

telle sorte qu'ils forment des tumeurs isolées qui ne présentent pas les caractères précis attribués au goître.

Quant au cancer, qu'il soit survenu dans la thyroïde saine, ou ne constitue qu'une période avancée de l'évolution d'un goître, il échappe généralement dès le début aux recherches les plus attentives. Par son siège, en effet, il réunit la plupart des signes de l'hypertrophie thyroïdienne et, par son accroissement rapide, ne rappelle que la marche de certaines tumeurs bénignes qu'on voit quelquefois se former par poussées successives. A un degré plus avancé seulement, quand la peau, au lieu de rester libre, se laisse envahir et perforer, quand il se forme des foyers de fausse fluctuation et de ramollissement, quand des ganglions apparaissent, et des complications graves du côté de la trachée surviennent, alors seulement le diagnostic peut être fait à coup sûr.

Les complications du goître doivent être, on le comprend, l'objet des plus attentives recherches. La dyspnée, les troubles nerveux, la dysphagie, l'inflammation témoignent, ou bien d'une lésion de voisinage qui n'appartient pas à une tumeur, ou bien d'un goître déjà reconnu.

Pour répondre à la première partie de la question, il est facile de rechercher s'il n'existe pas ailleurs que sur la thyroïde une compression exercée par une tumeur des ganglions, des vaisseaux, des os, s'il ne n'est pas développé quelque abcès ossifluent ou rétro-pharyngien, s'il n'est pas survenu dans le pharynx, les amygdales, le larynx, une inflammation ou un néoplasme capable d'entraîner une gêne de la respiration ou de la déglutition.

L'absence d'un volume exagéré du corps thyroïde n'est pas une raison pour exclure du diagnostic les troubles respiratoires, vasculaires ou nerveux que pourrait produire une tumeur développée dans son tissu. On sait, au contraire, que les plus petites tumeurs sont précisément celles qui amènent de redoutables complications. Il s'agit alors de goîtres fibreux à consistance ferme et inégale, sillonnés de tractus fibreux, adhérents aux parties profondes qui enserrant la trachée dans un tissu inextensible. Dans d'autres circonstances ce sont des goîtres volumineux qui, par leur masse, compriment les voies respiratoires, qu'ils soient limités au cou, ou qu'ils s'insinuent derrière le sternum et descendent vers la terminaison de la trachée et les gros vaisseaux thoraciques. Dans des cas plus rares, ce sont des tumeurs malignes rapidement envahissantes, qui arrivent à perforer la trachée, en même temps qu'elles marchent vers la peau et produisent, à un moment donné, des hémoptysies, de la toux et des crachats diversement colorés par du sang et des détritiques organiques.

Pour apprécier d'une façon exacte les diverses complications possibles dans l'évolution du goître, il faut toujours, en dernier ressort, tenir compte des poussées congestives si fréquentes dans les affections de la thyroïde et même de l'inflammation qui, par l'intensité de ses phéno-

mènes, tient une large place parmi leurs complications ; la thyroïdite est, on le sait, un accident fréquent du traitement des goîtres et de leur évolution, et les symptômes rapides, aigus qu'elle amène, l'empâtement profond et diffus qu'elle occasionne, la fièvre qui l'accompagne, ne peuvent laisser longtemps le diagnostic en suspens.

Mais ce serait une grave erreur de ne pas, dans le diagnostic différentiel des maladies du corps thyroïde, prêter une attention spéciale au goître exophtalmique. On comprend bien qu'une tumeur de la glande thyroïde puisse comprimer les vaisseaux de retour et amener un certain degré d'exophtalmie ; mais il est rare que cette exophtalmie soit accompagnée de troubles cardiaques, à moins qu'il n'existe aussi des altérations des nerfs pneumogastrique et grand sympathique. En principe, on devra se méfier d'une erreur quand la triade symptomatique, tumeur thyroïdienne, exophtalmie, palpitations, existe dans un cas donné. Seulement, il est un ensemble d'autres caractères qui guidera le diagnostic : la maladie de Graves se développe, en général, chez des personnes délicates, chez des femmes nerveuses ; la tumeur n'apparaît guère avant l'exophtalmie et les palpitations, elle a été précédée de troubles moraux, de changements de caractère, et, en dernier lieu, il est toujours difficile d'interpréter les symptômes observés par une compression qui ne peut être justifiée par le volume trop restreint de la glande. On conçoit à quelles graves conséquences thérapeutiques exposerait une semblable erreur de diagnostic.

