

même dans l'ankylose. Il faut alors explorer attentivement les apophyses des vertèbres cervicales, fixer le tronc dans une position immobile, et chercher à faire mouvoir la tête; on s'assurera alors s'il existe quelque déplacement entre les corps des vertèbres du cou, ou si le déplacement se produit seulement dans les premières dorsales, s'il est dû à une de ces courbures de compensation que nous avons mentionnées.

Pronostic. — Le pronostic du torticolis est variable comme la cause qui l'a produit. Nous ne parlerons donc pas de celui qui est lié à des affections osseuses dont il suit la marche, et dont il n'est qu'un épiphénomène. Quant au torticolis musculaire, il est généralement sans gravité, excepté toutefois dans les cas où il a une durée assez considérable pour entraîner les désordres dont nous avons parlé.

Traitement. — Quand le torticolis musculaire est encore au début, on emploie généralement des frictions calmantes, l'application de la chaleur, la rubéfaction des téguments, etc. Mais, si ces moyens deviennent insuffisants, on sera



FIG. 5. — Section du sterno-mastoïdien.

obligé de recourir à la myotomie (fig. 5). Celle-ci peut se pratiquer séparément, soit sur le faisceau claviculaire, soit sur le faisceau sternal du sterno-mastoïdien, lorsqu'ils sont atteints isolément. Mais ce cas est rare; on est généralement obligé de pratiquer la section de l'un et de l'autre. Cette section doit être faite le plus près possible de la clavicle; on coupe les deux faisceaux l'un après l'autre, en donnant une direction différente à l'instrument, pour éviter la jugulaire antérieure. La réparation se fait ordinairement à l'aide d'un tissu fibreux interposé aux deux bouts, et assez analogue aux intersections fibreuses des muscles de l'abdomen. On achève le traitement par l'application d'un appareil (Minerve) qui reste en place pendant toute la durée de la cicatrisation.

Combattre la maladie locale et agir sur l'état général par les moyens appropriés, chercher à replacer dans sa position normale une vertèbre luxée et comprimant la moelle, tel est le traitement à appliquer au torticolis par tumeur blanche, par cause traumatique.

Quant au torticolis cicatriciel, il suffit, pour le prévenir, de donner une bonne position à la tête pendant la réparation de la plaie, d'exagérer même cette position, pour lutter contre la rétractilité du tissu inodulaire. Lorsque la cicatrice vicieuse est complètement formée, c'est à l'orthopédie seule qu'on peut avoir recours.

obligé de recourir à la myotomie (fig. 5). Celle-ci peut se pratiquer séparément, soit sur le faisceau claviculaire, soit sur le faisceau sternal du sterno-mastoïdien, lorsqu'ils sont atteints isolément. Mais ce cas est rare; on est généralement obligé de pratiquer la section de l'un et de l'autre. Cette section doit être faite le plus près possible de la clavicle; on coupe les deux faisceaux l'un après l'autre, en

CHAPITRE SECOND

MALADIES DU COU SPÉCIALES A CERTAINS ORGANES, A CERTAINES RÉGIONS.

Nous avons décrit les maladies des os et des articulations avec le mal de Pott. Nous devons parler ici des maladies des vaisseaux du cou, des ganglions lymphatiques, et de celles de quelques organes particuliers: corps thyroïde, larynx et trachée, œsophage et parotide.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DES VAISSEAUX DU COU

Les nombreux vaisseaux artériels et veineux de la région du cou peuvent présenter des plaies et des anévrysmes.

§ 1. — Plaies des vaisseaux.

Les plaies des vaisseaux sont très-graves. Celles des artères entraînent rapidement la mort, à moins qu'on n'intervienne immédiatement. Il faut faire la ligature des deux bouts de l'artère, à cause des nombreuses anastomoses existant entre les artères des deux côtés.

Les plaies des veines jugulaires présentent aussi une grande gravité, non-seulement parce qu'on peut observer l'introduction de l'air dans le système veineux, mais encore parce que la *ligature latérale* (v. Plaies des veines) est quelquefois suivie d'hémorrhagie consécutive. On a recours le plus souvent à la compression.

