

canule : on aura peut-être la chance que le corps soit rejeté au dehors quelques heures ou quelques jours plus tard dans une secousse de toux. Quelques auteurs conseillent de laisser la trachée indéfiniment ouverte, tant qu'on a la certitude que le corps étranger est encore dans la poitrine¹. Par contre, dans les cas nombreux où cette certitude ne sera pas absolue, dans ceux également où le corps, solidement enclavé dans une petite bronche, ne provoque pas de trouble sérieux, on sera autorisé, croyons-nous, à fermer la plaie trachéale au bout de quelques jours ou de quelques semaines et à laisser les choses en l'état. Mais, en raison des accidents graves qui peuvent survenir tôt ou tard, l'abstention et l'expectation ne sont de mise que dans ces cas particuliers.

Lorsqu'on a affaire à un corps étranger métallique (épingle, clou) on peut en tenter l'extraction au moyen d'un électro-aimant puissant appliqué directement au-devant de l'orifice trachéal ou muni d'une sonde électromagnétique qu'on introduit dans la trachée jusqu'au contact du corps étranger².

(¹) NADE. Obs. de noyau de tamarinier dans la bronche droite. *Lancet*, 14 décembre 1895.

(²) GAREL. Clou fixé dans la bronche droite. *Ann. des mal. de l'oreille*, etc., février 1901, p. 155. — PROTA. L'elettrocalamita applic. all'estrazione d. corpi estranei metall. delle vie aeree. *Arch. ital. di laringologia*, janvier 1905, p. 20.

XIII

TRACHÉOCÈLE

PAR LE D^r J. COMBY

Sous les noms de *tumeur gazeuse périthyroïdienne*, de *goitre aérien*, *goitre venteux*, *aérocèle*, *trachéocèle* (Devalz, *Soc. chir.*, 1^{er} oct. 1875), on a décrit une tumeur gazeuse du cou, imitant grossièrement le goitre, quoiqu'elle soit indépendante de la thyroïde.

La trachéocèle est une sorte d'emphysème localisé et enkysté qui siège sur les parties latérales et inférieures du cou, d'un côté seulement, à droite ou à gauche indifféremment. Tandis que dans l'emphysème sous-cutané ordinaire, l'épanchement gazeux se répand peu à peu dans les mailles du tissu conjonctif, pour se généraliser parfois à tout le corps, dans la trachéocèle, l'épanchement gazeux se limite, s'enkyste dans une loge adventice qui le transforme en véritable tumeur et s'oppose à ses progrès.

Étiologie et pathogénie. — La trachéocèle s'observe à tous les âges de la vie, elle n'est pas congénitale quoiqu'on puisse la rencontrer dans la première enfance (garçon de 20 mois, ayant présenté les premiers signes à 15 mois. — PARK WEST). Elle n'a rien de commun avec les kystes séreux congénitaux liés au développement du fœtus.

Cependant Faucon (*Soc. chir.*, 10 déc. 1875) admet une trachéocèle congénitale par arrêt de développement des parois de la trachée; il en a observé un cas chez un enfant.

La trachéocèle peut être traumatique ou spontanée. L'air qui la constitue peut provenir du larynx, de la trachée, des bronches.

Krishaber (*Dict. Dech.*, tome IX, 4^e série, 1885) admet deux mécanismes pour la production de la tumeur gazeuse cervicale :

1^o Rupture du conduit aérien et épanchement d'air dans les régions voisines;

2^o Hernie des parties molles entre les pièces cartilagineuses du larynx ou de la trachée.

Richter admettait une pathogénie plus complexe et plus variée : 1^o pénétration d'air dans la glande thyroïde; 2^o rupture de la muqueuse pendant un effort de toux, entre deux cartilages laryngés ou entre les anneaux de la trachée; 3^o hernie de la muqueuse entre les cartilages ou les anneaux; 4^o dilatation des anneaux (Heydenreich, *Der Kropf*, 1845).

Devalz (*Soc. chir.*, 1875) a vu la hernie se faire à travers la partie antérieure de la trachée (tumeur bilobée des deux côtés du cou, le lobe droit descendant plus bas que le gauche).

Parfois la hernie se fait entre le cartilage cricoïde et le premier anneau de

la trachée, ou bien entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Il se forme alors une petite tumeur de la grosseur d'une noisette.

Les hernies de la muqueuse (*trachectasies kystiques* de Virchow) débutent par la partie postérieure de la trachée, et ne pouvant se développer en arrière à cause des corps vertébraux, elles font saillie sur les côtés. L'orifice de communication se rétrécit peu à peu, se pédiculise, s'oblitère et alors on a un kyste parfait qui, dans quelques cas, par suite de la résorption spontanée de l'air, et l'irritation secondaire de ses parois, peut se remplir de liquide.

