

§ 27. — Le premier soin du chirurgien dans les plaies que nous venons de décrire, sera de veiller à la liberté de la respiration. S'il constate des symptômes indiquant une sténose du larynx, il devra en rechercher la cause; s'agit-il de la chute de la langue en arrière, il la saisira avec une pince et la maintiendra fixée en avant à l'aide d'une anse de fil. Si l'épiglotte a pris une mauvaise position et est séparée totalement ou en partie de la base de la langue, le mieux est de l'extirper. On éloignera le sang accumulé dans le pharynx et oblitérant la glotte. Puis vient l'hémostase, la ligature des vaisseaux. Si le blessé présente des symptômes qui font présumer qu'une grande quantité de sang s'est déjà écoulé dans la trachée, on introduira par la plaie, ou après avoir fait la trachéotomie, une sonde élastique à l'aide de laquelle on aspirera le sang. Si les symptômes de dyspnée persistent, si l'on n'est pas sûr que l'hémorragie se soit arrêtée et que, d'autre part, on voit se développer rapidement une tuméfaction des replis aryéno-épiglottiques, comme c'est la règle lorsque la glotte a été blessée, on n'hésitera pas à faire immédiatement la trachéotomie; si l'on craint une hémorragie secondaire, on introduira dans la trachée une canule-tampon. Lorsque tous ces symptômes font défaut, il n'y a aucune indication à pratiquer la trachéotomie; cependant il faut surveiller le malade et tout préparer pour exécuter cette opération à l'apparition des symptômes redoutés.

Lorsqu'on s'est décidé à faire la trachéotomie, la plaie doit être suturée; mais il convient de laisser ouverts les angles de cette dernière, et d'assurer par un drainage convenable l'écoulement des liquides infects et des restes d'aliments venant de la cavité buccale. Chez les malades qui n'ont pas subi la trachéotomie, la guérison par première intention ne s'obtient presque jamais; c'est pourquoi il faut se contenter d'appliquer quelques sutures pour que la plaie ne soit pas béante; dans le même but on fera coucher le malade, de telle façon que la tête soit fortement inclinée en avant.

L'impossibilité de la déglutition qui est la règle dans les premiers jours, nécessite l'emploi de la sonde œsophagienne. Les malades apprennent bientôt à avaler en exerçant une pression sur le plancher buccal.

Plaies du larynx et de la trachée.

§ 28. — La plupart de ces plaies sont aussi produites par des instruments tranchants dans des tentatives de suicide; cependant on observe assez souvent des plaies par armes à feu, et quelquefois le larynx ou la trachée ont été blessés par des instruments piquants. Les plaies par instruments tranchants sont rarement longitudinales; celles qui affectent cette direction sont presque toujours dues au bistouri du chirurgien dans la trachéotomie; les plaies par suicide ont, par contre, une direction

plus ou moins transversale. Elles sont plus souvent simples que multiples; elle divisent le cartilage thyroïde et les cordes vocales ou séparent la partie inférieure du larynx (cartilage cricoïde) de sa partie supérieure; lorsqu'elles sont multiples elles peuvent détacher complètement et luxer en dedans des portions du cartilage thyroïde ou cricoïde. La plaie peut se compliquer de lésions des parties voisines, de la glande thyroïde, du pharynx et de l'œsophage et surtout des vaisseaux.

Dans les plaies par armes à feu le projectile peut traverser le larynx sans amener de phénomènes graves (V. LANGENBECK), mais habituellement il produit des fractures irrégulières de cet organe; des portions de cartilage peuvent être projetées dans l'intérieur du larynx et même pénétrer, comme des corps étrangers, dans la trachée. Quelquefois un coup de feu dans la bouche, dans une tentative de suicide, a pour conséquence un rétrécissement du larynx, produit par un hématome sous-muqueux, qui, de la plaie du palais, s'est étendu jusqu'aux replis aryéno-épiglottiques.