§ 2. — Anévrysmes.

Le système artériel du cou peut être le siège de nombreux anévrysmes. Ceux-ci peuvent exister sur le tronc brachio-céphalique, la sous-clavière, et les artères carotides primitive, interne et externe.

Variétés. — On n'observe que des anévrysmes spontanés sur le tronc brachio-céphalique.

La *sous-clavière* est rarement affectée; des anévrysmes spontanés et des anévrysmes artério-veineux peuvent se montrer sur tous les points de l'artère.

La *carotide primitive* peut être le siège d'anévrysmes spontanés, sur-

tout à son origine, d'anévrysmes traumatiques et d'anévrysmes artérioveineux.

Les anévrysmes de la *carotide interne* sont rares; on a observé des anévrysmes spontanés et des anévrysmes artérioveineux.

On ne connaît que trois observations d'anévrysmes de la *carotide externe*.

Symptômes. — Ces anévrysmes présentent les caractères communs à tous les anévrysmes; nous indiquerons seulement les symptômes particuliers à chaque variété de tumeur.

1° L'anévrysme du tronc brachio-céphalique forme, à la base du cou, une tumeur qui détermine en même temps une *voussure* de la partie supérieure du sternum. Quelquefois la tumeur se montre au-dessous de la clavicule droite.

La compression de la trachée, de l'œsophage et des troncs veineux voisins amène la *dyspnée*, la *toux*, l'*enrouement*, la *dysphagie*, et souvent l'*œdème* du membre supérieur et de la face du côté correspondant.

2° L'anévrysme de la sous-clavière forme une tumeur à la base du cou, en arrière de la clavicule, *allongée transversalement* entre le trapèze et le sterno-mastoïdien. Si elle siège en dedans des scalènes, elle est moins apparente. Le *bruit de souffle* se continue du côté de l'aisselle. Les *pulsations* des artères du membre supérieur correspondant sont diminuées. On peut observer aussi de l'*œdème* et de l'*engourdissement* du membre, dus à la compression de la veine sous-clavière et du plexus brachial.

3° L'anévrysme spontané de la carotide primitive siège le plus souvent à l'origine de l'artère. La tumeur soulève, dans presque tous les cas, la partie inférieure du sterno-mastoïdien. Si elle n'est pas arrondie, son diamètre vertical est plus grand. Le bruit de souffle se prolonge le long des vaisseaux de la tête. Cette tumeur détermine des troubles de compression analogues à ceux qui sont produits par l'anévrysme du tronc brachio-céphalique.

4° L'anévrysme de la carotide interne ne présente qu'un symptôme particulier; il tend à faire saillie dans la cavité pharyngienne, au niveau de l'amygdale, à moins qu'il ne siège plus haut, ce qui est fort rare.

5° L'anévrysme de la carotide externe fournit les symptômes communs à toutes les tumeurs anévrysmales.

La *marche*, la *durée* et la *terminaison* de ces anévrysmes ne diffèrent pas de celles de toutes les tumeurs anévrysmales.

Le *diagnostic* sera établi par la comparaison des symptômes que nous venons d'énumérer.

Traitement. — 1° La méthode d'Anel n'est pas applicable aux anévrysmes du tronc *brachio-céphalique*. On fait la ligature, par la méthode de Brasdor, procédé de Wardrop, de la carotide primitive et de la sous-clavière correspondantes. Il est préférable de lier les deux vaisseaux le même jour, et de commencer par la carotide primitive, selon le conseil de M. Diday.

2° Les anévrysmes de la *sous-clavière* sont traités le plus souvent par la méthode de Brasdor, celle d'Anel ne pouvant être appliquée que dans des cas fort rares.

3° Les anévrysmes de l'artère *carotide primitive* et ceux des *carotides interne et externe* seront traités par la ligature, méthode d'Anel, procédé d'Anel. Si elle est inapplicable, on fera la ligature entre le sac et les capillaires (méthode de Brasdor). La compression est difficile et horriblement douloureuse.

