

langue, les efforts pour parler ou pour avaler suffisent pour éveiller de très vives souffrances.

La dyspnée est le symptôme le plus grave; elle ne se rencontre pas dans tous les cas, elle est d'ailleurs variable: nulle dans des cas légers, elle entraîne l'asphyxie dans les cas graves. Presque toujours elle se montre immédiatement après l'accident, et elle diminue les jours suivants, à moins que l'inflammation du larynx et l'œdème consécutif de la muqueuse, ne viennent faire réapparaître ce symptôme après qu'il a cessé.

Si la fracture a été assez grave pour que les fragments des cartilages du larynx ne soient pas maintenus par les ligaments, le corps du larynx peut, pendant l'inspiration, s'affaisser et augmenter la dyspnée par diminution de calibre du canal.

La toux est le résultat, soit de l'irritation du larynx, soit de la pénétration du sang qui provient des déchirures de la muqueuse. Les crachements de sang spumeux qui en résultent se montrent au moment de l'accident, et cessent généralement assez vite.

La voix est très différemment atteinte. Le trouble de la voix ne manque jamais, à un degré quelconque, limité parfois à de la simple raucité, amenant dans d'autres cas une aphonie complète qui est le résultat des lésions de l'organe, des modifications des insertions musculaires, des traumatismes du muscle, et aussi de la douleur que causent au malade les efforts de phonation.

Les *symptômes objectifs* sont: la déformation de la région, la mobilité anormale, la crépitation osseuse et l'emphysème.

La déformation de la région implique un grand traumatisme et de grands délabrements; elle consiste généralement dans la disparition ou dans la diminution de la saillie normale du larynx. Le gonflement qui survient assez vite après l'accident masque au bout de peu de temps cette déformation. Aussi faut-il se contenter souvent de constater la douleur à la pression sur un point limité.

Par la pression latérale des deux lames du thyroïde, on peut sentir la mobilité anormale. Cette sensation, directement perçue sous le doigt, peut constituer souvent l'unique symptôme de la fracture.

Il faut, pour qu'elle se produise, qu'il y ait fracture complète. Pour rechercher cette mobilité il faut: si la fracture est médiane, prendre le larynx entre les deux mains placées sur les lames du thyroïde et mobiliser l'un des côtés sur l'autre; si la fracture est latérale, fixer l'angle du thyroïde avec une main, et, avec l'autre, appuyer sur la lame que l'on croit brisée.

Souvent cette mobilité anormale est suivie en même temps d'une crépitation osseuse ou cartilagineuse, suivant les cas, crépitation qu'il ne faut pas confondre avec le bruit produit par le frottement des grandes cornes du thyroïde contre la colonne vertébrale.

Il ne faut pas trop rechercher la crépitation ou la mobilité anormale, de peur de produire de l'emphysème.

L'emphysème est plutôt une complication qu'un symptôme, il est lié à une lésion de la muqueuse et dû à la pénétration de l'air dans l'épaisseur des tissus. Il est plus ou moins considérable suivant les cas, et ne constitue pas, en général, une grave complication.

La déformation, la mobilité anormale, la crépitation, peuvent ne pas être perçues parce que les ligaments intrinsèques et le périoste, d'une part, la muqueuse (fibro-muqueuse), d'autre part, maintiennent les fragments dans un contact étroit.

L'examen laryngoscopique ne peut guère donner de renseignements très importants. Très difficile à faire supporter au malade à cause de la douleur provoquée par tous les mouvements du larynx, il peut même être dangereux.

**Diagnostic.** — En général facile, il s'appuie sur les commémoratifs et sur les symptômes que nous avons exposés.

Si les commémoratifs sont difficiles à recueillir, on se bornera, pour affirmer la fracture, sur la présence des symptômes déjà exposés, mais sans attacher à ce diagnostic une grande importance, puisqu'une contusion du larynx peut donner lieu à des symptômes tout aussi graves.

C'est seulement lorsque les symptômes seront tout à fait probants (déplacement, emphysème) que le diagnostic sera utile au traitement.

