

talement. Quand il était dans la position verticale, qu'il gardait presque constamment, il ne sentait qu'une légère incommodité à la partie inférieure du larynx. La gêne fréquente de la respiration avait fait croire que le malade était asthmatique, et le traitement avait été dirigé en conséquence. Louis pensa que les accidents étaient dus à la présence du corps étranger, et proposa, pour l'extraire, d'inciser la trachée-artère. Le plus grand nombre des consultants fut d'un avis opposé, et l'opération ne fut point pratiquée. Le malade, forcé par le mauvais état de sa santé d'abandonner son commerce, se retira en Normandie, où il mourut dix mois environ après la consultation. L'ouverture du cadavre fut faite par un chirurgien de la ville où le malade s'était retiré. On trouva le louis d'or placé perpendiculairement vers la partie supérieure du poumon droit, à la première bifurcation des bronches de ce côté. Ce poumon était presque entièrement détruit par la suppuration, et la cavité correspondante de la poitrine remplie de pus. Louis pensait avec beaucoup de vraisemblance, que ce corps avait séjourné longtemps à la partie supérieure de la trachée-artère, lieu où le malade avait senti une gêne constante, et il expliquait par la position verticale ou inclinée de la pièce d'or, qui formait dans la trachée-artère une espèce de soupape mobile, la liberté habituelle de la respiration et les accès passagers de suffocation. La mort n'arriva que cinq ans et demi après l'introduction du corps étranger dans les voies aériennes.

Sue communiqua à l'Académie de chirurgie un fait plus extraordinaire encore. Une jeune fille de huit à neuf ans avala un des os du croupion d'un pigeon, qui passa dans la trachée-artère, produisit sur-le-champ une douleur vive au-dessous du larynx, et une toux très-forte qui se calma peu de temps après : il resta une sorte de râle habituel accompagné de sifflement, surtout lorsque la malade voulait parler. Vers l'âge de seize ans, il se fit un changement remarquable dans la situation de la douleur ; elle descendit à la partie inférieure du cou, et le râle disparut aussi bien que le sifflement. Au bout de quatre mois, il survint un crachement de sang qui se répéta pendant cinq années, mais à des intervalles irréguliers. Il se calma ensuite ; la douleur de poitrine se dissipa, les forces revinrent. La jeune fille fut mariée à vingt et un ans, et se porta bien pendant trois années. A vingt-quatre ans, il survint une toux sèche, de l'amaigrissement, une fièvre lente et continue, à laquelle se joignit plus tard une expecto-

ration de crachats épais et purulents. Cet état durait depuis deux ans, lorsque dans une quinte de toux violente le corps étranger fut rejeté, après avoir séjourné pendant dix-sept ans dans les conduits de la respiration. Le mal avait fait des progrès trop considérables pour que la tardive expulsion du corps étranger pût en arrêter la marche. La malade survécut pendant dix-huit mois, parvint au dernier degré de marasme, et mourut. Cette observation n'est pas seulement remarquable sous le rapport du temps pendant lequel le corps étranger est resté dans les voies aériennes ; la suspension, pendant trois années, de tous les accidents qui pouvaient indiquer sa présence, le retour de l'embonpoint et de la fraîcheur, sont des phénomènes plus remarquables encore.

Les corps étrangers qui pénètrent dans la trachée-artère, en se frayant un chemin dans les parties molles du cou, peuvent être mousses, comme une balle, ou pointus, comme une épingle. Nous avons parlé des premiers en traitant des plaies du cou, et ce que nous avons à dire des seconds se trouve renfermé dans l'observation suivante, communiquée à l'Académie de chirurgie par Lamartinière. Un jeune garçon de neuf à dix ans, s'amusant à faire claquer un fouet, fut attaqué subitement d'une difficulté extrême de respirer, et tomba en très-peu de temps dans les accidents d'une suffocation prochaine. Il se plaignit par gestes d'un embarras à la trachée-artère. Les chirurgiens qui vinrent à son secours, prévenus qu'il n'avait pas été perdu de vue, ne pouvaient soupçonner qu'il y eût un corps étranger dans le conduit de la respiration. Une ample saignée parut le remède le plus prompt à opposer à cet état qui, d'instant en instant, devenait plus menaçant et plus dangereux : elle ne produisit aucun soulagement. Il ne s'était pas écoulé plus d'une heure depuis l'accident, lorsqu'on appela Lamartinière pour voir le malade qui avait eu des mouvements convulsifs, et respirait avec beaucoup de peine ; la face était tuméfiée et violette, les yeux saillants, les extrémités froides ; il avait perdu connaissance, et l'on s'attendait à une fin funeste et très-prochaine. Les gens de l'art qui avaient vu l'enfant avant Lamartinière n'avaient pas négligé l'examen du fond de la bouche ; l'on avait même sondé l'œsophage, et l'on était bien assuré que cette partie était libre. En visitant et tâtant le cou extérieurement, Lamartinière aperçut à sa partie antérieure un petit point rouge, semblable au centre d'une morsure de puce, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde ;