Les plaies de la trachée siègent le plus souvent dans le tiers supérieur de ce conduit et sont alors transversales. La trachée peut être complètement divisée; dans ce cas les deux bouts s'écartent considérablement; le bout inférieur surtout fuit vers la partie inférieure du cou jusqu'au niveau du creux sus-sternal. On observe fréquemment des lésions concomitantes de la glande thyroïde et de l'œsophage, tandis que les vaisseaux sont assez souvent épargnés.

Les plaies par instruments piquants présentent des caractères exceptionnels; la plaie cutanée très petite n'étant souvent pas parallèle à la plaie de la trachée, il en résulte facilement un **emphysème sous-cutané** très étendu.

Parmi les symptômes des plaies du larynx et de la trachée, nous devons citer en première ligne ceux qui sont dus à un **rétrécissement de ces conduits**. L'obstacle à la respiration peut être l'effet direct de la lésion, lorsque des lambeaux flottants de tissus viennent obstruer la lumière du conduit laryngo-trachéal. Il en est de même lorsqu'un caillot sanguin vient à se former aussitôt après le traumatisme, soit au-dessus de la glotte, soit plus bas entre les cordes vocales et dans l'intérieur du larynx. Un pareil accident, il est vrai, s'observe rarement, car le sang est rejeté par des accès de toux. La gêne respiratoire est bien plus souvent la conséquence de l'écoulement de grandes quantités de sang dans la trachée; ce dernier remplit d'abord les petites bronches et finalement les bronches d'un plus grand calibre. C'est ce qui arrive lorsque l'hémorragie se produit dans le larynx lui-même, ou lorsque le sang provenant de vaisseaux extérieurs aux voies respiratoires, pénètre dans la trachée divisée. Pendant un certain temps le liquide sanguin est agité dans les petites bronches, avec production de râles à chaque mouvement respiratoire, puis il se coagule et forme des caillots très ramifiés, dendriti-

ques ; il en résulte des symptômes d'asphyxie d'autant plus graves que l'obstacle ne peut être facilement levé.

Divers processus peuvent être aussi plus tard une cause d'asphyxie. Tel est avant tout le gonflement produit par le sang épanché dans les tissus (hématome) ou par l'exsudat inflammatoire. La tuméfaction occupe surtout la région des ligaments aryéno-épiglottiques et l'intérieur du larynx. En outre des portions du larynx peuvent se nécroser ; les fragments privés de vie sont éliminés par la suppuration ; ils peuvent tomber dans la trachée et produire aussi des symptômes d'asphyxie. Enfin, plus tard encore, le blessé est menacé de suffocation lorsque le tissu de granulation prolifère démesurément, et envoie des bourgeons charnus dans l'intérieur du larynx ou de la trachée.

Les autres symptômes ont beaucoup moins d'importance, par exemple les troubles de la phonation provenant, soit d'une lésion directe des cordes vocales ou de la trachée, soit d'une section du récurrent. De même l'emphysème sous-cutané n'acquiert de l'importance que dans un petit nombre de cas. Dans les petites plaies par instruments piquants et dans les plaies par armes à feu, l'air peut pénétrer de la plaie trachéale dans les parties molles, et produire peu à peu un emphysème très étendu, qu'on ne peut faire disparaître sans agrandir la plaie externe.

Plus tard d'autres phénomènes peuvent se montrer, abstraction faite des symptômes d'asphyxie dont nous avons déjà parlé. Tels sont les symptômes fébriles dus à des fusées purulentes et au développement de phlegmons diffus avec abcès dans les différents espaces occupés par le tissu conjonctif.

§ 29. — Il nous reste à dire quelques mots de deux conséquences des lésions dont nous avons parlé, à savoir les **rétrécissements persistants** et les **fistules persistantes** du conduit laryngo-trachéal. Nous n'avons pas à insister sur l'origine des rétrécissements du larynx, lorsqu'une lésion traumatique a produit une dislocation de portions de cet organe ; dans ces cas les phénomènes de cicatrisation ne peuvent qu'aggraver l'obstacle déjà existant. Une autre cause de rétrécissement sont les pertes de substance de la trachée, produites au moment de la lésion ou par nécrose consécutive. Les symptômes varient naturellement avec le degré de la coarctation.

