

faire des insufflations de poudre de morphine, suivant la formule déjà donnée :

Poudre de morphine.....	} aa
Sucre de lait pulvérisé.....	
Gomme arabique pulvérisée.....	

et si enfin les douleurs sont trop violentes, il ne faudra pas ménager au malade les piqûres de morphine qui le calmeront.

TECHNIQUE CHIRURGICALE DE CERTAINES OPÉRATIONS DU LARYNX.

LARYNGOTOMIE ET TRACHÉOTOMIE. — LARYNGECTOMIE. TUBAGE DU LARYNX (1).

Comme le nom l'indique, la laryngotomie est l'incision du larynx la trachéotomie celle de la trachée. Quelquefois l'incision peut porter sur le larynx et sur la trachée, elle constitue la laryngo-trachéotomie. Suivant la hauteur sur le canal laryngo-trachéal où on pratique l'incision, l'opération devient la laryngotomie sous-hyoïdienne, la laryngotomie thyroïdienne ou thyrotomie, la crico-trachéotomie, la trachéotomie.

Nous décrivons deux de ces opérations, la *thyrotomie* et la *trachéotomie*; les autres sont seulement la prolongation de ces deux premières.

Thyrotomie. — Les indications de la thyrotomie sont rares et elles

(1) BOUCHUT (E.), D'une nouvelle méthode de traitement du croup par le tubage du larynx (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1858. — *Traité des mal. des nouveau-nés*, 8^e édition. Paris, 1884. — BOECKEL (J.), Opérations pratiquées sur le larynx (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1886, p. 121 et 134). — MONOD et RUAULT, Contribution à l'étude de la thyrotomie et de la laryngotomie pour cancer du larynx (*Gaz. hebdom.*, Paris, 1887, p. 821). — POINÇONNAT, De l'extirpation du larynx, thèse de Paris, 1889-1890. — PÉRIER, *Bull. Soc. Chir.*, 1890. — PÉRIER, Sur la laryngotomie (*Congrès de chir.*, séance du 29 octobre 1895). — HOFFA, Ueber Laryngofissur (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1888, p. 878). — Resultate der Laryngofissure (*Centralbl. für Chir.*, 1888, p. 911). — RENAULT (P.), Manuel de trachéotomie. Paris, 1887. — GUILLEMAIN, La pratique des opérations nouvelles en chirurgie, 1895. — SOLIS-COHEN, Un cas de laryngectomie totale (*British med. Journ.*, 1895, p. 1100). — TERRIER (F.), De l'extirpation du larynx, leçon recueillie par M. Baudouin (*Arch. int. de laryng.*, 1896, p. 327). — MOURE, De la thyrotomie dans le cancer du larynx (*Congrès franç. de chir.*, Paris, 1891). — MARTIN (D.), Le tubage du larynx (*Bull. méd.*, 8 et 10 décembre 1895). — R. BENSARD et E. RIST, L'intubation laryngée. Les rares indications actuelles de la trachéotomie chez l'enfant (*Presse méd.*, n° 33, 1896). — J. TRUMPP, Un point de la technique de l'intubation (manière de retirer le tube) (*München. med. Wochenschr.*, 28 avril, 1896). — CORRADI, De quelques difficultés de l'intubation et des moyens d'y remédier (*Arch. ital. di otol.*, avril 1896). — LUBET-BARBON, Guide de thérapeutique générale et spéciale, art. Croup, p. 153. — FERRERI, Intubation dans les sténoses syph. du larynx (*Arch. ital.*, n° 3 et 4, 1896). — LUBET-BARBON, De l'intubation du larynx (*Arch. roumaines de méd. et de chir.*, 1887). — CHAILLOU, Tubage du larynx et sérothérapie dans les croups diphtériques, thèse de Paris, 1895.

le deviennent tous les jours davantage avec les progrès qui font les divers procédés d'exploration du larynx. La thyrotomie trouve son indication lorsqu'on veut enlever des tumeurs dont l'extirpation est impossible par les voies naturelles : ce cas est exceptionnel ; ou bien encore lorsqu'on ne peut saisir et ramener par ces voies naturelles un corps étranger du larynx, plus particulièrement lorsqu'il est retenu dans un des ventricules.