Virchow a décrit une autre variété (*laryngocèle ventriculaire*) qui serait la prolongation du ventricule du larynx jusqu'au niveau de l'os hyoïde ou de la muqueuse sublinguale, formant ainsi une petite poche aérienne.

Symptômes. — Ces tumeurs gazeuses, quel que soit leur siège, sont de volume assez restreint, sonores à la percussion, molles au palper, parfois crépitanes, réductibles en partie ou en totalité, augmentant par les cris et les efforts, etc. La voix peut être rauque ou voilée (Devalz), chevrotante (Faucon), ou abolie. Quand on comprime la tumeur, on peut faire disparaître la voix.

La tumeur est indolente, soit spontanément, soit à la pression. A l'auscultation, dans quelques cas, on entend un murmure vésiculaire affaibli ou voilé; si la tumeur descend près de la clavicule, l'auscultation du sommet pulmonaire fait entendre parfois un souffle amphorique avec pectoriloquie, qui disparaît par la compression de la tumeur.

Cette symptomatologie répond aux hernies de la muqueuse.

Quand la trachéocèle résulte de la rupture du conduit aérien avec épanchement gazeux consécutif, on note l'apparition brusque d'une tumeur molle, dépressible, crépitante, dans le tissu cellulaire du cou, comme un premier stade d'emphysème. Cet emphysème peut se résorber ou se généraliser; mais, dans quelques cas, il s'enkyste pour former la trachéocèle.

Voici, pour fixer les idées par un exemple concret, l'observation d'un cas de trachéocèle observé par le Dr J. Park West (*Arch. of Ped.*, avril 1899).

Garçon de 20 mois; à partir de 15 mois, on note, de temps à autre, un gonflement minime un peu à gauche et au-dessous du larynx. Depuis 2 ou 3 mois, la tumeur a grossi en devenant permanente. Son volume égale celui d'un œuf de poule; elle occupe le côté gauche et antérieur du cou, au-dessus de la clavicule; elle est indépendante de la trachée et du larynx. Cette tumeur est molle, sans fluctuation ni crépitation; elle donne la sensation aérienne quand l'enfant reste tranquille; elle se tend et durcit, quand il crie. Par la pression, on réduit la tumeur des $\frac{5}{4}$; mais elle reprend ensuite son volume. Quand la respiration est calme, elle ne varie pas. Dans les inspirations profondes, elle diminue de moitié; dans les expirations fortes, prolongées, quand l'enfant crie, elle double de volume. A la percussion, son tympanique. Auscultation négative. Aucune gêne pour les mouvements, la respiration, la déglutition.

Le Dr Barbosa dos Santos, cité par Fernandez Figueira (*Éléments de séméiologie infantile*, Paris, 1905), a vu un petit garçon présenter une trachéocèle de faible volume au côté gauche du cou. Les symptômes étaient les mêmes que dans le cas précédent.

Diagnostic. — On ne s'attend guère à rencontrer au cou des tumeurs gazeuses enkystées, d'où les difficultés de diagnostic de la trachéocèle.

Il faut d'abord éliminer les goitres proprement dits qui siègent dans la glande thyroïde, et ont une consistance plus ferme, sans réductibilité, sans variation de volume, suivant les périodes d'effort et de repos. Il est vrai que l'épanchement gazeux pourrait à la rigueur se faire dans la loge thyroïdienne. Mais cela est exceptionnel. On pensera ensuite aux différentes tumeurs congénitales ou acquises du cou : kystes congénitaux, adénites suppurées, abcès froids, etc. La consistance, la forme, les allures de ces tumeurs ne rappellent en rien l'aérocèle.

Quant à l'emphysème, il est plus diffus, plus crépitant, et se propage loin de son point de départ. La trachéocèle au contraire est une tumeur limitée, molle, arrondie, réductible en partie, se gonflant par les efforts, diminuant par l'inspiration.

Le pronostic n'est pas mauvais, en ce sens que la vie ne semble pas menacée par la trachéocèle. Mais la guérison est très incertaine. Il y a là un kyste qui ne se résorbe pas et qui peut persister indéfiniment.

Traitement. — On pourrait être tenté, en présence d'une tumeur peu gênante il est vrai, mais désobligeante, d'intervenir chirurgicalement. Mais le kyste aérien communique plus ou moins largement avec la trachée, et la récurrence est à craindre en supposant que les difficultés opératoires ne soient pas suffisantes pour retenir la main du chirurgien. Il vaut donc mieux s'abstenir en se contentant de faire une légère compression de la tumeur qui la maintienne et la cache aux yeux de l'entourage.