Nota. — On ne peut étudier les anévrysmes en particulier sans avoir lu auparavant les anévrysmes en général.

ARTICLE DEUXIÈME.

MALADIES DES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU COU.

Les ganglions lymphatiques peuvent être affectés, au cou comme partout ailleurs, de plusieurs lésions que nous avons décrites dans la première partie de cet ouvrage. Dans cette région, les ganglions sont fréquemment atteints d'inflammation, d'hypertrophie, etc. Nous voulons ici appeler l'attention sur l'une des formes de l'engorgement ganglionnaire, l'adénite cervicale.

Autrefois les chirurgiens avaient une grande tendance à placer toutes les tuméfactions ganglionnaires du cou sous l'influence de la diathèse scrofuleuse. Or, M. le baron H. Larrey est venu démontrer qu'il n'en est pas toujours ainsi. Avec son esprit observateur, M. Larrey a été frappé de voir que les zouaves et les spahis, qui ont le cou découvert, ne sont presque jamais affectés d'adénite cervicale, tandis que celle-ci est fréquente chez les autres militaires, quelle que soit, du reste, leur constitution. De là à constater des irritations de la peau, déterminées par le contact de vêtements rudes et trop serrés, il n'y avait qu'un pas. Il paraît, en effet, que l'adénite cervicale est fréquemment occasionnée par des irritations diverses portées sur la peau du cou, et par des courants d'air froid.

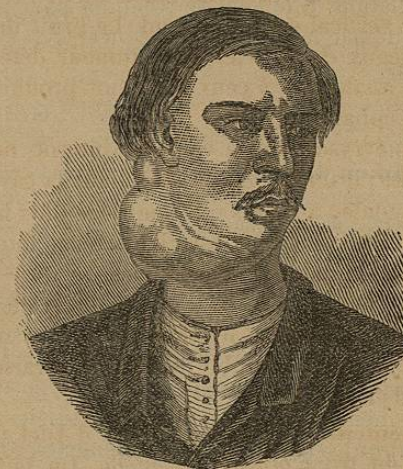


FIG. 6. — Un exemple d'adénite cervicale.

Les ganglions cervicaux frappés d'adénite forment des tumeurs parfois considérables, qui compriment des organes importants.

L'adénite cervicale ne guérit que par l'extirpation, et celle-ci offre peu de dangers, ainsi qu'on s'en convaincra en lisant la relation des opérations pratiquées par M. Larrey¹. Cependant, lorsque les ganglions sont très-volumineux et profondément situés, l'opération présente de grandes difficultés à cause du voisinage des organes importants qui traversent la région cervicale; la terminaison, dans ce cas, est souvent fatale. Tout récemment, M. Lannelongue a fait l'ablation de masses ganglionnaires de la région du cou. L'opération a été habilement faite, mais la malade a succombé plus tard à une hémorrhagie veineuse consécutive. Ajoutons qu'il est une circonstance dans laquelle il ne faut jamais opérer: c'est lorsque les tumeurs ganglionnaires sont symptomatiques d'une maladie générale, telle que la leucocythémie ou l'adénie.

ARTICLE TROISIÈME.

MALADIES DU CORPS THYROÏDE.

Ces maladies sont: l'*inflammation* ou *thyroïdite*, l'*hypertrophie* ou *goître*, et diverses *tumeurs*.

La *thyroïdite* s'observe rarement; elle est caractérisée par tous les symptômes locaux et généraux que nous avons indiqués pour toute inflammation. Elle peut se terminer par résolution ou par suppuration. On la traite par les antiphlogistiques; s'il se forme un accès, on donne issue au pus.

§ 1. — Goître.