Nous avons déjà parlé plus haut des fistules qui siègent au-dessus du larynx. En somme les blessures du conduit laryngo-trachéal ne sont pas suivies souvent de fistules persistantes, comme le prouve la guérison rapide des plaies de trachéotomie, même dans les cas où la canule a dû être gardée longtemps. Ces fistules ont rarement un calibre suffisant pour laisser passer un pois, et celles dans lesquelles on peut introduire le petit doigt sont très rares. Le plus souvent elles se produisent dans les mêmes conditions que les rétrécissements, c'est-à-dire à la suite de pertes de substance du larynx et de la trachée. En effet, lorsqu'il existe une perte

de substance, les bords de la plaie cutanée s'infléchissent en dedans et la peau se soude à la muqueuse. On constate volontiers un point rétréci au-dessus de la fistule. Les troubles de la phonation sont considérables à la suite d'une simple fistule, car la perforation, siégeant au-dessous des cordes vocales, empêche celles-ci de recevoir le courant d'air expiré.

Lorsque la fistule est assez grande pour laisser passer la totalité de l'air respiré, il en résulte des conséquences fâcheuses pour le larynx, surtout lorsque les parties situées au-dessus de la fistule présentaient déjà un certain degré de rétrécissement. Le larynx, en effet, se rétrécit jusqu'à un certain point par défaut d'usage. Cependant les symptômes d'asphyxie qui se montrent lorsqu'on tient la fistule fermée, sont dus encore plus souvent au rétrécissement cicatriciel des parties du conduit situées au-dessus de la perforation.

Tous ces faits doivent nous engager à tenter la guérison de la fistule par voie opératoire, et si on le juge nécessaire, on aura soin de dilater préalablement la partie du larynx située au-dessus du trajet fistuleux.

§ 30. — En présence des nombreux dangers qui, dans les lésions décrites plus haut, menacent de tuer le malade par asphyxie, on comprend facilement que la tâche du chirurgien consiste essentiellement à parer aux accidents de suffocation. En cas d'hémorragie il faudra avant tout songer à l'hémostase, et la faire surtout avec beaucoup de soin lorsque le sang s'écoule dans le larynx. C'est là, il est vrai, une tâche qui, dans les petites plaies du larynx, est loin d'être toujours facile, car en pareil cas il est impossible de voir l'intérieur de cet organe, ou même d'y aller saisir avec une pince le vaisseau qu'il s'agit de lier. Un certain degré d'asphyxie produite par le sang qui s'est déjà écoulé dans les voies respiratoires, augmente encore l'hémorragie, et les petits vaisseaux de la muqueuse peuvent donner une quantité de sang suffisante pour causer la mort par suffocation. Dans ce cas, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de pratiquer immédiatement la trachéotomie et d'introduire une canule-tampon après avoir, autant que possible, aspiré le sang qui a pénétré dans les bronches.

Dans un cas où j'employai ce mode de traitement, l'hémorragie s'arrêta aussitôt après l'introduction de la canule-tampon. C'est précisément dans ces sortes de plaies du larynx que la canule en question est indiquée lorsqu'on a à craindre une hémorragie les jours suivants. **La trachéotomie doit être pratiquée également, alors même qu'il n'existe aucun symptôme grave, lorsque le blessé ne peut être placé sous la surveillance continue du médecin,** car le gonflement inflammatoire qui, dans les plaies du voisinage de la glotte, peut survenir d'un instant à l'autre, est capable d'entraîner la mort en très peu de temps par asphyxie.

Dans les plaies longitudinales et les plaies transversales peu étendues du larynx, l'écartement n'est pas considérable, et il n'y a aucune indi-