

III
**TRAITEMENT DES MALADIES DE LA TRACHÉE
ET DES BRONCHES**

CHAPITRE PREMIER

**TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS
DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES**

PAR

J. GAREL

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Le rétrécissement de la trachée et des bronches provient de causes variées qui peuvent influer beaucoup sur la nature du traitement. Cette affection est caractérisée par de la dyspnée, du cornage, des accès de suffocation, une marche progressive, tous symptômes susceptibles de provoquer parfois la mort subite. Comme Grossmann, nous diviserons les rétrécissements trachéaux et bronchiques en deux catégories.

La première comprend les sténoses extra-trachéales par compression siégeant en dehors du tube trachéo-bronchique.

Les causes les plus fréquentes ici sont les goîtres à prolongement rétro-sternal, les inflammations aiguës ou chroniques du corps thyroïde, les tumeurs malignes et les kystes à échinocoques de ce même organe, les goîtres aériens, puis les ganglions trachéo-bronchiques, le cancer de l'œsophage, les anévrismes de l'aorte ainsi que les différentes espèces de tumeurs du médiastin. Nous avons observé dernièrement un cas d'anévrisme de l'aorte dans lequel le tube trachéal et l'une des bronches étaient aplatis à la façon d'un fourreau de sabre : une trachéotomie eût été fort dangereuse, car deux points de l'anévrisme faisaient saillie dans l'intérieur de la trachée.

Dans la seconde catégorie, nous rangeons toutes les affections prenant naissance dans la trachée même. Ce sont les inflammations aiguës de la trachée qui provoquent de l'œdème, et par conséquent une diminution plus ou moins marquée de la lumière du conduit. L'œdème peut être la conséquence de certaines maladies infectieuses telles que la fièvre typhoïde, la diphtérie, l'érysipèle, la tuberculose, etc. Citons aussi la bronchite pseudo-membraneuse. Mais l'affection qui le plus souvent détermine un rétrécissement de la trachée est sans contredit la syphilis dans ses manifestations tertiaires. On voit alors se produire des infiltrations qui aboutissent tôt ou tard à la fonte des cerceaux cartilagineux ; toutefois, comme l'a fait remarquer Mauriac, la sténose est moins le résultat de la période d'infiltration que de la période de guérison, cette période dans laquelle survient la rétractilité cicatricielle.

On peut aussi observer dans la trachée des productions anormales. En dehors des processus pseudo-membraneux, il existe des granulomes, des végétations granuleuses qui peuvent provenir, tantôt d'ulcérations trachéales, tantôt d'une trachéotomie. En effet, après cette opération, il se forme parfois une véritable valve en éperon formée par un soulèvement de la muqueuse.

Enfin, il existe aussi des tumeurs intra-trachéales, et particulièrement des enchondromes. Citons encore le cas d'in-

vagination de la trachée observé par Luys, enfin les cas de Landgraf et de Chaput, dans lesquels la sténose provenait de l'état bombé de la paroi postérieure de la trachée sous l'influence de l'hystérie.

II

Traitement.

On voit d'après cette énumération succincte que la sténose trachéale devra réclamer un traitement très variable suivant les cas.

1° Dans le cas de *compression extra-trachéale*, on devra recourir, s'il est possible, à l'*ablation de la tumeur* comprimant la trachée. On pourra, s'il s'agit d'un *goître*, se contenter de le déplacer et de l'exposer à l'air, d'après la méthode de Poncet, Gangolphe, Jaboulay.

Chaque genre de tumeur donnera lieu d'ailleurs à des indications spéciales. Lorsqu'il s'agit de compression par *adénopathie bronchique*, on ne peut songer à une intervention; on fera bien alors d'administrer de fortes doses d'*huile de foie de morue*, ainsi que des préparations *iodées* pour provoquer la disparition des ganglions hypertrophiés.

2° Le traitement des sténoses d'*origine intra-trachéale* est beaucoup plus compliqué et varie suivant le siège du rétrécissement. Comme dans les sténoses laryngées, la première indication est de rétablir la respiration par la *trachéotomie*; mais il faut reconnaître que les sténoses de la partie supérieure sont seules justiciables de ce mode d'intervention. Cependant si l'obstacle siège sur la partie moyenne de la trachée, on pourra tenter de soulager le malade, mais à la condition de se servir de canules à trachéotomie longues ou à tube souple comme celles de Gouguenheim.