Examen du malade. — On constatera, par le regard, à la partie antérieure du cou, la présence d'une *tumeur arrondie*, tantôt *simple*, tantôt *bilobée*, de volume variable, recouverte par une peau normale, quelquefois sillonnée de veines volumineuses. Par le toucher, on appréciera la *mobilité des téguments* sur la tumeur, sa *consistance élastique*, son *indolence*. En faisant exécuter au malade des mouvements de déglutition, on la verra *suivre le mouvement ascensionnel du larynx*.

Le *goître* est l'*hypertrophie* du corps thyroïde.

Anatomie pathologique. — L'*hypertrophie* peut porter sur les vésicules mêmes du corps thyroïde, sur les vaisseaux, ou sur le tissu conjonctif qui sépare ces divers éléments; de là trois variétés de goître: *vésiculaire*, *vasculaire*, *fibro-aréolaire*.

a. Le *goître vésiculaire* ou *glandulaire* est formé par l'*hypertrophie* et

1. Mémoires de l'Académie de médecine, 1851. De l'*adénite cervicale observée dans les hôpitaux militaires*.

l'*hypergénèse* des vésicules closes qui entrent dans la composition du corps thyroïde. Le liquide contenu dans ces vésicules devient visqueux, épais. On y trouve quelquefois de véritables kystes, formés par la rupture de plusieurs vésicules et leur fusion en une poche unique.

b. Le *goître vasculaire* consiste dans une dilatation flexueuse des nombreux petits vaisseaux situés dans l'épaisseur du corps thyroïde. Ces vaisseaux sont quelquefois pourvus de petites dilatations anévrysmales. Dans quelques cas, on observe des épanchements sanguins, des apoplexies, dans le tissu même de l'organe.

c. Le *goître fibro-aréolaire* (Lebert) est caractérisé par l'augmentation de volume des cloisons celluluses qui séparent les divers lobules du corps thyroïde.

Ces trois variétés peuvent se combiner. La première est la plus fréquente; elle appartient à cette classe de tumeurs désignées sous le nom d'*adénomes* et *cysto-adénomes*.

Causes. — Le goître est plus fréquent chez la femme. Il est endémique; alors il coïncide souvent avec le crétinisme, dans certaines vallées des Pyrénées, de la Suisse, etc. La cause intime du goître est inconnue. On la recherche depuis longtemps dans l'air et dans les eaux. On a accusé la désoxygénation de l'eau, la présence de certains principes salins. Dans ces derniers temps, M. Chatin a attribué le goître à l'absence du brome et de l'iode dans les eaux que boivent les goitreux.

On voit quelquefois le corps thyroïde augmenter subitement de volume à la suite des efforts de l'accouchement.

Symptômes. — Le goître débute lentement; la totalité ou une partie du corps thyroïde peut être affectée.

On constate, dans la région sous-hyoïdienne, une tumeur indolente, lisse, arrondie, pouvant acquérir un volume considérable, au point de descendre sur la poitrine ou de remonter vers les régions parotidiennes.

Cette tumeur présente un symptôme particulier: elle suit l'ascension et la descente du larynx pendant la déglutition.

Lorsqu'il a acquis un certain volume, le goître peut exercer une compression fâcheuse sur les organes du voisinage: la compression des vaisseaux peut produire des troubles cérébraux; la dysphagie et la suffocation sont amenées par la compression de l'œsophage et de la trachée, etc. On a vu la mort arriver par asphyxie lente.

Marche. Durée. Terminaison. — Le goître a une durée fort longue; il s'accroît sans cesse, ou il reste stationnaire; mais il rétrograde rarement.

Diagnostic. — Indiquons s'il est possible de distinguer les diverses variétés de goître. Le *goître vésiculaire* présente les caractères décrits plus haut. Il en est de même du *goître fibro-aréolaire*, qui offre souvent plus de dureté. Le *goître vasculaire* fait des progrès rapides; la main peut sentir les battements des artères dilatées, ainsi qu'un frémissement assez

marqué; l'auscultation laisse entendre un bruit de souffle. Quelquefois on voit les battements à travers la peau. Lorsque cette variété coïncide avec un certain degré d'exophthalmie et des symptômes nerveux variés, palpitations de cœur, etc., on a le *goitre exophthalmique*. (Voy. p. 325, vol. I.)