TRAITEMENT DES TUMEURS DU CORPS THYROÏDE.

Les tumeurs du corps thyroïde réunies sous la désignation générale de goîtres ne sont pas toutes justiciables d'opérations chirurgicales. Ce principe se trouve établi d'emblée par la structure et les rapports de l'organe qui nous indiquent les accidents nombreux qui peuvent succéder à une action directe portée sur une région où l'inflammation est capable d'amener de redoutables complications.

Aussi, convient-il de repousser les interventions que réclamerait seulement l'esthétique et de les réserver pour les cas où la vie se trouve menacée à plus ou moins longue échéance.

Mais si la médecine opératoire a peu de chose à faire dans bon nombre de circonstances, le traitement médical doit toujours être employé pendant un temps suffisant pour lui permettre d'agir ou prouver qu'il restera désormais inefficace.

Toute tumeur, à part certains goîtres congénitaux qui échappent aux essais thérapeutiques, à part aussi les productions malignes difficilement reconnues, tous les goîtres peuvent être avec avantage soumis à une médication générale.

Cette médication s'adresse surtout à l'iode et aux iodures, mais elle

doit, sous peine de produire des altérations locales, éviter tout topique irritant, toute application de nature quelconque.

Le traitement chirurgical devient nécessaire du moment où la tumeur, soit par le fait de son volume de plus en plus considérable, soit par sa composition ou sa forme, menace les organes voisins et produit les divers troubles fonctionnels que nous avons indiqués.

Cependant les complications graves peuvent bien, dans quelques circonstances, ne pas être les seules raisons qui nécessitent l'intervention du chirurgien. Le volume seul de la production morbide justifie l'opération, quand celle-ci ne dépasse pas certaines limites.

Les diverses ponctions, les injections interstitielles, constituent, dans la plupart des cas, des procédés sans danger par lesquels des guérisons radicales peuvent cependant être obtenues. Encore faut-il qu'elles soient dirigées contre des tumeurs d'une structure telle qu'on n'ait pas à redouter de provoquer trop facilement, dans leur tissu, une inflammation considérable, des phlébites, des thromboses et des embolies.

Les tumeurs simples sont seules justiciables d'opérations simples.

Ces principes doivent régler la conduite du praticien, jusqu'au jour où il se trouve en face d'une tumeur compliquée, avec l'obligation de diriger sur elle une opération sanglante; ces principes une fois posés, nous devons examiner l'ensemble des procédés employés jusqu'à ce jour et indiquer leur valeur relative, sans insister sur les détails techniques qui leur appartiennent. Dans la thèse d'A. Boursier (agrégation 1880) on trouvera, fort bien traitée, cette question de médecine opératoire.

Deux catégories de tumeurs thyroïdiennes sont, en somme, soumises à notre observation : les unes liquides, kystiques, les autres solides, parenchymateuses. Les unes et les autres obéissent aux lois que nous avons déjà posées : l'exception existe seulement en faveur de celles qu'on voit se développer trop vite et qui par ce volume croissant inspirent des craintes pour l'avenir.

Les premières, les kystes, ont à leur service la ponction simple, la ponction suivie d'évacuation complète ou incomplète du liquide et de l'injection irritante, le drainage, l'incision, la cautérisation, le séton, l'électrolyse employée par Onimus et Berger.

Les divers procédés de ponction n'amènent en général aucun accident pourvu qu'ils ne soient pas dirigés sur des kystes à parois épaisses, indurées, à contenu hématique, entourés de vaisseaux considérablement développés. Aussi conviennent-ils surtout aux kystes superficiels, assez limités, bien dégagés de la substance glandulaire. En dehors de ces conditions spéciales l'inflammation grave est à redouter.