Cette opération consiste en une fente verticale du larynx faite sur la partie médiane du thyroïde. Le point le plus essentiel de cette opération est l'intégrité du cartilage thyroïde au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales. Elle peut être pratiquée sans trachéotomie préalable, ou bien on peut avoir fait auparavant la trachéotomie. Si l'incision des téguments ne porte pas sur le cartilage thyroïde seul, mais sur les membranes fibreuses sus ou sous-jacentes, on a la laryngotomie sous-hyoïdienne ou la laryngotomie crico-thyroïdienne.

Le chiffre de la mortalité après les opérations de laryngotomie est en somme peu élevé, la moyenne des morts est de 5 p. 100.

Trachéotomie. — D'une façon générale, la trachéotomie est indiquée dans tous les cas où il y a un obstacle mécanique au passage de l'air, obstacle siégeant dans le larynx ou au-dessus et susceptible d'entraîner la mort par asphyxie. C'est un moyen d'ordre mécanique destiné à combattre une asphyxie d'origine mécanique, ou destiné à la prévenir.

Nous pourrions donc avoir à la pratiquer dans tous les cas d'occlusion aiguë ou chronique du larynx de cause quelconque ; pour l'ablation de corps étranger des voies aériennes ; ou bien encore, à titre préventif, pour éviter toute alerte d'asphyxie dans le cours d'une opération chirurgicale sur la bouche ou sur le larynx. Les indications, on le voit, sont nombreuses, la plus fréquente est de remédier à la difficulté respiratoire. Dans ce cas, à quel moment faut-il opérer ? Il faut opérer dès qu'il se produit du *tirage* d'une façon progressive et continue.

Le tirage est caractérisé par la dépression des parties molles du tronc au moment de l'effort inspiratoire. L'air entre dans la poitrine sous l'effort des muscles inspiratoires qui dilatent le thorax et les poumons. S'il y a obstacle à la pénétration de l'air, l'action des muscles n'en continuera pas moins à se produire ; elle sera peut-être même plus énergique, pour combler le vide thoracique, les parties molles du thorax seront aspirées en dedans pour ainsi dire et il se produira des expressions aux points faibles. C'est le tirage : il est sus-sternal, sous-sternal, chondro-costal. Quand il y a de la dyspnée, le tirage est une indication certaine d'un obstacle à la rentrée de l'air, obstacle siégeant dans la trachée, dans le larynx ou même au-dessus. On supprime le tirage en créant pour l'entrée de l'air une route artificielle.

Lorsque le tirage s'établit d'une façon continue et durable, qu'il va en croissant et que l'asphyxie menace, il faut opérer; si le tirage, quoique continu, n'est pas progressif, il faut veiller et attendre. Il y a ici, entre le moment où il faut opérer et celui où on est encore en droit de temporiser, un point précis qui varie beaucoup avec le tempérament du chirurgien et surtout avec la plus ou moins grande facilité qu'a celui-ci de surveiller son malade et de se transporter auprès de lui dès que les accidents paraissent inquiétants. Pour cette raison, on peut bien souvent temporiser plus longtemps à l'hôpital que dans la clientèle de ville.

Il peut se produire avec un tirage modéré une indication formelle à la trachéotomie lorsque ce tirage est coupé d'accès.

Il n'y a pas de contre-indication formelle à l'opération; il n'y a que de mauvaises conditions opératoires qui peuvent diminuer considérablement les chances de succès définitifs, mais la trachéotomie lève toujours l'obstacle à la respiration.

On ne regarde plus le jeune âge comme une contre-indication, la trachéotomie ayant donné des succès chez les enfants les plus jeunes: toutefois la guérison est rare avant dix-huit mois à deux ans. Les maladies concomitantes: diphtérie infectieuse, broncho-pneumonie, rougeole, ne laissent pas de grandes chances de succès et sont de mauvaises conditions, comme à un âge plus avancé, la cachexie ultime des cancéreux et des tuberculeux.