**Pronostic.** — Les fractures du larynx sont d'un pronostic grave.

Les accidents causés par la fracture du larynx, ou par le traumatisme sur les régions environnantes, peuvent se terminer rapidement par la mort. La mort survient généralement très vite, quelques instants ou quelques heures après l'accident.

Les premiers accidents calmés, il faut cependant songer que l'état peut se compliquer brusquement, sans qu'il soit possible de le prévoir: Hénocque avait trouvé, sur 52 cas de fractures, 9 guérisons et 43 morts; Fischer, sur 71 cas, compte 57 morts et 15 guérisons.

Toutes les statistiques sont d'accord pour dire que les fractures du cricoïde sont d'une gravité spéciale. Ces fractures nous paraissent en réalité plus graves que les autres, parce qu'elles exigent, pour être produites, des traumatismes plus violents, en raison de l'élasticité de l'anneau cricoïdien.

Gurlt montre que la guérison est impossible. Il est certain que les fractures du cricoïde sont très graves, mais il y a des cas de guérison: celui de Sanglet et celui de Trenlich, par exemple. Dans ce dernier, il y avait eu fracture du thyroïde, fracture double du cricoïde et rupture de la trachée (rapporté par S. Cohen).

Les fractures de la trachée présentent également une exceptionnelle gravité, pour les mêmes raisons que celles du cricoïde.

**Traitement.** — Comme dans toutes les lésions du larynx, la

première instruction à suivre est d'assurer, pour le présent et pour la suite, la respiration.

Si la fracture a été reconnue, il est presque toujours bon de pratiquer la trachéotomie, parce que, de la sorte, on met le malade à l'abri de toute surprise. Frédet et Gagnon citent une observation très instructive à ce sujet. Appelés auprès d'un malade, ils diagnostiquèrent une fracture du larynx ; mais, vu l'amélioration des symptômes, à partir du moment de l'accident jusqu'à celui de la visite des médecins, ils crurent pouvoir différer la trachéotomie. Cependant, trois jours après, le malade mourait subitement, au moment où il faisait effort pour remonter sur son lit, qu'il venait de quitter pour satisfaire un besoin. L'autopsie révéla une triple fracture du cricoïde.

La trachéotomie doit être pratiquée, même dans des cas en apparence désespérés, parce qu'elle permet de rétablir la respiration et de ramener quelquefois le malade à la vie.

Mais si la trachéotomie est un traitement préventif qui donne de la sécurité au médecin en mettant le malade à l'abri de tout danger d'asphyxie, elle n'est pas toujours suffisante pour donner une guérison définitive. Il est même des cas où il fut impossible d'enlever plus tard la canule par suite des déformations supérieures du larynx. C'est pour cela qu'on a eu recours à d'autres procédés.

Le *tubage du larynx* trouve ici une application raisonnée, la canule introduite dans le larynx pouvant servir en même temps pour tenir écartées les parties fracturées et pour former, en quelque sorte, une attelle qui présidera à leur consolidation. En même temps la respiration se fera par cette même canule. La tubage a l'avantage de ne pas être une grande opération, de laisser continuer la respiration par le larynx, et de répondre en même temps, au point de vue thérapeutique, à des indications très précises.

La *thyrotomie* fut conseillée pour la première fois par Panas et Caterinopoulos pour permettre de tenir écartées les deux moitiés du larynx jusqu'à la consolidation de la fracture du cartilage thyroïde dans une bonne position, tandis que la respiration était assurée par l'orifice de la plaie.

Fischer avait déjà proposé de faire de la *trachéotomie* une opération définitive en introduisant dans le larynx, une fois la boutonnière faite, un ballon à air, analogue au pessaire Gariel, gonflable après son introduction. Beaucoup plus conforme aux principes de la chirurgie moderne est le conseil de Wagner, qui indique d'abord la trachéotomie, et puis, celle-ci faite, le malade mis à l'abri de tout danger d'asphyxie, la thyrotomie suivie du redressement des parties fracturées et du bourrage de la cavité avec de la gaze iodoformée pour maintenir les fragments. Pour terminer, suture d'une partie de la plaie, laissant seulement l'espace nécessaire pour changer le pansement.