La ponction simple, pour rester conforme aux règles de la prudence absolue, conviendrait d'abord; elle sera incomplète quand la tumeur est volumineuse, pour éviter dans le kyste un épanchement de sang qui succéderait à une évacuation trop rapide.

L'injection irritante, quand elle devient nécessaire, sera faite avec certains ménagements. C'est ainsi que l'injection d'une petite dose d'alcool telle que la pratique Ch. Monod et que j'ai vu faire par lui chez une jeune malade de Necker, ou bien l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode, après avoir retiré une petite quantité de liquide kystique, offrent de réels avantages sans exposer à de sérieux dangers. Ces injections peuvent être souvent répétées jusqu'au jour où l'on reconnaît qu'il s'est développé une inflammation suffisante pour amener des modifications de la paroi cavitaire.

L'injection iodée, celle au perchlorure de fer, ont leurs indications qui découlent de l'insuccès des procédés plus anodins, ou des conditions de structure telles que poche restreinte et bien isolée, ou bien développement des vaisseaux. — La teinture d'iode, en solution au tiers, est le liquide le plus généralement employé, et le procédé dont on se sert est celui de l'injection dans la vaginale. On conseille cependant d'employer un trocart assez volumineux, pour laisser passer les parties du liquide qui se seraient coagulées, et d'évacuer ensuite la totalité du liquide irritant.

En Angleterre, Morell Mackenzie a voulu substituer le perchlorure de fer à la teinture d'iode. Il se sert d'une solution aqueuse dont le titre varie de 4 p. 100 à 8 p. 100, lancée pendant plusieurs heures dans le kyste et évacuée ensuite. Son but est de provoquer la suppuration. « Mais cette méthode n'est pas applicable à tous les cas. Dans ceux où la tumeur est trop volumineuse, le perchlorure de fer serait capable d'amener des suppurations profuses avec toutes leurs complications. » Telles seraient les indications du procédé qui aurait donné à son auteur 58 guérisons sur 59 opérés (A. Boursier).

On ne peut savoir encore quel avenir est réservé à l'électrolyse, qui n'a donné jusqu'à présent que quelques résultats isolés.

Quant aux drainages, drainage simple, drainage capillaire, séton, ils ne sauraient constituer des méthodes bien différentes de la ponction. Comme elle, ils évacuent le liquide et provoquent, dans le kyste, une irritation suffisante pour en modifier les parois et amener l'oblitération de la cavité. Aussi malgré les succès qu'ils ont obtenus, malgré les résultats heureux publiés, doit-on ne les employer qu'avec la plus grande réserve à cause des accidents qu'ils sont capables de provoquer. Qu'on injecte dans la poche un liquide irritant ou qu'on y laisse à demeure un corps étranger, l'inflammation qu'on recherche peut dépasser les limites désirées, et des complications graves peuvent survenir.

Quand un kyste de petit volume est superficiel, bien dégagé de la glande, la ponction, le drainage sont encore acceptables, mais ils ne sont plus indiqués dans les collections liquides volumineuses, pénétrant profondément, recouvertes par le tissu glandulaire, ou à parois indurées.

Ces dernières tumeurs ne sont guère justiciables que des opérations

sanglantes : l'incision, l'excision ou l'extirpation qui, soumises aux règles de l'antisepsie la plus complète, donnent encore des succès. Mais le volume, l'épaisseur des parois, le développement des vaisseaux ne suffisent pas pour justifier une intervention capable de provoquer des accidents et même d'entraîner la mort ; il faut que des phénomènes de compression, des troubles fonctionnels démontrent la nécessité de l'intervention. Au nombre de ces complications il convient de placer la suppuration ; qu'elle ait ou non déterminé un retentissement fâcheux sur les parties voisines, elle constitue toujours une menace sérieuse et suivant la nature des kystes dans lesquels elle aura pris naissance, la ponction, l'incision, l'excision, voire même l'extirpation devront être choisies pour la combattre et l'arrêter sur place.