OPÉRATION. — La question de l'anesthésie est très discutée. Les auteurs anciens disent qu'on ne doit point se servir de chloroforme; les auteurs modernes sont moins exclusifs. Nous croyons que cela doit dépendre surtout des conditions dans lesquelles on opère, de l'état du patient et de son âge.

Il y a intérêt à chloroformer le malade pour s'assurer de sa tranquillité, surtout lorsqu'on est mal aidé; il faudra presque toujours anesthésier un adulte tandis que cette précaution sera inutile chez un enfant. Enfin il y a des cas où on n'a pas le temps, vu l'état d'asphyxie du malade, et dans ces cas la sensibilité est très obtuse, sinon supprimée.

En tous cas, lorsqu'on a recours à l'anesthésie, il ne faut pas aller plus loin que la perte de la connaissance et la suppression de la sensibilité cutanée.

Pour faire l'opération, trois procédés ont été recommandés surtout: celui de Trousseau, opération lente en plusieurs temps; celui de Saint Germain, opération rapide, ouverture de la trachée en un seul temps; procédé de Bourdillat, ou procédé de l'index gauche, intermédiaire entre les deux précédents et celui auquel la plupart des médecins donnent aujourd'hui la préférence.

Le procédé de Trousseau peut se résumer ainsi: trachéotomie inférieure; opération très lente en ayant soin à chaque coup de

bistouri d'écarter, de pincer ou de lier les vaisseaux; dénudation soigneuse de la trachée; incision et introduction de la canule avec le dilatateur.

Évidemment, par ce procédé, on évite d'une manière à peu près certaine toute complication d'hémorragie, mais aussi, bien souvent l'opération, trop longue, met en danger la vie de l'enfant et si Trousseau n'a jamais eu d'accident c'est qu'il opérait très tôt, avant la période asphyxique.

L'opération de Saint-Germain peut se résumer ainsi:

Fixation du larynx;

Ponction d'emblée dans la membrane crico-thyroïdienne, incision du cricoïde et des trois ou quatre premiers anneaux de la trachée;

Introduction de la canule avec le dilatateur.

Si le procédé de Trousseau trouvait son indication chez les adultes, celui de Saint-Germain doit plutôt s'appliquer chez les enfants; on ne peut certes pas lui reprocher de demander trop de temps, mais est-il toujours facile à exécuter? Pas toujours, chez les sujets dont le cou est court et la trachée profonde par exemple; de plus il nécessite un aide très expérimenté, ce qu'on n'a pas toujours.

Le procédé que nous conseillons tient le milieu entre les deux précédents; il est à peu de chose près celui que Bourdillat conseilla dès 1867. Nous conservons du procédé de Saint-Germain le principe de la fixation du larynx; comme Trousseau nous conservons, autant que possible, le cricoïde, nous remarquons tous les temps, tout en simplifiant l'instrumentation.

D'ailleurs, il faut le dire, ces procédés sont surtout variables, suivant l'âge, suivant aussi certains cas particuliers: chez les sujets très maigres on peut faire la trachéotomie en un seul temps.

Nous insisterons peu sur les préparatifs: ils sont connus.

On choisira autant que possible une chambre spacieuse et claire; l'éclairage a une grande importance. Si c'est de jour qu'a lieu l'opération on se placera près d'une fenêtre, de façon à ce que le cou reçoive bien la lumière. Si c'est la nuit, il ne faut pas se contenter d'un seul luminaire, plusieurs sont indispensables, pour l'éclairage d'abord, de peur ensuite que l'un ne vienne subitement à faire défaut.

La table sur laquelle on couche le malade sera une table relativement lourde, suffisamment élevée, recouverte d'un drap plusieurs fois replié sur lui-même. Une table ronde serait fort mal commode.

Pour appuyer le cou du patient pendant l'opération, on fabrique une sorte de billot en serrant fortement, autour d'une bouteille, un oreiller ou un drap roulé.

Il est indispensable que l'opérateur ait deux aides au minimum; trois la nuit, à cause de l'éclairage.

Le choix des aides a grande importance et leur responsabilité est

grande. L'un d'eux, surtout celui qui surveille l'opération et tient la tête du malade, doit être un médecin. De lui dépend souvent le succès de la trachéotomie : un mouvement mal calculé de sa part détruit le parallélisme qui doit exister entre l'incision de la peau et celle de la trachée.