et sous cet endroit on sentait profondément une espèce de petit ganglion circonscrit, du volume d'une lentille, correspondant à la tache rouge, et d'une rénitence qui n'était pas naturelle. La sensation ne pouvant pas être plus distincte à travers l'épaisseur des téguments, Lamartinière se détermina sur-le-champ à inciser la peau et le tissu cellulaire sur cet endroit; ayant ensuite porté l'extrémité du doigt dans la plaie, sur ce tubercule qui se faisait sentir toujours au même lieu, tout près de la trachée-artère, il rendit l'incision plus profonde, et mit à nu les anneaux de la trachée. Il trouva avec l'ongle une inégalité saillante, au plus d'une ligne, sur la convexité de ce conduit, et il tenta en vain de la saisir avec des pinces à pansement. Lamartinière avait heureusement sur lui des pincettes à épiler; elles lui servirent à prendre ce corps et à tirer, à sa grande surprise et à celle des assistants, une grande épingle de cuivre, sans tête, longue de plus de quinze lignes, laquelle traversait, de gauche à droite, la trachée-artère, au delà de sa partie postérieure. Cette épingle, comme on l'apprit ensuite, était à l'extrémité de la ficelle qui formait le fouet avec lequel l'enfant jouait. La petite plaie fut guérie en très-peu de jours, et l'enfant soustrait à une mort qui paraissait certaine.

Dans les cas beaucoup plus fréquents où le corps étranger a pénétré dans le canal de la respiration par la glotte, on ne peut en faire l'extraction qu'en incisant ce conduit dans une étendue et dans un lieu convenables et subordonnés à la situation de ce corps étranger. Cette indication est positive et pressante; l'opération par laquelle on la remplit est très-simple et n'a rien de dangereux par elle-même. Mais le succès dépend de l'époque à laquelle on la pratique. Lorsqu'on y a eu recours de bonne heure, elle a constamment réussi; lorsqu'on s'y est déterminé trop tard, elle n'a pas toujours empêché le malade de périr. La sortie de ce corps par les voies naturelles est un événement rare, extraordinaire, et sur lequel on ne doit pas compter. Les moyens qu'on a proposés pour favoriser cette sortie, tels que les sternutatoires, les vomitifs, les expectorants, sont non-seulement inutiles, mais encore nuisibles, les sternutatoires surtout. On concevra aisément l'insuffisance de ces moyens, si l'on réfléchit qu'un corps étranger engagé dans la trachée-artère ne pourrait sortir par la glotte qu'autant qu'il serait repoussé par l'action de l'air intérieur dans un mouvement d'expiration, de façon à écarter les bords de cette ouverture: il faudrait aussi qu'il s'y présentât précisément dans la disposition la plus

favorable à sa sortie, ce qu'on ne peut espérer des mouvements qu'excitent l'éternument et le vomissement. L'éternument, à la vérité, est l'effet d'une expiration violente; mais ce mouvement peut avoir lieu sans le moindre déplacement du corps étranger, ou bien celui-ci peut être poussé de manière à s'engager dans la glotte, et à faire périr à l'instant de suffocation. Il y a moins à craindre de la part du vomissement: aussi, par les mêmes raisons, ne doit-on en attendre aucune espèce de soulagement. L'opération seule est le secours que la raison approuve, et que l'expérience a montré salutaire.