Tels sont les procédés divers dont on peut être appelé à se servir

lorsque la fracture du larynx a été reconnue ; mais il n'en est pas toujours ainsi et le diagnostic reste douteux. Dans ces cas, on n'est pas en droit d'intervenir, et l'expectative est la règle. Il faudra se contenter de réduire le malade à l'immobilité la plus absolue, et ne pas même pousser trop loin les recherches du diagnostic.

Nous sommes convaincu que, la thérapeutique des fractures du larynx se conformant à ces principes, les statistiques de mortalité seront moins déplorable.

## BRULURES DU LARYNX (1).

Samuel Cooper et Marjolin ont les premiers parlé des brûlures du larynx et des accidents consécutifs. Ryland a montré qu'elles pouvaient être la conséquence d'inhalations de vapeurs surchauffées ou de flammes.

Ces accidents sont tout particulièrement fréquents en Angleterre et dans les pays froids, surtout dans la classe pauvre où l'habitude de boire du thé bouillant au bec même de la théière est, paraît-il, fréquente.

Les brûlures du larynx peuvent survenir dans les conditions suivantes :

1° Par inhalations de vapeurs surchauffées ou de flammes, surtout de vapeurs enflammées, d'alcool ou d'éther. Celles-là peuvent intéresser tout le larynx.

2° Par ingestion de liquides, lorsque les brûlures sont dues au passage de liquide brûlant ou de liquide caustique dans l'isthme du gosier, elles n'intéressent que la partie tout à fait supérieure du larynx.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions dans les brûlures du larynx, peuvent comme dans les autres parties du corps, atteindre plus ou moins profondément les tissus. Tantôt il y a simplement hyperhémie sans gonflement des parties, tantôt ce gonflement peut être assez considérable pour obturer la lumière du larynx, et, s'il s'agit de liquide corrosif, il peut y avoir mortification de plaques plus ou moins étendues de la muqueuse.

Les lésions portent, en général, non seulement sur le larynx, mais sur les parties voisines. Il est rare, on le conçoit, que la base de la langue, l'épiglotte, le voile du palais et le pharynx soient indemnes, et l'on trouve dans ces régions les mêmes altérations. De plus, la trachée, les bronches peuvent avoir subi les mêmes accidents, et

(1) JAMESON (W.), Oedema of the glottis occasioned by the attempt to swallow boiling water, illustrated by 13 cases (*Dublin quart. Journ.*, vol. V, 1848, p. 59). — HUTCHINSON (J.), On the avoidance of tracheot. in scald of the glottis (*The Lancet*, 1871). — HAMILTON (J.-B.), A report of two cases of scalding of the air passages by accidental inhalation of steam, with remarks (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1889, vol. XII, p. 47).

cela se voit surtout lorsqu'il y a eu inhalation de vapeurs enflammées. On peut voir alors la muqueuse se dépouiller de ses couches les plus externes qui sont éliminées par lambeaux plus ou moins étendus.

Les lésions produites par les liquides bouillants ne dépassent pas la glotte, qui se ferme à leur contact et protège ainsi la dernière portion du canal aérien.

**Symptomatologie.** — L'ordre et le moment d'apparition des symptômes est variable suivant l'agent de la brûlure. S'il s'agit de liquides très chauds, c'est la douleur qui apparaît tout d'abord. C'est une sensation d'ardeur dans la région du larynx, douleur continue mais exagérée à chaque inspiration par le passage de l'air froid sur la partie brûlée. C'est ce qui fait que la respiration est courte, les malades raccourcissant autant qu'ils peuvent l'inspiration : partant elle est fréquente.