Comme instruments, on prépare un bistouri droit et court (bistouri à trachéotomie) ; un bistouri boutonné ; un dilatateur à deux ou trois branches, une canule (fig. 84 à 86) montée, c'est-à-dire munie de

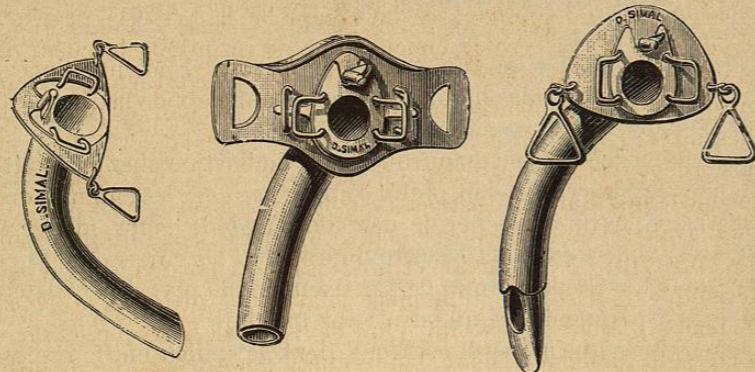


Fig. 84. — Canule de Trouseau en argent.

Fig. 85. — Canule modifiée par Luer.

Fig. 86. — Canule à mandrin de Péan.

deux cordonnets qui servent à la fixer autour du cou. Les canules doivent être graduées suivant l'âge :

- N° 00 jusqu'à six mois ;
- 0 de six mois à deux ans ;
- 1 de deux ans à quatre ans ;
- 2 de quatre ans à six ans ;
- 3 de six ans et au-dessus ;
- 4 à 5 pour les adultes ;

on aura soin de se munir de deux numéros voisins.

Il faudra en outre de l'ouate hydrophile, une solution antiseptique, liqueur de Van Swieten par exemple, de l'eau bouillie tiède, une plaque d'amadou.

Opération. — Le devant du cou est lavé, le malade est couché sur la table à peu près complètement déshabillé. L'un des aides saisit ses mains, étend les bras le long du corps et se tient prêt à empêcher tout mouvement des jambes et du corps. L'autre aide se place derrière le malade comme nous avons dit, le couche, place le billot sous la nuque et, saisissant la tête entre ses deux mains, il la fixe en extension forcée pour faire saillir le larynx. Sous aucun prétexte il ne doit changer de position que lorsque la canule est en place. Il relèvera alors la tête de l'opéré pour nouer les cordonnets derrière le cou.

L'opérateur, placé à droite a disposé à sa droite tous les instru-

ments. De la main gauche il saisit fortement le larynx entre le pouce et le médius et le soulève comme s'il voulait l'énucléer. Il aura soin cependant de ne pas serrer trop fortement le larynx, car le pouce ayant plus de force que le médius, le larynx se trouverait rejeté à gauche de la ligne médiane. Son doigt index cherche la rainure inter-crico-thyroïdienne et se fixe sur le bord inférieur du thyroïde : à partir de ce moment la main gauche ne doit plus bouger.

Partant du point fixé par l'index, le chirurgien fait une première incision de 2 à 3 centimètres dans laquelle il coupe la peau et les téguments, le plus profondément possible jusqu'à la trachée. Si du premier coup la trachée n'est pas mise à découvert, en repassant le bistouri, ou au besoin avec une sonde canelée, il sépare les tissus ; s'il y a du sang sur la plaie un coup de tampon suffit pour l'enlever. La trachée mise à découvert, le chirurgien reprend le haut de son incision et dans un second temps il incise les anneaux de la trachée sur la même longueur qu'il avait déjà incisé les téguments : le sang et l'air sortent mélangés dès l'ouverture de la trachée et produisent un gargouillement caractéristique. A partir de ce moment il faut aller vite et ne plus perdre de temps. L'index gauche, introduit dans la plaie, cherche si l'incision a été suffisamment étendue, tandis que la main droite pose le bistouri qui vient de servir. Si l'incision n'a pas été suffisante, on l'agrandit avec le bistouri boutonné ; si elle l'est, gardant toujours l'index gauche dans la fente de la trachée, l'opérateur prend la canule de la main droite, la présente à l'orifice de l'incision, et l'introduit en retirant à mesure l'index qui est pour ainsi dire remplacé par la canule. *Le bruit canulaire* montre que le bec de la canule est en place, on l'enfonce et le malade ne respire plus que par son orifice. Aussitôt que possible on l'asseoit et on fixe la canule.