Parmi les objections qu'on a faites contre cette opération, celle qui pourrait peut-être encore arrêter des praticiens timides est la crainte que le corps étranger engagé dans la trachée-artère n'ait été porté par sa pesanteur vers le bas de ce conduit, et qu'après avoir pratiqué les incisions convenables, on ne puisse en faire l'extraction. Mais l'expérience a démontré le peu de fondement de cette objection; en effet, dans presque tous les cas où l'opération de la bronchotomie a été pratiquée pour un corps étranger engagé dans la trachée-artère, ce corps a été expulsé pendant l'expiration par la plaie faite à ce conduit: et dans les cas où les malades sont morts, parce qu'on n'a pas eu recours à l'opération, à l'ouverture du cadavre on a trouvé le corps étranger vis-à-vis du lieu où la trachée-artère eût été ouverte, si on eût pratiqué la bronchotomie. Les expériences faites par Favier sur les animaux vivants, et dont les détails sont consignés dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, ont fait connaître aussi que les corps étrangers engagés dans la trachée-artère sont entraînés vers les bronches par l'inspiration, et repoussés vers la glotte dans l'expiration; qu'ils sont expulsés et chassés au loin par le mouvement de l'expiration, aussitôt qu'on a pratiqué à la trachée-artère une ouverture assez grande pour leur donner passage. Ainsi, la crainte de ne pouvoir rencontrer et enlever un corps étranger engagé dans ce conduit, ne sera donc plus un prétexte pour se dispenser de pratiquer l'opération de la bronchotomie; et aujourd'hui rien ne saurait excuser le chirurgien qui, par pusillanimité, abandonnerait aux ressources plus qu'incertaines de la nature un malade qu'une opération, exempte de tout danger et même de tout inconvénient, peut sûrement rendre à la vie et à la santé.

On peut considérer aussi, comme corps étrangers, les concrétions membraniformes dont nous avons parlé à l'occasion du croup, et les excroissances polypeuses de la membrane muqueuse du larynx. Ces

excroissances sont très-rares. Desault en a observé deux exemples; M. Pelletan en rapporte un dans sa clinique chirurgicale. Dans tous ces cas, dans un autre encore qui vint à la connaissance de Desault, la tumeur avait la figure d'une poire, ou celle d'une noisette, et tenait à la membrane muqueuse du larynx dans l'un des ventricules, ou au voisinage de la glotte, par un pédicule grêle et assez allongé. Ces tumeurs polypeuses causent quelquefois une légère sensation de gêne dans le lieu qu'elles occupent. Le trouble qu'elles causent dans la respiration n'est pas constant : cette fonction reste habituellement libre : mais il survient par intervalle des accès de suffocation, dans lesquels la vie du malade est dans le plus grand danger. Ces accès ont lieu lorsque la tumeur, qui jouit d'une certaine mobilité, est poussée entre les lèvres de la glotte par l'air qui sort des poumons, ou qui s'y précipite avec violence. La respiration est tout à fait suspendue et ne se rétablit qu'au moment où la tumeur est déplacée par un effort opposé à celui qui l'a entraînée dans la glotte. Si la tumeur ne se déplace point, la mort arrive nécessairement. La plupart des individus atteints de cette maladie meurent subitement, après avoir eu plusieurs attaques de suffocation. L'extirpation de ces tumeurs ne serait pas impraticable, et si l'on avait des signes certains de leur existence, on ne devrait pas hésiter à pratiquer l'opération de la laryngotomie et à faire l'excision de ces tumeurs : leur forme pédiculée rendrait cette opération très-facile, et éloigne la crainte d'une hémorrhagie. Il faudrait inciser longitudinalement le cartilage thyroïde, écarter convenablement les bords de l'incision, et avec des ciseaux mousses et étroits portés dans le larynx, exciser la tumeur le plus près possible de sa racine. Mais jusqu'ici cette maladie a fait périr toutes les personnes qui en ont été atteintes, sans qu'on ait pu soupçonner la cause de leur mort et des accidents dont elle a été précédée. Ce n'est qu'à l'ouverture des corps qu'on a découvert cette cause (a).

(a) — Boyer ne parle que des corps solides insolubles qui peuvent être introduits dans le larynx et la trachée-artère; mais d'autres corps peuvent pénétrer dans ces organes et y produire des accidents.

Les corps qui peuvent entrer dans le larynx et la trachée-artère sont gazeux, liquides ou solides.

Les corps gazeux, qui arrivent dans le larynx et la trachée-artère, n'ont d'autre action sur ces organes qu'une action irritante. Les gaz impropres à la respiration ne doivent pas nous occuper, s'ils n'irritent pas les membranes muqueuses laryngée et trachéale. L'effet des gaz est de provoquer une toux plus ou moins grande en raison de l'irritation qu'ils occasionnent; et dès qu'ils ne sont plus inspirés, tout accident cesse.