La déglutition augmente la douleur, d'où dysphagie assez prononcée. S'il y a eu inhalation de flammes, la dyspnée, la dysphagie, l'aphonie n'apparaissent que plus tard. S'il y a eu introduction de matières corrosives, les accidents peuvent ne pas être immédiats, il faut laisser à l'agent le temps de faire la destruction par cautérisation chimique des tissus. Portes cite le cas d'une jeune fille qui, après avoir avalé une quantité assez forte d'acide sulfurique vint s'asseoir avec ses compagnes, put prendre une tasse de thé avec elles, et ne fut prise d'accès que quelques instants après. Elle mourut très rapidement et ses compagnes furent accusées de l'avoir empoisonnée (Solis Cohen). Lorsque la brûlure est peu profonde, les accidents peuvent s'arrêter là ou rester tels pendant plusieurs jours pour aller en décroissant et disparaître tout à fait. Ils peuvent, dans d'autres cas, s'aggraver par la tuméfaction et le gonflement des tissus. Ce gonflement porte surtout sur les régions supérieures du larynx : l'épiglotte infiltrée, rouge et turgide, peut être aperçue en arrière de la langue ; ses mouvements d'abaissement ne sont plus possibles, elle ne sert plus d'opercule au larynx et la déglutition est gênée d'autant.

Le gonflement peut gagner des parties plus profondes, soit peu d'instants après la brûlure, (liquides bouillants) soit dans les heures ou la journée qui suivent (inhalations de vapeurs caustiques). Le calibre du canal aérien s'en va diminuant, et à la dyspnée légère succède un tirage progressif avec quelques accès de suffocation occasionnés par la toux et par la difficulté qu'éprouve le malade à se débarrasser des sécrétions et des mucosités qui diminuent encore la lumière du larynx.

Les accidents pourront encore être plus tardifs lorsqu'une cautérisation chimique a produit l'escarrification des parties et que la chute de l'escarre entraîne des modifications dans la structure même de l'organe.

Enfin il ne faut pas perdre de vue que le processus de guérison des brûlures par rétraction cicatricielle peut produire des accidents éloignés et qu'un rétrécissement persistant entraînant la dyspnée habituelle et l'aphonie, peut en être conséquence.

Depuis le moment de la brûlure jusqu'à sa guérison complète, il faut être prévenu qu'il peut se produire à tout instant et sous l'influence des causes les plus banales, de véritables accès de spasmes de la glotte, analogues à ceux que nous observons au moment des cautérisations thérapeutiques par l'acide lactique par exemple.

Le laryngoscope ne sera pas d'un grand secours dans les accidents du début ; il pourra seulement être utile : pour porter quelques topiques calmants sur la muqueuse, pour observer l'étendue des lésions, et faire ainsi présumer de la nécessité relative de la trachéotomie.

Dans les accidents éloignés, au contraire, il donnera l'aspect, la forme, l'étendue des lésions permanentes, et permettra l'application d'un traitement endolaryngé.

**Diagnostic.** — Il faudra juger d'après les commémoratifs, la connaissance de l'agent qui a produit l'accident, la marche de ces accidents, de la gravité que peut avoir la brûlure. Il faudra se souvenir que les complications ne surviennent que plusieurs heures après, et par conséquent surveiller le malade et se tenir prêt à toute éventualité.

**Pronostic.** — Le pronostic est variable suivant la cause ; il doit toujours être réservé, même malgré la bénignité apparente des premiers symptômes, un œdème considérable du larynx se montrant d'un instant à l'autre et sans aucun rapport apparent d'intensité avec les phénomènes du début. Il devra être plus réservé encore dans les cas d'introduction de liquide caustique, étant donné que les accidents peuvent survenir brusquement, quoique d'une manière tardive, et que d'autre part la cicatrisation vicieuse de la place peut être une cause de rétrécissement ultérieur.