Bien rarement on doit avoir recours au dilatateur de la trachée pour maintenir la plaie béante et pour introduire la canule. Mieux vaut se servir de l'index gauche. Il y a eu quelque peu de sang pendant et après l'opération, l'hémorragie s'arrête vite dès que la canule est placée et que le malade respire. Si on a opéré assez haut, on est sûr de ne point avoir lésé de gros vaisseaux ; si quelque gros vaisseau a été ouvert, on peut être obligé de le lier.

Pour éviter l'hémorragie, on a conseillé l'incision des parties molles jusqu'à la trachée à l'aide du thermocautère ; mais la trachée doit toujours être ouverte au bistouri. Cette pratique, qui expose plus que l'autre aux infections secondaires de la plaie et qui ne met pas à l'abri des hémorragies secondaires, ne nous paraît pas présenter de bien grands avantages.

L'opération peut être rendue difficile :

1° Par la profondeur de la trachée chez les malades à cou volumineux et gras ; dans les trachéotomies d'urgence quand il y a déjà de l'emphysème ;

2° Par une déviation de la trachée, dans le cas d'abcès profond du cou ou d'adénite ;

3° Chez les vieillards, par l'ossification des cartilages. Il est bon, dans ce cas, d'être muni de bons ciseaux : la première ponction faite au bistouri, on agrandit l'ouverture en coupant les anneaux de la trachée avec les ciseaux.

Accidents opératoires. — Des accidents opératoires de deux sortes peuvent se produire : les premiers sont imputables à une faute commise par le chirurgien, et ils auraient pu être évités ; les seconds sont la conséquence même de l'opération.

La plupart du temps les fautes opératoires surviennent parce qu'on ne suit pas les règles indiquées (fixation du larynx entre le pouce et le médius avec l'index pour indicateur) et que l'attention est détournée de l'opération par l'état du malade. « Dans la trachéotomie, l'opérateur doit faire abstraction de l'enfant (la surveillance en est confiée à l'aide qui tient la tête) pour être tout entier à l'opération qu'il ne pourra interrompre que si le malade est positivement en danger de mort. » (P. Renaut.)

Ces fautes sont les suivantes : l'incision de la peau est trop petite ; elle est moins étendue que celle de la trachée. Ceci arrive surtout dans l'opération en un temps où la peau fuit devant le bistouri mal affilé. Il faut agrandir l'incision cutanée, la disproportion des incisions est une cause d'emphysème.

L'incision de la trachée est trop petite : il faut l'agrandir au bistouri boutonné après avoir introduit l'index gauche dans la plaie déjà faite, en se guidant d'après lui, et en ayant soin de continuer la direction première. Les incisions multiples sont une grande faute.

L'incision est trop grande ; l'hémorragie est plus abondante, la canule est difficile à contenir en place, le bec ressort quand on élève le pavillon ; l'air passe entre la canule et la plaie, créant de l'emphysème. Il est difficile d'y remédier ; il faut avoir soin de bien contenir la canule, de la maintenir soi-même avec la main fixée contre le cou, tout au moins autant que durent les premières quintes de toux.

Le manque de parallélisme entre l'incision de la peau et celle de la trachée se produit lorsque le larynx a été mal fixé et que le malade a bougé. Il en résulte de l'emphysème sous-cutané et la canule est plus difficile à introduire.

Les incisions latérales sont faute fréquente, surtout chez les débutants ; l'incision est généralement trop à droite parce que la pression du pouce en fait dévier le larynx. La canule est difficile à introduire, il faut se servir du dilatateur. Quelquefois il y a même une petite plaie de l'œsophage vers la partie inférieure de l'incision.