Pronostic. — Peu grave. Cependant, le goitre vasculaire peut se rompre sous l'influence d'efforts, de contusions, etc.

Traitement. — Nous ne parlerons pas des nombreuses médications qui ont été inutilement préconisées contre le goitre.

Les chirurgiens ont eu recours : à la *compression* du corps thyroïde, à la *cautérisation*, au *séton*, à la *ligature* de la tumeur, à l'*extirpation*. Tous ces moyens sont très-dangereux ; on les emploie fort rarement.

Dans les cas de goîtres vasculaires ou anévrysmaux, on pourrait peut-être tenter la ligature des thyroïdiennes, et même des carotides. On comprend tout le danger de cette opération.

Lorsque la tumeur comprime fortement les organes importants du cou, on peut l'attirer en avant, la déplacer, et, au besoin, pratiquer des débridements de la peau pour favoriser l'expansion de la tumeur à l'extérieur.

Le meilleur traitement du goitre peu développé est, sans contredit, le suivant, que nous avons vu réussir dans un grand nombre de cas, dans les Pyrénées :

A l'intérieur, vingt-cinq centigr. d'iodure de potassium dans une cuillerée d'eau. Renouveler la dose tous les jours pendant deux à quatre mois, selon le volume de la tumeur.

Frictions avec la pommade suivante matin et soir, puis recouvrir le cou d'une cravate :

℞ : Axonge.	30 gr.
Iodure de potassium.	4 gr.
Iode.	0,50 cent.
M. S. A.	

Cette pommade a l'inconvénient de colorer la peau en jaune, pendant le traitement seulement. Chez la femme, il faut surveiller l'état des seins, qui diminuent quelquefois de volume sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. le professeur Charvet, de Grenoble, appelle l'attention sur l'extinction graduelle du crétinisme et du goitre, aux environs de Grenoble, sous la seule influence du bien-être et d'une bonne hygiène.

§ 2. — Tumeurs du corps thyroïde.

On peut rencontrer dans le corps thyroïde : des *kystes*, des *tumeurs malignes* (cancer), des *tumeurs fibreuses*, *crétacées*, *tuberculeuses* et *gazeuses*.

1° Les *kystes* ont été décrits plus haut. (Voy. Kystes du cou.)

2° Les *tumeurs malignes* sont rares ; on y rencontre le squirre et l'encéphaloïde, qui ne diffèrent pas des tumeurs malignes considérées d'une manière générale.

3° Les *tumeurs fibreuses* sont uniques ou multiples ; elles sont peu douloureuses, peu volumineuses, dures et bosselées ; on les observe très-rarement.

4° Les *tumeurs crétacées* ne sont que des tumeurs fibreuses contenant des concrétions calcaires ; elles sont plus dures ; la pression y détermine quelquefois de la crépitation.

5° On possède une seule observation de *tumeur tuberculeuse* chez un scrofuleux ; elle est due à M. Lebert.

6° Les *tumeurs gazeuses* sont également très-rares. Elles sont constituées par l'infiltration de l'air dans l'épaisseur et autour du corps thyroïde. Il existait préalablement une solution de continuité du larynx ou de la trachée, une sorte de fistule permettant à l'air de s'infiltrer dans le corps thyroïde.

L'*extirpation* est applicable aux cinq premières variétés. Quant aux tumeurs gazeuses, on se contente de leur appliquer un traitement palliatif, la *compression*.

ARTICLE QUATRIÈME

MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Ces maladies sont les suivantes : 1° *fractures du larynx* ; 2° *brûlures du larynx* ; 3° *plaies du larynx et de la trachée* ; 4° *fistules du larynx et de la trachée* ; 5° *corps étrangers des voies aériennes* ; 6° *polypes du larynx* ; 7° *cancer du larynx* ; 8° *rétrécissement de la trachée*.