On se trouve donc dans le traitement des kystes thyroïdiens en présence d'une difficulté que le jugement seul du chirurgien peut vaincre. Quels kystes doivent être soumis à une cure radicale ? Faut-il indistinctement tenter leur guérison ?

Tous les procédés employés dans ce but ont amené des complications et trop souvent la mort. Il faut donc en principe, ainsi que déjà nous l'avons dit, repousser les opérations de complaisance et n'accepter d'intervenir que si l'on prévoit dans un avenir plus ou moins prochain un danger pour la fonction des organes voisins et la vie du sujet.

Cette partie du diagnostic découle de l'examen attentif de la situation, du volume, de la nature du kyste.

Les tumeurs solides, les goîtres parenchymateux ont à leur service une méthode souveraine, l'extirpation, mais qui ne saurait pas plus que les tumeurs kystiques échapper à des règles précises. Aussi à côté de l'extirpation y a-t-il encore d'autres procédés qui s'adressent aux goîtres non encore compliqués ou moins compliqués, procédés qui tendent tous à produire l'atrophie, le retrait de la tumeur et à éviter les dangers de l'opération sanglante. Ce sont l'électrolyse, les injections interstitielles de Liston, le broiement sous-cutané de la tumeur, le séton.

Les deux premières de ces méthodes, loin d'être innocentes, puisqu'elles ont amené des eschares, des accidents de suffocation, des paralysies laryngées, la mort dans plusieurs cas, seraient encore préférables aux deux dernières que rien ne justifie sérieusement et que tout ce que l'on sait de la facilité avec laquelle arrivent ici les complications condamne sans retour.

On a encore tenté la cautérisation et la ligature des artères qui se rendent à la tumeur. Mais la cautérisation, outre la douleur qu'elle provoque, la longueur du traitement, a le sérieux inconvénient d'agir en aveugle sur une région où bien des organes doivent être ménagés, et de provoquer quelquefois des suppurations dangereuses. Il en est de même de la ligature qui, très difficile à exécuter dans la plupart des cas, n'est pas à l'abri des complications inflammatoires.

On doit à Bonnet l'idée de dégager les goîtres plongeants pour soustraire à leur compression les organes vasculaires et nerveux de la base du cou et du médiastin.

A part cette dernière manœuvre qui peut être faite au moyen d'appareils n'intéressant en rien la surface de la tumeur, toutes les autres méthodes sont passibles de graves objections, elles méritent dans tous les cas la plus grande attention, la plus extrême surveillance dans leur application.

Ce sont, comme on le voit, les mêmes indications que pour les opérations applicables aux kystes.

Nous ne parlons point de la section des muscles et des aponévroses du cou préconisée pour combattre la compression exercée par la tumeur sur les organes de la région ; cette intervention ne semble pas mériter autre chose qu'une simple mention. La difficulté d'exécution et la nullité des résultats la condamnent absolument.

L'extirpation est, nous l'avons dit, la ressource suprême contre toute tumeur compliquée, qu'elle soit solide, kystique, qu'il s'agisse d'un goître bénin ou d'un goître malin.

L'écraseur, le thermo-cautère ou le galvano-cautère, l'ablation totale, l'ablation partielle, l'évidement de la tumeur en conservant sa paroi fibreuse, la ligature sous-cutanée, tout a été proposé et exécuté avec des fortunes variables. Mais des faits connus, des discussions qu'ils ont amenées, il ressort que le plus grand avantage appartient au bistouri dans une opération sagement conduite qui ne laisse rien au hasard et se préoccupe surtout de l'hémostase, qui est ici le point capital, presque tous les cas de mort pendant ou immédiatement après les opérations étant en effet dus à l'hémorrhagie.