En introduisant la canule, on prendra garde de l'entrer dans la trachée et non dans le tissu cellulaire prétrachéal ; cette faute est

encore assez fréquente. Elle se produit surtout quand l'incision de la trachée n'a pas été commencée aussi haut que l'incision cutanée. Il se produit de l'emphysème et le malade ne respire pas.

Accidents immédiats. — Les accidents immédiats inhérents à l'opération elle-même sont l'hémorragie et l'asphyxie.

Les hémorragies sont rarement abondantes et ne deviennent presque jamais inquiétantes. Ce sont presque toujours des hémorragies veineuses, le plus souvent en nappe. Trousseau a démontré que le meilleur moyen d'arrêter l'hémorragie est d'introduire la canule, et une canule aussi volumineuse que possible.

Lorsque l'hémorragie persiste après l'introduction de la canule, il faut disposer une ou deux plaques d'amadou derrière les plaques de la canule dont on serre un peu plus les cordons. Si cela ne suffit pas, et si l'opéré continue à expulser quelques filets de sang, on changera la canule et on introduira une autre d'un numéro au-dessus.

Il peut arriver que pendant l'opération la respiration, gênée par la position horizontale, par l'extension forcée du cou, par la pression des doigts de l'opérateur sur le larynx, s'embarrasse de plus en plus et finisse par s'arrêter. L'asphyxie complète, l'état de mort apparente, ne sont pas une raison pour perdre courage ; au contraire, il faut opérer, opérer plus vite et hâter la fin de l'intervention. Dès que la canule est mise en place, on fait la respiration artificielle. Cet accident est plus fréquent chez les enfants que chez les adultes ; la respiration artificielle doit être continuée avec persévérance pendant un quart d'heure, une demi-heure. Au bout de ce temps, l'enfant ne reviendra plus à lui, s'il n'a déjà fait quelques inspirations spontanées.

Soins consécutifs, traitement de la plaie. — On peut donner au malade une boisson stimulante, un peu d'alcool ou de vin ; il est d'ailleurs le premier à demander à boire.

On place au-devant de sa canule une compresse imbibée d'eau tiède ; cette compresse a pour but de chauffer et d'humidifier l'air qui arrive dans la trachée, ce qui calme les premiers moments de toux et d'irritation. De plus, cette compresse tamise l'air et empêche l'introduction de corps étrangers. Trousseau insistait beaucoup sur cette précaution.

Le sang qui a pénétré dans la trachée, les mucosités qui sont toujours abondantes dans les premières heures qui suivent l'opération, les fausses membranes quand il s'agissait d'un enfant atteint de diphthérie, bouchent rapidement la canule, et on est obligé assez tôt de retirer la canule interne pour la nettoyer.

Le changement de la canule externe se fera seulement vingt-quatre heures après l'opération, même davantage. On aura une canule de rechange, pendant le nettoyage de la canule, la plaie ne tarderait pas à se resserrer, car le premier pansement doit durer plus longtemps :

à l'inspiration les bords s'accolent l'un à l'autre et la respiration s'embarrasse rapidement.

L'ablation de la canule doit se faire progressivement ; elle ne doit être enlevée d'une façon définitive que lorsque la perméabilité du larynx est absolument rétablie, et que le malade a appris à respirer à nouveau par son larynx. C'est qu'en effet, soit par manque d'habitude, soit par un phénomène nerveux, l'opéré ne sait plus respirer par son larynx. Il faut le lui apprendre à nouveau, soit en le laissant chaque jour un temps plus long sans sa canule ; soit en lui faisant porter une canule à tambour ou canule parlante.

Le nettoyage de la plaie doit être fait suivant les principes antiseptiques de la chirurgie courante.

La plaie a une tendance invraisemblable à se cicatriser et à se refermer. Il suffit de laisser le malade sans canule justement pendant quelques heures pour en avoir la conviction. Aussi la canule, étant enlevée, au bout de huit à dix jours, on voit la plaie refermée paraccolement des bourgeons. La cicatrice qui demeure est peu visible et linéaire, n'ayant guère plus d'un centimètre de longueur.

LARYNGECTOMIE

L'extirpation totale ou partielle du larynx constitue l'opération de la *laryngectomie*.