Les *fractures du larynx*, qu'on observe chez les pendus ou à la suite d'un choc, ne réclament aucun appareil spécial. Le repos suffit. Elles déterminent quelquefois l'aphonie, des accès de suffocation. Elles peuvent se compliquer d'œdème de la glotte.

Les *brûlures du larynx* s'accompagnent de sécheresse de la gorge ; si la lésion est profonde, il est fréquent d'observer l'œdème de la glotte.

§ 1. — Plaies du larynx et de la trachée.

1° **Plaies du larynx.** — Ces plaies peuvent présenter des variétés infinies, selon qu'elles sont produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants, selon que des vaisseaux ou des nerfs importants sont lésés, etc.

Les *plaies non pénétrantes* ne diffèrent pas de celles des autres régions.

Les *plaies pénétrantes* présentent des phénomènes qui varient avec le siège et les dimensions de la plaie.

Lorsque la plaie est petite, quel que soit son siège, elle se complique d'emphysème, l'air de l'expiration s'infiltrant dans le tissu cellulaire. (Voy. Emphysème.)

La phonation est abolie lorsque la plaie siège au-dessous des cordes vocales.

Les plaies du larynx se compliquent quelquefois d'inflammation de la muqueuse des voies respiratoires; il est fréquent de voir une fistule succéder à une plaie du larynx, avec perte de substance.

2° Plaies de la trachée. — Les plaies de la trachée peuvent occuper une portion de la circonférence du conduit, ou toute son épaisseur. Dans tous les cas, l'accident est grave, à cause de l'hémorrhagie qui peut se faire dans les voies aériennes, et de l'emphysème qui se produit dans presque tous les cas.

Il est ordinaire de constater l'aphonie toutes les fois que la plaie est assez large pour laisser passer l'air. Le malade peut parler, si l'on a soin de fermer la plaie.

Lorsque la trachée est complètement divisée, les deux bouts s'écartent considérablement, et l'asphyxie survient dans la majorité des cas.

Traitement. — On prévient l'emphysème en écartant les lèvres de la plaie des téguments. On combat par les antiphlogistiques l'inflammation de la muqueuse respiratoire. Une sonde œsophagienne empêche les liquides de pénétrer dans le larynx pendant la déglutition.

Dans les plaies de la trachée, on condamne le malade au repos; il ne faut pas faire de suture: ce serait provoquer la formation de l'emphysème. Si la trachée est complètement divisée, on introduit une canule courte dans le bout inférieur, en attendant qu'on puisse tenter la réunion des deux bouts. Il ne faut pas attendre trop longtemps, parce que le bout supérieur se rétrécit.

§ 2. — Fistules du larynx et de la trachée.

Elles succèdent presque toujours à des plaies pénétrantes de ces parties.

Le tissu cicatriciel qui recouvre le trajet fistuleux met obstacle à la production de l'emphysème. A chaque expiration, il sort de l'air par la fistule. Si l'orifice est un peu large, il y a aphonie.

Le malade peut remédier à ces inconvénients en portant un obturateur. Pour guérir la fistule, on a recours à l'autoplastie par glissement des lambeaux. Quelquefois, la cautérisation ou la suture des bords de la fistule suffit pour amener la guérison.

§ 3. — Corps étrangers des voies aériennes.

Les corps étrangers qui peuvent s'introduire dans les voies aériennes sont extrêmement variables.

1° Les uns viennent de l'intérieur; ils peuvent être solides ou liquides: fragments de cartilage du larynx, hydatides, pus, sang.

2° Les autres viennent de l'extérieur. Ils sont liquides ou solides. Les premiers sont ordinairement des boissons *avalées de travers*, ou pénétrant dans les voies aériennes par une fistule faisant communiquer l'œsophage avec la trachée.

Parmi les corps solides qui viennent du dehors, on en trouve qui ne changent pas de volume: petites pièces de monnaie, petites pierres, boutons; certains augmentent de volume et se tuméfient au contact des mucosités: haricots et pois secs; quelques-uns sont solubles, comme les substances salines.