**Traitement.** — Les antiphlogistiques à l'extérieur du larynx et à l'intérieur, formeront la base de tout traitement, les compresses chaudes ou glacées sur le devant du cou, l'enveloppement humide de la région pour l'extérieur. Pour l'intérieur, l'aspiration de vapeurs chaudes, d'air humide filtré au travers d'une compresse ou d'une éponge exprimée placée au-devant du nez, la respiration nasale régulière et calme, la pulvérisation dans la pièce occupée par le malade, de vapeurs d'eau phéniquée à 1 p. 100 ou à 1 p. 200. On fera avaler des petits morceaux de glace, et s'il est possible, on insufflera dans le larynx des poudres calmantes :

Morphine .....	} aa
Sucre de lait .....	
Gomme pulvérisée .....	

une pincée toutes les deux ou quatre heures.

Si les lésions sont placées dans la région supérieure, on touchera avec un pinceau imbibé d'huile mentholée très légère ou d'une solution huileuse d'acide phénique à 2 ou 3 p. 100. Enfin, si le tirage augmente progressivement, il ne faudra pas hésiter à pratiquer la trachéotomie.

Faut-il faire la trachéotomie préventive? oui, si l'on ne peut surveiller le malade et qu'on ait des raisons de redouter les accidents de suffocation.

Le laryngoscope sera surtout utile pour le traitement consécutif. On pourra faire des attouchements de la muqueuse, enlever les escarres à la pince, diriger la cicatrisation et le bourgeonnement de la plaie, comme on le fait en un autre point du corps. Enfin, les cicatrices vicieuses étant produites, ou le rétrécissement étant survenu, on pratiquera la dilatation progressive, soit par le tubage de la glotte, soit par l'introduction journalière de bougies et de sondes de Schroetter.

Pour ce traitement qui est toujours long, on sera quelquefois obligé de pratiquer une trachéotomie préventive.

Le collapsus est un accident fréquent de toutes les brûlures étendues : son traitement ne présente pas ici d'indications particulières.

#### CORPS ÉTRANGERS DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE (1).

Les liquides, les vapeurs, les gaz introduits dans le larynx par un faux mouvement de déglutition ou par des inhalations ne seront pas considérés comme corps étrangers.

Nous laisserons aussi de côté l'introduction de pus, de sang, de liquides médicamenteux pénétrant dans le larynx au cours d'une opération ou d'un traitement.

**Étiologie.** — Il nous reste donc à étudier les corps étrangers vivants ou inanimés susceptibles de se fixer dans le larynx ou la trachée. Ils pénètrent ordinairement dans le larynx par la bouche, pendant la mastication, pendant la déglutition, ou pendant que la bouche est ouverte pour l'aspiration. On en a vu exceptionnellement s'introduire par une plaie du cou. D'autres fois, venant en sens inverse, de bas en haut, ils proviennent du poumon ou plus souvent de l'œsophage pendant un effort de vomissement.

Les corps étrangers vivants pénètrent par la bouche pendant un

(1) POULET, Traité des corps étrangers, art. CORPS ÉTRANGERS DES VOIES AÉRIENNES. Paris, 1879. — KRISHABER, De la conduite de l'opérateur en face des corps étrangers engagés au niveau de la glotte (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, Paris, 1880, p. 319). — BAZUMANSKY, Extraction de la trachée de deux canules à trachéotomie (*Revue intern. des sc. méd.*, Paris, 1889, p. 709). — De l'action des corps étrangers dans le larynx des vieillards (*Semaine méd.*, 1896, p. 68). — PASTEAU et VEAU-VERTE, Corps étrangers de la trachée anal. dans les *Arch. int. de laryng.*, 1896, p. 156. — LICHTWITZ, Thyrotomie pour corps étranger enclavé dans le larynx (*Ann. des mal. de l'or.*, 1896).

fort mouvement d'inspiration ; ce sont des insectes, des mouches, qui ont passé en même temps que l'air. D'autres fois ce sont des sangsues qu'on avait mis dans la bouche dans un but thérapeutique et qui se sont échappées du tube qui les renfermait, à moins encore qu'elles ne se soient arrêtées sur l'épiglotte, introduites jusque-là par l'absorption d'une eau impure, cas observés chez les soldats pendant les campagnes.