Albers, en 1826, voulant voir quelle était l'importance du larynx dans la respiration, pratiqua sur des chiens des ablations partielles de cet organe. L'un de ces chiens mourut immédiatement d'hémorragie, l'autre survécut neuf jours et mourut de faim. Toutefois, par cette expérience, la possibilité de la vie après ablation du larynx était démontrée.

Langenbeck (1854), Kœberlé (1856), Hueter émirent l'avis que l'ablation du larynx était possible chez l'homme et compatible avec la vie. Czerny (1871) régla de quelle manière l'opération pouvait être pratiquée et il l'exécuta sur des chiens. Billroth (de Vienne) pratiqua la première laryngectomie chez l'homme, et ce fut pour ce premier malade que Langenbeck, assistant de Billroth, eut l'idée d'un larynx artificiel qu'il fit construire pour remplacer l'organe enlevé (31 décembre 1873).

La première opération de ce genre exécutée en France date de 1885 seulement ; elle fut pratiquée par Léon Labbé. Les résultats de l'expérience de ce dernier ont été exposés dans la thèse d'agrégation de Ed. Schwartz, travail d'ensemble très complet et qui relate 119 faits. Depuis Ed. Schwartz on doit signaler en France une communication de M. Labbé au Congrès de chirurgie (1886), les Mémoires de MM. Hache, Monod et Ruault (1887), Le Fort (1888), Perier, Poinçonat (1890), les thèses de MM. Mongou et Perrucher (1894),

Enfin les travaux et communications de M. F. Terrier, qui modifient presque totalement la technique opératoire, et une leçon de celui-ci, publiée tout récemment, leçon à laquelle nous ferons de nombreux emprunts (1).

Avant d'étudier les résultats de cette intervention et les chances de succès qu'elle procure, nous dirons comment on la pratique.

Jusqu'au moment de la communication faite par M. Perier, le procédé classique pour la laryngectomie comprenait quatre temps distincts : 1° Trachéotomie préliminaire, immédiate ou médiate ; 2° tamponnement de la trachée, anesthésie ; extirpation du larynx ; 3° pansements consécutifs ; 4° prothèse laryngée.

1° *Trachéotomie*. — La trachéotomie est pratiquée le plus souvent quinze jours ou trois semaines avant la grande opération. Les

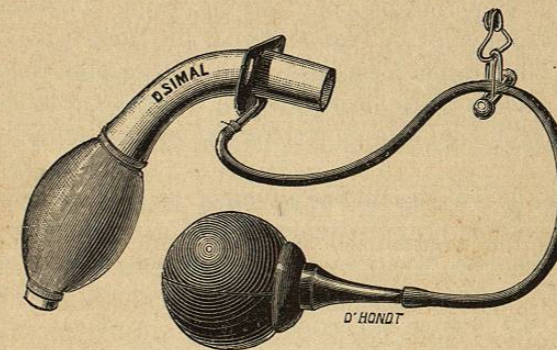


Fig. 87. — Canule-tampon de Trendelenbourg ; sa portion trachéale est vêtue d'une garniture de caoutchouc.

raisons en sont les suivantes : d'abord la trachéotomie est souvent une opération d'urgence faite parce que la respiration est très difficile et l'asphyxie à craindre. S'il y avait sténose et gêne respiratoire ancienne, le seul fait de rétablir l'air suffit pour rendre la santé meilleure : de plus le malade s'habitue à respirer par la canule et à se passer de son larynx.

Toutefois l'opinion des chirurgiens n'est pas unanime sur l'opportunité de la trachéotomie médiate. Von Bruns conseille les deux opérations dans la même séance.

Lublinski fait remarquer qu'il y a avantage à faire cette trachéotomie le plus bas possible, de façon à éloigner l'un de l'autre les deux centres traumatiques et de façon à ne pas être gêné par la canule pendant la seconde opération.

2° Comme agent anesthésique on emploiera le chloroforme. Si la trachéotomie a été faite dans une séance antérieure, c'est par la

(1) TERRIER, *Arch. internat. de laryngol.* — GUILLEMAIN, *La pratique des opérations nouvelles en chirurgie*. Paris, 1895.