On comprend que la gravité de l'accident doit varier avec la nature du corps étranger.

Causes et mécanisme. — Les corps étrangers qui viennent de l'intérieur pénètrent par l'orifice supérieur du larynx, par une fistule trachéo-œsophagienne, par une plaie des voies aériennes, ou bien de bas en haut, en détruisant la paroi des bronches, comme les hydatides.

Ceux qui viennent du dehors pénètrent dans le larynx pendant un mouvement d'inspiration. Si l'on rit, si l'on parle, au moment où le bol alimentaire franchit le pharynx, le courant d'air inspirateur entraîne les aliments dans la cavité du larynx. Lorsqu'un enfant reçoit dans la bouche un petit corps, haricot, etc., qu'il a lancé en l'air, celui-ci est aspiré dans le larynx, si un mouvement involontaire d'inspiration a lieu.

Le corps étranger s'arrête souvent au-dessus de la glotte; mais, s'il est lisse et poli, et assez mince, s'il a surpris la glotte dilatée, il descend dans la trachée. Souvent il pénètre dans la bronche droite, plus volumineuse que l'autre. Il peut arriver que le corps étranger reste libre et flottant dans la trachée, ou qu'il s'enclave en se gonflant dans la bronche, ou qu'il disparaisse en se dissolvant, comme un fragment de sucre, ou par absorption, comme on le voit pour quelques liquides.

Symptômes et diagnostic. — On rencontre autant de variétés dans les symptômes qu'on en trouve dans la nature du corps étranger. En général, au moment où ce dernier pénètre dans les voies aériennes, on observe un accès de suffocation des plus intenses, pouvant aller jusqu'à la lividité de la face et au refroidissement des extrémités. Cet état spasmodique ne tient-il pas à une convulsion des muscles constricteurs de la glotte irrités par le passage du corps étranger?

L'accès se renouvelle quelque temps après, puis il se répète avec une fréquence qui varie selon les sujets.

Les corps étrangers mobiles déterminent un bruit particulier, *grelotement* de Dupuytren, au niveau de la trachée. Ce bruit peut être entendu lorsqu'on ausculte le larynx; la main perçoit le frémissement.

L'irritation du larynx par le corps étranger, et peut-être aussi les efforts de toux, déterminent souvent, par action réflexe, des nausées et des vomissements.

Marche. Terminaison. — Le séjour des corps étrangers amène des lésions consécutives. Le larynx et la trachée sont irrités, enflammés, ce qui rend la déglutition difficile et douloureuse. Lorsque le corps est enclavé dans une bronche, il est ordinaire de ne point entendre le murmure vésiculaire dans le poumon correspondant. Souvent la bronche s'ulcère, à son niveau, à une profondeur plus ou moins considérable. On a observé la perforation du poumon et la production du pneumothorax. On a vu aussi l'emphysème pulmonaire être amené par les efforts de toux.

Chez certains sujets très-irritables, le corps étranger peut déterminer la mort, après un ou deux accès de suffocation. D'autres gardent un corps étranger pendant des semaines et des mois entiers; ils présentent de temps en temps des accès de toux. On a quelquefois pris cet accident prolongé pour une phthisie pulmonaire.

Diagnostic. — Il est souvent difficile de diagnostiquer exactement la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes. Il faut tenir compte des commémoratifs, s'informer du volume du corps, pratiquer avec soin l'auscultation. On peut, au besoin, recourir au cathétérisme de l'œsophage, pour bien s'assurer que l'obstacle n'occupe pas ce canal. En tout cas, il faut examiner avec soin les matières rejetées par le malade, afin de savoir si le corps étranger n'a pas été expulsé par le vomissement.

Pronostic. — Il est grave, en général, surtout si le corps étranger obstrue une bronche où il est retenu immobile. On ne croit plus aujourd'hui qu'un corps étranger puisse déterminer la tuberculisation. On comprend que le pronostic varie selon les cas.