Tous les corps inanimés sont susceptibles d'être rencontrés dans le larynx. Les uns sont solubles, sucre, bonbons, et l'humidité du larynx suffit pour les dissoudre s'ils ne sont tout d'abord rejetés.

D'autres au contraire augmentent de volume au contact de cette humidité — graines, haricots — et deviennent de ce fait plus dangereux à mesure qu'ils séjournent davantage. Enfin d'autres corps gardent toujours le même volume — os, pièce de monnaie, aiguille — et le danger provient, soit de l'irritation de l'organe, soit de l'obstacle apporté à la respiration.

L'âge est un grand facteur dans l'étiologie des corps étrangers du larynx et de la trachée. Sur 102 cas réunis par Aronssohn, 40 étaient relevés sur des enfants de 1 à 6 ans et 15 seulement de 10 à 20 ans ; plus tard, la proportion se relève, et les corps étrangers deviennent fréquents chez les vieillards.

La profession, le caractère du sujet, la maladie, sont tout autant de circonstances qui favorisent ces accidents. C'est ainsi que les souffleurs de verre en sont fréquemment atteints ; de même c'est pendant le rire que souvent les enfants laissent pénétrer leurs jouets dans le larynx, et on sait que les affections de l'épiglotte gênant les mouvements de déglutition ont pour conséquence le passage des aliments par une fausse voie.

A toutes ces causes, ajoutons encore les *accidents opératoires*, pièce dentaire pendant la chloroformisation, séquestres ou corps étrangers du nez repoussés dans le pharynx. Un malade s'étant présenté à moi avec un corps étranger du nez que par sa forme je jugeai difficile à extraire par la narine, je résolus de l'extraire dans une séance ultérieure, non toutefois sans avoir pratiqué des sondages qui mobilisèrent le corps étranger. Le malade rentra chez lui, et au moment de son repas, il fut pris d'un formidable accès de suffocation qui commençait à effrayer sérieusement son entourage, lorsqu'un accès de toux lui fit expulser un fragment d'os allongé que je reconnus, le lendemain, être le corps étranger du nez.

Si le corps étranger s'arrête dans le larynx, on l'y trouve ensuite fixé, tantôt dans l'un des ventricules, tantôt dans les deux, tantôt saisi entre les cordes vocales. On comprend très bien, vu les divers replis formés par la muqueuse laryngée, que les corps étrangers puissent s'y fixer, d'autant que ce sont des corps plats et anguleux ; s'ils sont petits et ronds, ils ont plutôt tendance à glisser dans la trachée.

Si au contraire le corps étranger a pénétré jusque dans la trachée, les conditions ne sont plus les mêmes. La trachée forme un conduit à bords réguliers, le corps étranger y reste libre et modifie sa situation à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration.

**Anatomie pathologique.** — Suivant la remarque de Fr. Gross, de Nancy, les corps étrangers s'arrêtent plus fréquemment dans la bronche droite, parce qu'à la bifurcation des bronches, le calibre de celle-ci est plus considérable, et qu'elle se trouve davantage sur la continuation de la trachée. Rarement le corps étranger dépasse la première ramification, on en a cependant trouvé plus profondément : cela dépend surtout de sa grosseur, témoin les molécules de charbon que l'on trouve à l'autopsie dans les dernières ramifications pulmonaires.

Selon les statistiques de Bourdillat qui portent sur 156 cas de corps étrangers des voies aériennes, 80 se logèrent dans la trachée, 35 dans le larynx, 26 dans la bronche droite et 15 dans la bronche gauche.

La statistique de Durham ne concorde pas tout à fait avec celle de Bourdillat. Pour lui le larynx serait le siège le plus fréquent des corps étrangers. Sur 15 cas observés par lui, 7 fois le corps étranger s'est arrêté dans le larynx, 5 fois dans la trachée, 2 fois dans la bronche droite, et 1 fois dans la bronche gauche. Cette statistique est plus en rapport avec la réalité des faits.