Chaque chirurgien propose une incision. On attaque la tumeur dans le sens où l'on croit arriver facilement sur elle, et on se préoccupe tout d'abord de pénétrer jusqu'à son tissu afin de pouvoir facilement la décoller des parties en contact ; c'est le premier temps. — Dans un second temps, on décolle la glande avec les doigts ou des instruments mousses et l'on a soin de lier les vaisseaux à mesure qu'ils se présentent. Quelquefois l'opération peut être rapidement conduite et, après une dissection facile, on arrive à isoler aux angles de la tumeur des pédicules vasculaires qu'on coupe entre deux ligatures : mais cette exécution rapide n'est guère qu'une exception, car d'ordinaire on rencontre des adhérences, des parties fibreuses résistantes, et souvent les difficultés sont telles qu'on doit s'arrêter sous peine d'amener des désordres d'une haute gravité.

Mais les difficultés, le travail laborieux ne sont pas les seules raisons qui rendent la thyroïdectomie redoutable ; d'autres accidents graves sont à craindre, tels que l'entrée de l'air dans les veines, la section des nerfs, l'ouverture des gros troncs veineux, les plaies

artérielles, la mort subite par affaissement ou torsion de la trachée.

C'est pour obvier à l'un de ces accidents, la suffocation par affaissement de la trachée ramollie ou rétrécie, qu'on a proposé de pratiquer la trachéotomie avant l'extirpation du goître.

La trachéotomie dans les tumeurs thyroïdiennes est une opération souvent des plus difficiles, elle est indiquée quand on prévoit des altérations sérieuses des voies respiratoires qui font craindre des accidents de suffocation pendant la thyroïdectomie.

Mais, en dehors même de ce cas, la trachéotomie peut être encore réclamée par la dyspnée subite qui survient quelquefois tout à coup ou qui s'accroît rapidement.

Il arrive alors trop souvent qu'on hésite longtemps avant de reconnaître au fond de la plaie la trachée aplatie ou déviée, la meilleure règle à suivre en pareil cas est d'aller de suite à la recherche du bord inférieur du goître qu'on soulève et qu'on isole peu à peu.

Nous ne pouvons dans cet article tracer d'une façon complète le manuel opératoire de la trachéotomie appliquée aux goîtres et de la thyroïdectomie elle-même. En traçant les dangers que ces deux opérations rencontrent, on signale suffisamment les règles générales que doivent suivre les opérateurs.

La thyroïdectomie a des suites variables : elle guérit quelquefois avec une grande facilité, après un drainage bien fait et une suture complète de la plaie, elle guérit, en un mot, quel que soit le pansement adopté ; mais d'autres fois de sérieux accidents peuvent se produire, en dépit des précautions prises. C'est ainsi qu'on a à redouter les hémorragies secondaires, les suppurations diffuses du cou, l'infiltration purulente du médiastin, la broncho-pneumonie, et divers accidents nerveux tenant soit à des altérations générales soit à des lésions locales.

Nous n'avons rien à dire des hémorragies et de la suppuration, pas plus que de la phlébite et de l'infection purulente, accidents vulgaires des plaies chirurgicales dont on connaît la pathogénie et les conséquences redoutables.

L'infiltration purulente du tissu cellulaire intra-thoracique se produit par un mécanisme tout particulier. Une plaie maintenue trop béante, surtout quand elle a pour limite le tissu cellulaire lâche du cou disséqué très loin, subit pendant l'inspiration le mouvement de dépression qui de toute part se produit autour du thorax et si elle contient des liquides, du pus en particulier, ces liquides, ce pus se trouveront introduits par aspiration lente de proche en proche jusque dans le médiastin.