Les corps liquides qui sont introduits dans le larynx et la trachée-artère ont une action différente selon leurs qualités. Si ce sont des liquides simples, comme l'eau, l'eau édulcorée avec un sirop, l'eau et le vin, etc., il survient une toux plus ou moins forte, le liquide est repoussé dans la bouche et les fosses nasales, et tant qu'il reste une assez grande quantité de ce liquide pour irriter la membrane muqueuse, la toux continue : elle cesse peu à peu, et l'on ne sent plus au larynx qu'une gêne qui disparaît bientôt. Si au contraire le liquide est irritant, la toux est plus vive : elle persiste plus longtemps et il peut survenir une inflammation des parties mises en contact avec le liquide. Enfin, quand les liquides sont très-irritants, comme dans l'observation donnée par Boyer, au paragraphe de l'angine laryngée, les symptômes consécutifs peuvent être assez graves pour empêcher la déglutition : ces cas sont rares.

Les corps solides sont solubles ou insolubles. Les premiers produisent sur-le-champ des accès de toux et de suffocation, qui diminuent progressivement à mesure que le corps fond. Tout le monde a été témoin des phénomènes qui accompagnent l'entrée d'un morceau de sucre dans le larynx. Marcellus Donatus rapporte l'observation d'une dame de condition, qui, en avalant une pilule, la fit tomber dans la trachée-artère. Elle resta pendant trois heures dans un état fâcheux de suffocation; mais la pilule s'étant fondue, les accidents cessèrent. Il n'y a rien à faire quand de pareils corps sont entrés dans le larynx, lieu où ils s'arrêtent ordinairement : il faut attendre qu'ils soient fondus et alors on voit disparaître tous les accidents. Cependant, si ceux-ci étaient intenses, il faudrait faire boire souvent le malade, pour tâcher de calmer les accès de toux. On pourrait même lui donner un vomitif, dans l'espoir que pendant les efforts du vomissement le corps étranger, ou du moins ses restes, seraient rejetés hors des voies aériennes.

Les corps solides insolubles doivent être extraits dès qu'ils sont entrés dans le larynx, et plutôt l'opération est faite, mieux cela vaut,

parce qu'il n'existe pas encore d'inflammation aux voies aériennes ni d'engouement aux poumons. Mais comme on n'est pas toujours certain de leur introduction et comme les accidents peuvent être plus graves dans certains cas que dans d'autres, il est convenable de faire quelques réflexions à leur égard. Ces corps peuvent être dilatés par l'humidité, ou avoir une forme ronde qui leur permette de faire soupape; circonstances qui peuvent occasionner une suffocation immédiate. En effet, si le corps dilatable, absorbant l'humidité des fluides muqueux du larynx, peut augmenter de volume assez pour remplir le larynx ou la trachée-artère, il est certain que l'individu mourra suffoqué, comme on l'a vu dans des cas, dont je parlerai plus bas, et dans lesquels un corps étranger solide avait bouché l'orifice supérieur du larynx. Boyer nous donne un exemple de cette augmentation de volume par l'absorption des humidités du larynx, dans sa première observation. Le haricot avait acquis en volume un tiers de plus que les haricots au milieu desquels il avait été pris. Dupuytren cite un cas du même genre. Un haricot rouge, qui était resté pendant trente-six heures dans le larynx, était un peu bosselé par suite du développement des cotylédons. Dans un autre cas, cité par le même chirurgien, le haricot était resté pendant cinq jours dans le larynx; il avait acquis, dit-il, un volume considérable; aussi les accidents avaient-ils été en augmentant depuis le moment de l'introduction du haricot jusqu'à celui de sa sortie. On conçoit que si le corps étranger pouvait se dilater au point de produire l'occlusion du conduit aérien, il causerait la mort.

Lorsque le corps étranger est de forme ronde, comme le louis d'or dont parle Louis, ou la pièce de cinquante centimes citée par Dupuytren, il pourrait arriver que ce corps se plaçant en travers dans le larynx ou la trachée-artère les bouchât complètement et donnât lieu à une suffocation immédiate. Le malade de l'observation de Louis se trouvait dans ce cas lorsqu'il se couchait, puisqu'il était pris d'une suffocation qui l'obligeait à se relever et à se tenir debout. Il est probable que si le corps étranger ne s'était pas déplacé et ne s'était pas logé dans une bronche, l'individu aurait succombé à une suffocation instantanée.

