

tiques. Cette disposition permet de comprendre le développement bizarre de tumeurs gazeuses siégeant sur les côtés de la trachée et communiquant avec sa cavité; véritables hernies de la membrane fibreuse produites, en général, sous l'influence de violents efforts d'expiration.

Grâce à sa structure, la trachée est douée d'une remarquable élasticité qui lui permet de se prêter à tous les mouvements du cou.

Lorsque la trachée a été divisée en travers, les deux bouts s'écartent l'un de l'autre en raison de cette élasticité; si la section est complète, le bout inférieur est attiré vers la cavité thoracique, et il faut passer un fil au-dessous de l'un des anneaux cartilagineux pour le ramener en haut et le fixer au bout supérieur. Si la plaie de la trachée est incomplète, la position fléchie de la tête et du cou suffira, le plus souvent, pour amener le rapprochement. Il ne faut, dans tous les cas, jamais suturer la peau, ce qui amènerait nécessairement de l'emphysème.

Ce dernier accident se produira surtout dans le cas de plaie étroite de la trachée et des téguments qui la recouvrent: il faudrait alors agrandir la plaie cutanée.

Lorsque les deux bouts de la trachée n'ont pas été rapprochés l'un de l'autre au moment de l'accident, ou qu'ils s'écartent malgré cette précaution, ils se cicatrisent isolément, diminuent de calibre et tendent à s'oblitérer. Cette tendance est surtout marquée pour le bout supérieur, qui ne fonctionne plus. Ce dernier peut arriver rapidement jusqu'à l'oblitération complète. Il en résulte la production d'une fistule trachéale et la perte définitive de la voix. Dans un cas de ce genre, Dolbeau put, à l'aide de manœuvres ingénieuses et compliquées, obtenir le rétablissement normal de la respiration et de la voix (thèse du Dr Planchon, 1869).

Une autre espèce de fistule trachéale est celle qui est consécutive à la trachéotomie lorsque la canule est restée trop longtemps en place: dans ce cas, qui est fort rare, la muqueuse trachéale et la peau sont réunies l'une à l'autre par une membrane cicatricielle. La guérison n'est obtenue qu'à l'aide d'une opération autoplastique.

Le calibre de la trachée peut diminuer sous l'influence de causes organiques. Je signalerai surtout les rétrécissements d'origine syphilitique.

Les mouvements de la trachée sont facilités par l'atmosphère celluleuse, constamment dépourvue de graisse, qui l'enveloppe de toutes parts; on pourrait presque dire qu'elle glisse dans une membrane séreuse: aussi peut-elle se mouvoir dans le sens vertical et dans le sens latéral. Grâce à cette mobilité, elle échappe aisément à la compression exercée par une tumeur développée sur ses côtés. Mais, par contre, il en résulte pour l'opérateur une réelle difficulté à fixer l'organe dans la trachéotomie. Toutefois, on y arrive à l'aide des doigts, et je n'ai, pour mon compte, jamais eu recours aux nombreux instruments, plus ou moins ingénieux, qui ont été imaginés à cet effet.

Sappey donne à la trachée une longueur moyenne de 13 centimètres chez l'homme et de 11 chez la femme; d'après le même auteur, le nombre de cerceaux cartilagineux chez l'homme varie de 12 à 16. Mais la véritable limite chirurgicale de la trachée est la fourchette du sternum, et ce sont les dimensions de cet organe dans la région sous-hyoïdienne qu'il est surtout intéressant de connaître. Un certain nombre de mensurations, pratiquées dans ce but sur