Traitement. — Si le corps étranger est arrêté au-dessus de la glotte, il faut aller le chercher avec les doigts ou avec une pince. Est-il soluble, il faut attendre. Dans les autres cas, on s'est quelquefois bien trouvé de l'emploi d'un vomitif. Si c'est une pièce de monnaie, un bouton ou tout autre corps, non susceptible d'augmenter de volume, on réussira peut-être à en débarrasser le malade en inclinant fortement sa tête. S'il y a menace de suffocation, et qu'on soit certain de la présence du corps dans la trachée, on fera la trachéotomie.

Il faut ne pas apporter de retard dans le traitement, s'il s'agit d'un corps susceptible de gonflement au contact des mucosités.

§ 4. — Polypes du larynx.

Ces productions morbides, qu'on observe rarement, peuvent se présenter sous deux formes : *polypes muqueux*, *polypes fibreux*. Les premiers appartiennent à la variété de tumeurs connues sous le nom de *myxomes*; les seconds sont des *fibromes* ou des *fibro-adenomes*; souvent le polype, renfermant plusieurs éléments, est *mixte*. On a décrit aussi des *polypes*

épithéliaux, qui ne sont autre chose que des épithéliomas du larynx au début.

Les polypes du larynx se montrent le plus souvent au niveau de la glotte, principalement sur les cordes vocales inférieures.

Les polypes muqueux reposent sur une base large; ils ont souvent l'aspect de verrues, *papillomes*.

Les polypes fibreux, plus durs, plus blancs, et souvent pédiculés, s'observent plus rarement que les autres.

Leurs *causes* sont inconnues. On en observe de congénitaux. Ils sont plus fréquents chez les enfants. On les a attribués naturellement aux diverses irritations de la muqueuse laryngée.

Les *symptômes* qu'ils déterminent consistent en une altération de la voix, depuis l'enrouement jusqu'à l'aphonie complète; en des accès de toux, variables selon les sujets, pouvant déterminer l'asphyxie dans quelques cas; en sensations de corps étranger au niveau du larynx. Si le polype est pédiculé, on peut entendre une sorte de clapottement, *bruit de drapeau*, au niveau du larynx. Des fragments de polypes peuvent être rejetés dans les efforts de toux.

On observe des polypes du larynx qui ne se manifestent que par un léger enrouement.

Le *diagnostic* n'est pas toujours facile à établir. Le plus souvent, on ne songe pas à un polype, et on traite le malade comme s'il était affecté de laryngite, de toux nerveuse. Les accès de suffocation font croire quelquefois à la laryngite striduleuse, au croup, à un corps étranger. Le laryngoscope lève tous les doutes, et permet d'apercevoir, au niveau de la glotte, une tumeur sessile ou pédiculée, rosée ou, plus souvent, blanche.

Le *pronostic* est sérieux. En effet, les polypes épithéliaux s'étendent et récidivent; ils entraînent la mort, dans beaucoup de cas. Nous savons que tous les polypes sont susceptibles, par la suffocation, d'amener l'asphyxie.

Le seul *traitement* efficace est l'extirpation. On peut la pratiquer de deux manières : 1^o on se sert d'un miroir de laryngoscope, que l'on tient d'une main au-dessus du larynx, pendant que l'autre main va chercher le polype au moyen d'une pince, d'un serre-nœud, ou de tout autre instrument, modifié selon la forme, le volume ou la consistance du polype; 2^o dans certains cas, on est forcé d'avoir recours à la laryngotomie.

Nous donnerions volontiers la préférence au procédé que M. Krishaber a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, 19 août 1869. Il s'agissait d'un polype situé dans le ventricule du larynx; l'extraction du polype était impossible par les voies naturelles. M. Krishaber, qui a la pratique des affections du larynx, et qui est profondément versé dans les études anatomiques et physiologiques, imagina de soulever l'un des côtés du cartilage thyroïde, comme on soulève le couvercle d'une boîte, d'extraire le polype par cette ouverture, et de refermer la boîte. Ce qui fut conçu fut