Il n'est pas nécessaire que les corps étrangers entrent dans les voies aériennes pour occasionner la suffocation; car sans parler de celle produite par ces corps arrêtés dans l'œsophage et dont il sera question plus bas, nous voyons qu'elle a été immédiate lorsqu'ils se

sont arrêtés à la partie supérieure du larynx, et qu'ils l'ont complètement fermée. Habicot dit avoir ouvert un homme mort subitement dans sa prison. Cet homme avait avalé un anneau renfermé dans un gros lingé : le corps étranger s'était placé sur l'épiglotte, l'avait maintenue abaissée, et l'individu avait été suffoqué. Meeckren, chargé d'ouvrir une prisonnière morte subitement dans sa prison, trouva de même l'épiglotte maintenue abaissée par un morceau de liège entouré d'argent; c'était un pessaire que la femme avait avalé, espérant se donner la mort. D'autres faits du même genre existent dans la science, et nous voyons dans plusieurs d'entre eux que ce sont des aliments trop volumineux qui se sont arrêtés dans l'arrière-gorge et qui, en tenant l'épiglotte abaissée, ont donné lieu à une suffocation immédiate.

5° De l'opération de la bronchotomie.

L'opération de la bronchotomie consiste à faire une ouverture au conduit de la respiration pour donner passage à l'air intercepté par une cause quelconque, ou pour extraire un corps étranger qui s'est introduit dans ce conduit.

La cause la plus ordinaire de l'interception de l'air est l'angine laryngée (1). Cette maladie met promptement le malade en danger de périr de suffocation, et ce danger ne tarde pas à se réaliser si l'on ne se hâte d'ouvrir une route artificielle à l'air. La même chose a lieu lorsque le conduit de la respiration est comprimé par un corps étranger arrêté dans l'œsophage, ou par un gonflement excessif de la gorge : mais les cas de cette espèce sont extrêmement rares, et l'on ne connaît que les deux suivants, rapportés par Habicot.

Un jeune garçon de la campagne, âgé de quatorze ans, avait ôté dire que l'or avalé ne faisait aucun mal. « Ayant vendu quelques marchandises à Paris, dont il avait reçu quelques neuf pistoles, de peur

(1) Boyer n'indique ici que l'angine laryngée. Je pense que, sous ce nom, il comprenait non-seulement l'angine laryngée simple, mais encore l'angine laryngée pseudomembraneuse ou croup. C'est au moins ce que je peux inférer des préceptes qu'il donnait dans ses leçons cliniques. Aujourd'hui le croup est la cause la plus ordinaire de la trachéotomie. J'ai dit en parlant de cette maladie quelle était la conduite à tenir quand on avait pratiqué cette opération.

des voleurs, les empaqueta dedans un linge qu'il avala. Mais ne pouvant passer le détroit du pharynx ou gosier, la face lui devint si épouvantable et difforme pour l'enflure et la noirceur d'icelle, que ceux qui l'accompagnaient le méconnaissaient : de sorte que l'apportant chez moi, ne pouvant lui faire dévaller ni attirer un tel obstacle dedans l'estomac, tant il était serré par l'enflure de la gorge, considérant qu'il étouffait, après un bon pronostic, je lui fis la bronchotomie ; laquelle étant faite, il râlait si impétueusement de la violence de l'air, que cela épouvantait ceux qui étaient autour de lui ; mais la tumeur et mauvaise couleur de la face s'étant évanouies, les assurai de la vie, et notamment après que j'eus de rechef introduit la sonde de plomb (dans l'œsophage), pour achever de dévaller dans ledit estomac ce tampon, lequel huit ou dix jours après le rendit par le siège, à diverses fois, et son or ne fut perdu ni si aventuré que sa vie, qui lui fut restituée par la plaie de la trachée-artère, de laquelle il reçut prompte guérison. »