Toutefois la trachéotomie n'est pas toujours indispensable;

dans beaucoup de cas, on la remplacera avantageusement par le *tubage* à l'aide de l'appareil de O'Dwyer. Si les canules à tubage sont de longueur insuffisante, on pratiquera le cathétérisme et la dilatation de la trachée au moyen de cathéters ou de sondes urétrales, comme l'a conseillé Pienazek. On se servira également des canules de verre de Mikulicz perfectionnées par Hartmann.

Schrøtter¹ a conseillé d'explorer les rétrécissements à l'aide de *bougies à empreinte* susceptibles de donner un moulage parfait de la lésion. Il va même jusqu'à traiter des sténoses bronchiques au moyen d'un instrument spécial, sorte de tige creuse qu'il introduit jusqu'au fond de la trachée et dont on fait sourdre ensuite une bougie de caoutchouc dur qui se projette à gauche ou à droite suivant les cas.

Avant de recourir à la trachéotomie ou au tubage, il sera souvent utile d'enlever tout d'abord toutes les masses granuleuses obstruant la trachée, masses résultant dans la majorité des cas d'une trachéotomie antérieure. Le *cathétérisme forcé* à l'aide de gros cathéters peut ensuite procurer une notable amélioration.

Le cas le plus fréquent que nous ayons à combattre est assurément la *syphilis*. Cette affection se traduit par des péri-chondrites avec œdème provoquant une forte dyspnée. Cette dyspnée peut céder au traitement spécifique. Dans tous les cas, nous conseillons de faire le tubage en attendant que le *traitement spécifique mixte* (iodure et mercure) ait le temps d'agir. Il nous est arrivé ainsi de pouvoir enlever le tube au bout de vingt-quatre heures. Mais, dans d'autres cas, nous avons dû laisser le tube en place pendant quinze jours environ; dans ces cas, le traitement spécifique ne suffit plus pour combattre la sténose et l'on est obligé d'avoir recours à la dilatation progressive.

L'accident le plus terrible de la syphilis trachéale est la *cicatrisation des ulcérations gommeuses*; car cette cicatrisation

1. SCHRÖTTER. — Congrès de Berlin, 1890.

donne lieu à des cicatrices fibreuses rétractiles qui, tout en mettant un terme au phagédénisme gommeux, obstruent à peu près complètement la trachée. Ici encore, la trachéotomie peut être de quelque secours, mais souvent l'opération est difficile à cause de l'abaissement et de l'immobilité du larynx. Il est bon de savoir en outre que la lésion occupe parfois la partie inférieure de la trachée et que dans ces conditions l'intervention devient inutile. Nous en avons vu récemment un bien triste exemple : aucun moyen ne nous permit d'arriver jusqu'au siège inférieur du rétrécissement et le malade, bien que trachéotomisé, mourut au bout de plusieurs jours d'une agonie terrible, en proie à une strangulation permanente.

On ne saurait donc trop s'attacher à diagnostiquer de bonne heure les lésions spécifiques de la trachée. Le traitement ioduré ou mixte procurera un soulagement rapide et permettra d'éviter les brides cicatricielles, si redoutables à une période avancée de la maladie.

CHAPITRE II

DE LA TRACHÉOTOMIE

PAR

J. GAREL

Médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Considérations historiques.

L'ouverture des voies aériennes supérieures dans le but de rétablir la fonction respiratoire chez un malade en proie à des accès de suffocation est une opération déjà fort ancienne; mais son application courante ne date en réalité que de notre siècle.

Bonnet¹ divise l'histoire de la trachéotomie en trois périodes. La première commence avant notre ère, avec Asclépiade de Bithynie, et finit vers 1765. C'est la période la moins féconde. Jusqu'au xvi^e siècle, on ne connaissait que l'incision transversale conseillée par Antylus et décrite par Paul d'Égine au viii^e siècle. Cette opération ne fut pratiquée que par les Grecs et les Romains. La méthode opératoire fut perfectionnée au xvi^e siècle par Fabrice d'Acquapendente, par Santorius, Heister, etc.

La deuxième période commence avec Hôme, en 1765, et finit à l'époque de Bretonneau en 1824. Dans cette période, on

1. BONNET. — *Thèse de Paris*, 1884.