L'inflammation des organes respiratoires, ce qu'on a appelé la pneumonie de déglutition, est un accident fréquent, surtout signalé par les auteurs allemands. Produite très souvent par l'ingestion dans les bronches des liquides de la digestion, d'aliments, quand les fonctions oeso-

phagiennes et laryngiennes ont été troublées par l'irritation, le tiraillement, la section de leurs nerfs, elle peut encore être amenée par l'irritation des pneumogastriques, soit qu'ils aient été lésés dans l'opération, soit qu'ils baignent dans le pus ou se trouvent intéressés dans le travail de la cicatrisation. Les causes de cette pneumonie sont multiples, mais semblent en somme pouvoir être toutes ramenées à des troubles de l'innervation. Les lésions nerveuses sont en effet le grand danger de l'extirpation du goître si souvent suivie de spasmes de la glotte, de paralysie des cordes vocales, de dysphagies. Nerf laryngé supérieur, récurrent, pneumogastrique, anse de l'hypoglosse, tous ont, dans cette opération, souffert à des degrés variables, et traduisent leurs altérations irritatives par du spasme glottique, leur section par de la paralysie laryngée et la mort subite, enfin par des difficultés de la déglutition et des lésions cardio-pulmonaires.

Mais sous quelle influence surviennent les perturbations profondes de la santé générale, les œdèmes de la face, du cou, cet état scléreux du tissu conjonctif, cette suppression de la sueur, cette diminution progressive de l'intelligence qu'on voit arriver dans quelques circonstances alors que déjà la cicatrisation est depuis longtemps achevée ? Cette cachexie (myxœdème opératoire) ne trouve nulle part une explication satisfaisante. On a invoqué une perturbation de la circulation cérébrale, le ramollissement de la trachée, sans établir comment cette circulation se trouvait altérée et ce ramollissement pouvait à son tour agir si profondément sur la nutrition, et il ne reste plus en définitive qu'une hypothèse basée sur de nombreuses expériences : nous voulons parler des fonctions générales encore indéterminées du corps thyroïde. L'opéré de thyroïdectomie se trouve dans les mêmes conditions que l'animal auquel on a enlevé le corps thyroïde et qui meurt facilement quand un traumatisme ou une maladie générale intervient. Sans doute par l'expérimentation sur les animaux, l'œdème dont nous venons de parler ne se trouve point expliqué, mais par elle il est bien prouvé que le corps thyroïde exerce une action certaine sur la nutrition générale.

Il nous reste maintenant à comparer la thyroïdectomie totale dont nous venons de donner un aperçu avec la résection, l'extirpation partielle de la glande thyroïde et avec les opérations palliatives.

L'extirpation partielle est aussi dangereuse, quelquefois plus difficile et ne peut être réservée que pour les cas où la tumeur atteint seulement, soit l'isthme, soit un des lobes de la glande, circonstances rares que le chirurgien ne rencontre guère quand la nécessité d'une opération sanglante s'impose à lui.

Déjà nous avons parlé de certaines opérations palliatives : la section des muscles, des aponévroses, la trachéotomie. Seule la trachéotomie est une opération utile, nécessaire, soit avant soit pendant la thyroïdectomie, mais elle ne peut dispenser le chirurgien d'intervenir pour sup-

primer la tumeur cause première des complications. Dans un seul cas elle peut rester la dernière ressource applicable, c'est quand il s'agit d'un goître malin qui deviendrait rapidement inopérable par l'envahissement de l'œsophage, des voies respiratoires, de tous les organes de la région.

Nous avons déjà signalé le déplacement de la tumeur préconisé par Bonnet, employé avec succès par d'autres chirurgiens et qui paraît quelquefois suffire pour faire disparaître l'asphyxie menaçante. Son application se trouve restreinte à un trop petit nombre de cas spéciaux pour qu'elle puisse être comparée à la thyroïdectomie.

La thyroïdectomie reste donc une opération de première nécessité quand le goître entraîne des accidents et que le traitement général ou une intervention plus limitée, moins grave, ont échoué; mais elle doit être absolument réservée pour les cas compliqués dans lesquels la vie est menacée.

Les résultats publiés dans diverses statistiques ne sauraient éloigner de cette opération qui, quoique toujours grave, donne encore moins de morts que l'expectation. Grâce aux pansements bien faits, à l'antisepsie régulière pendant et après une opération sagement, lentement conduite, on arrive aujourd'hui à ne pas perdre au delà de 16 à 18 opérés sur 100. Dans ces statistiques se trouvent même compris certains cas de goîtres exophthalmiques qu'on n'a pas craint de soumettre à cette opération en raison des troubles immédiats et des accidents de mort prochaine dont ils étaient fatalement l'origine.

18° AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'APPAREIL LARYNGO-TRACHÉAL.

A. — *Lésions traumatiques.*

I. — PLAIES.

Les plaies de l'appareil laryngo-trachéal peuvent porter sur les parties solides, cartilages thyroïde, cricoïde, anneaux de la trachée, sur les membranes qui les unissent ou tout à la fois sur les cartilages et les portions membraneuses. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont toujours intéressés quand le corps vulnérant agit de dehors en dedans; ce qui fait déjà comprendre que si la plaie est petite, irrégulière, ou si pour une cause quelconque l'air expiré ne trouve pas une voie facile au dehors, il se produira une infiltration aérienne, un emphysème dans le tissu cellulaire du cou, emphysème qui gagne au loin. Cet accident très grave est presque fatal dans le cas de plaies par instruments piquants. Le sang lui-même s'écoulant difficilement au dehors s'accumulera dans le tissu connectif ambiant et comprimera mécaniquement le tube respiratoire.

Les plaies par instruments tranchants sont à peu près toujours le résultat de tentatives de suicide ou d'attaques criminelles; elles portent alors plus souvent sur la partie inférieure du larynx et sur la trachée que sur la partie supérieure; toujours alors elles sont obliques et c'est la direction de cette obliquité qui permet souvent aux médecins légistes de conclure soit au suicide, soit au crime.

Les instruments contondants, les projectiles de guerre, atteignent quelquefois l'os hyoïde ou les cartilages du larynx en raison de leur saillie, rarement au contraire la trachée, qui fuit sous le choc.

Dans le cas de tentative de suicide ou d'homicide, la plaie toujours large varie de profondeur, suivant l'intensité de la force employée ou suivant la résistance que les cartilages en voie d'ossification ont pu opposer à l'instrument tranchant.

La trachée peut être complètement ou incomplètement sectionnée, l'œsophage peut être intéressé ou traversé, les vaisseaux artériels et veineux, les nerfs, beaucoup plus rarement il est vrai, sectionnés. Une hémorragie toujours grave survient; elle est mortelle lorsque la carotide est coupée, elle l'est habituellement encore quand la jugulaire interne est atteinte; l'écoulement du sang peut en outre être fatal par le fait de sa pénétration dans le conduit aérien et par l'asphyxie qui s'ensuit.

Quand la tête est mise en extension, les bords de la solution de continuité s'écartent et la plaie paraît énorme et béante; il n'en est pas de même quand, la tête étant en flexion, les bords de la blessure tendent à se rapprocher.

Lorsque le larynx est complètement sectionné, la plaie peut avoir porté au-dessus ou au-dessous des cordes vocales inférieures; dans le premier cas la voix est conservée, elle est abolie dans le second, mais la flexion de la tête mettant les surfaces sectionnées en contact, l'émission des sons redevient possible.

La respiration ne saurait dans tous les cas de section trachéale ou laryngienne se faire que par la plaie; aussi le segment supérieur du conduit aérien ne participe-t-il plus aux mouvements respiratoires d'abaissement et d'ascension, auxquels obéit seul le segment inférieur; le sang, les lambeaux cutanés, les fragments de cartilage souvent détachés, l'épiglotte sectionnée elle-même, viennent plus ou moins obturer l'orifice aérien, gênent considérablement la respiration et déterminent des accès de suffocation.

Quand la plaie porte sur le larynx et l'intéresse profondément, le pharynx lui-même est atteint sur ses côtés latéraux en raison des insertions de ses constricteurs; on comprend donc que la déglutition est très gênée et que des parcelles alimentaires ou des liquides peuvent pénétrer dans le conduit aérien; entraînés par le courant aérien elles pénétreront dans la trachée et dans les bronches et seront causes d'accidents asphyxiques.