Un jeune garçon fut blessé de vingt-deux coups d'épée, de couteau et de canif, à la tête, au visage, à la gorge, aux mains, aux bras, à la poitrine, au dos, à la verge et aux cuisses. Il était dans un état si affreux que les médecins et les chirurgiens qui furent appelés le laissèrent pour mort sans le panser. Habicot mandé, fit chauffer un demi-seau de vin et d'eau, afin de détacher le blessé de son habit, auquel il était collé par le sang coagulé. Il demeura, dit-il, avec trois de ses écoliers en chirurgie, depuis sept heures du matin jusqu'à une heure après midi à panser ce jeune homme. « Or, voyant le soir que par les blessures de la gorge et le sang caillé, il ne pouvait avoir son vent, dont la gorge s'enflait et suffoquait, je jugeai, dit-il, que c'était faute d'air, raison pourquoi je lui fis une plaie au corps de la trachée-artère (au-dessous de celle qui était au-dessus du larynx), entre deux anneaux, dont incontinent la respiration se fit l'air entrant et sortant avec ronflement, laquelle plaie demeura ouverte par une tente canulée, jusqu'à tant que celle du pharynx fut guérie en trois mois, et la bronchotomie fut la salvation de sa vie. »

L'angine, les corps étrangers de la trachée-artère, la compression de ce conduit par un corps étranger arrêté dans l'œsophage, ou par un gonflement inflammatoire excessif de la gorge, ne sont pas les seuls cas pour lesquels on a conseillé la bronchotomie.

Detharding, professeur en médecine à Rostock, publia, en 1714,

une dissertation épistolaire sous le titre de *Methodo subveniendi submersis per laryngotomiam*, dont l'objet est de proposer la bronchotomie pour rappeler les noyés d'une mort apparente à la vie. Voici ses principes : les noyés n'ont point d'eau dans la poitrine ni dans les bronches, ils périssent suffoqués faute d'air et de respiration, et pendant la submersion, l'épiglotte se colle exactement sur la glotte. Tels sont les motifs qui ont déterminé Detharding à conseiller l'opération. Mais il est certain, et Louis l'a démontré par des expériences dont le résultat a constamment été le même, en submergeant des animaux vivants dans des liqueurs colorées, que les noyés inspirent de l'eau et que leurs bronches en sont remplies. D'un autre côté, à l'ouverture du corps des personnes qui ont péri sous les eaux, jamais l'épiglotte n'a été trouvée appliquée sur la glotte, et l'anatomie prouve assez que cela ne peut être. Ainsi l'opération de la bronchotomie ne peut être d'aucune utilité aux noyés, puisque chez eux, aussi bien que chez les personnes asphyxiées par toute autre cause et chez les enfants nouveau-nés dont la respiration tarde à s'établir, on peut, sans ouvrir la trachée-artère, pousser de l'air dans les poumons, en soufflant par les narines, la bouche étant fermée, ou mieux encore au moyen d'une canule portée dans le larynx.

La nécessité d'ouvrir un passage artificiel à l'air pour empêcher le malade de périr de suffocation, dans l'angine, a été connue dès l'enfance de l'art, comme le prouve le conseil donné par Hippocrate. Suivant le père de la médecine, dans l'angine, quand les yeux sont gonflés et saillants comme chez une personne qu'on étrangle ; que la face, le gosier et le cou sont en feu, quoiqu'il n'y paraisse aucun mal extérieur, on doit, pour prévenir la suffocation, introduire un tuyau dans la gorge pour le passage de l'air dans les poumons. Cette mauvaise pratique, que Desault a voulu faire revivre dans ces derniers temps, et qui a été préconisée par plusieurs de ses élèves, fut suivie jusqu'à Asclépiade, qui conseilla de pratiquer une incision à la trachée-artère. Depuis Asclépiade, à qui l'on doit l'invention de la bronchotomie, jusqu'à nos jours, cette opération a eu des improbateurs ; mais elle a trouvé, tant parmi les anciens que parmi les modernes, un beaucoup plus grand nombre de partisans ; et aujourd'hui on est tellement convaincu de son indispensable nécessité, de la facilité de son exécution et de son innocuité, qu'on regarderait comme très-blâmable la conduite d'un chirurgien qui ne ferait pas la bronchotomie dans le cas d'angine

avec danger imminent de suffocation, ou dans celui où un corps étranger serait tombé dans la trachée-artère. Mais, comme nous l'avons déjà dit, dans l'un et dans l'autre de ces cas, si l'on veut retirer de cette opération tout l'avantage qu'on a droit d'en attendre, il faut la pratiquer de bonne heure et avant que la maladie ait produit des effets mortels.