Des lésions anatomiques secondaires ne tardent pas à se produire. Ce sont d'abord des lésions inflammatoires locales, se traduisant par de la rougeur de la muqueuse, rarement ulcérée cependant (Gross), puis des troubles éloignés : emphysème, gangrène, abcès du poumon, ruptures de vaisseaux ou de cartilages du larynx par les efforts de toux.

D'autres fois cependant le larynx et la trachée s'habituent tellement bien à la présence du corps étranger, et sont tellement peu impressionnés par eux qu'ils ne réagissent nullement, et que tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue des symptômes, il n'y a aucun trouble (cas de Renaudin et de Mondière).

**Symptomatologie.** — Les symptômes sont très variables suivant le volume du corps étranger, et suivant son implantation. Ils peuvent être nuls au début, et ne se manifester qu'à l'occasion d'un mouvement du corps étranger, que ce mouvement soit spontané ou provoqué par une tentative d'extraction. Cette considération est importante au point de vue du traitement.

Le premier et le plus fréquent de tous les symptômes consiste dans une crise de douleur et de toux subites, avec sentiment de suffocation et de spasme du larynx. Toutefois ce symptôme ne se rencontre pas toujours au début de l'accident, mais seulement quelques instants après, et même longtemps après (malade de Louis qui conserva pendant un an un noyau de cerise dans le larynx).

Si le corps étranger est volumineux, et s'il se fixe dans le larynx,

l'asphyxie peut s'en suivre, et la mort être instantanée, à moins que les efforts convulsifs du malade ne le puissent déloger.

Si le corps étranger est petit, il peut séjourner longtemps sans donner lieu à d'autres troubles que quelques accès de toux. Enfin le corps étranger peut s'enkyster.

Si c'est dans la trachée que le corps étranger est descendu, il y demeure généralement libre, entraîné plus profondément à chaque mouvement d'inspiration, repoussé à chaque expiration. Comme la sensibilité de la trachée s'émousse le corps étranger trouve à se fixer en un point, et si son volume n'est pas trop considérable, il peut y demeurer sans grand inconvénient. Lorsqu'au contraire il reste mobile, le malade peut ressentir une sensation de douleur mobile ; un bruit de choc, de grelottement, de soupape, peut être entendu à l'auscultation du larynx (Dupuytren), quelquefois même entendu à distance et perçu à la palpation. Mais alors, dans ces déplacements, le corps étranger peut aller frapper contre la glotte, et s'il parvient à s'enclaver dans l'orifice glottique, ce qui est arrivé en certains cas, la mort survient en quelques instants.

Si enfin le corps étranger est peu volumineux, et s'il a pénétré dans les petites ramifications bronchiques, il peut demeurer longtemps sans occasionner de troubles.

Le tirage inspiratoire fournit d'importants renseignements ; il est constant, mais coupé d'accès, lorsque le corps étranger se déplace et se transporte dans une région plus sensible. Le tirage sus-sternal est la preuve certaine que le corps étranger n'a pas dépassé le larynx ou la trachée.

A tous ces symptômes variables suivant le point où est situé le corps étranger, s'en ajoutent d'autres variables suivant la forme et la nature de ce corps.

Les corps acérés et anguleux de toute dimension, produisent une douleur très aiguë et continue lorsqu'ils restent enclavés de manière à presser contre les parties molles adjacentes, et ils déterminent rapidement une inflammation locale considérable. La douleur est susceptible de recrudescence à chaque mouvement de déglutition ou à chaque effort de phonation.

Ces symptômes sont variables également avec la nature du corps étranger. Les auteurs anciens disent qu'Anacréon mourut pour avoir laissé pénétrer dans ses voies respiratoires un grain de raisin, et Nélaton croyait que la mort était la terminaison ordinaire, lorsque des légumes secs avaient séjourné pendant plus de trois jours dans le larynx. Des corps étrangers volumineux peuvent inversement séjourner fort longtemps dans le larynx sans donner lieu à aucune complication, tel le cas de Gross, d'un grand morceau d'os qui fut expulsé par la toux après avoir séjourné 60 ans dans les voies aériennes.

L'examen objectif peut se faire par la palpation, l'auscultation,