciable. Ils sont caractérisés par les signes de la laryngite