Dans les traités de médecine et de chirurgie, écrits en français, le mot *bronchotomie* est employé pour désigner l'incision de la trachée-artère; mais dans ceux qui sont écrits en latin, on se sert indifféremment du même mot ou de celui de *laryngotomie*, pour désigner la même opération. En 1776, Vicq d'Azyr communiqua à la Société royale de médecine un mémoire sur la possibilité de pratiquer la laryngotomie entre les cartilages thyroïde et cricoïde, et cet illustre médecin dit l'avoir essayée sur des chiens, sans qu'il en soit résulté rien de fâcheux. Trois ans plus tard, en 1779, le célèbre Fourcroy soutint à la Faculté de médecine de Paris une dissertation ayant pour titre : *de Nova laryngotomie methodo*. L'auteur de cette dissertation pense que la laryngotomie est préférable à l'incision de la trachée-artère, lorsque le passage de l'air est intercepté par l'angine. Il résulte de ce que nous venons de dire, que la bronchotomie comprend l'incision du larynx ou laryngotomie, et celle de la trachée-artère ou trachéotomie. La laryngotomie consiste à fendre longitudinalement le cartilage thyroïde pour extraire un corps étranger de l'un des ventricules du larynx, ou à diviser transversalement le ligament crico-thyroïdien pour rétablir le passage de l'air interrompu par une cause qui a son siège au-dessus de ce ligament. La trachéotomie consiste à couper en long la trachée-artère pour donner issue au corps étranger qu'elle contient, ou à ouvrir ce conduit en travers, entre deux cerceaux, pour rétablir le passage de l'air intercepté par l'angine ou par une autre cause.

La disposition anatomique des parties rend plus simple et plus facile l'opération de la laryngotomie que celle de la trachéotomie : en effet, la partie moyenne du cartilage thyroïde et la membrane qui va du bord inférieur de ce cartilage au bord supérieur du cartilage cricoïde, n'étant couvertes que par la peau, un peu de tissu cellulaire qui ne contient presque point de graisse, et les muscles sterno-hyôïdiens, il est facile de les découvrir entre ces deux muscles par une incision superficielle. Dans le trajet de cette incision, il n'y a aucun

vaisseau dont la lésion puisse donner lieu à une hémorrhagie; seulement on trouve sur la membrane crico-thyroïdienne une artériole dont la direction est transversale, et qu'on couperait inévitablement si l'on incisait cette membrane de haut en bas, mais que l'on évite en donnant à l'incision une direction transversale. La trachée-artère n'est couverte aussi que par la peau, les muscles sterno-hyôïdien et sterno-thyroïdien; cependant elle est beaucoup plus profondément placée que le larynx, à cause de la grande quantité de tissu cellulaire qui la sépare des téguments, surtout chez les enfants dont la gorge a presque toujours un embonpoint considérable. Si l'on excepte le cas extrêmement rare où la trachée-artère est couverte par une artère assez grosse, qui monte à la glande thyroïde sous le nom de thyroïdienne moyenne, il n'y a devant ce conduit aucun rameau artériel dont l'ouverture puisse causer une hémorrhagie. Mais il n'en est pas de même des veines : celles qu'on nomme thyroïdiennes inférieures sont placées un peu obliquement de dedans en dehors, devant la trachée-artère, en sorte qu'il est presque impossible de mettre ce conduit à découvert sans blesser ces veines ou leurs rameaux. Leur lésion donne lieu à une effusion de sang d'autant plus considérable, que ces veines sont très-gorgées dans tous les cas qui réclament l'opération de la bronchotomie. Cependant cette hémorrhagie ne peut jamais devenir dangereuse par la quantité de sang qui coule; elle peut même être utile à cause du dégorgeement local qu'elle produit; mais elle rend l'incision de la trachée-artère plus difficile, parce que le sang masque toutes les parties; d'ailleurs ce liquide peut s'introduire dans ce conduit lorsqu'il est ouvert, et mettre le malade en danger d'être suffoqué.

L'opération de la laryngotomie est donc beaucoup plus simple et plus facile que celle de la trachéotomie : elle doit être préférée dans tous les cas où elle peut remplir l'objet qu'on se propose en ouvrant le conduit de la respiration. Or, l'incision de la membrane crico-thyroïdienne suffit pour rétablir le passage de l'air, quand il est intercepté par une cause qui, comme l'angine, se trouve au-dessus de cette membrane. La laryngotomie convient exclusivement lorsqu'un corps étranger introduit dans les voies aériennes s'est engagé dans l'un des ventricules du larynx.

Lorsque l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air est situé au-dessous de la membrane crico-thyroïdienne, par exemple, un corps étranger arrêté dans le haut de l'œsophage et qui ne peut pas être