

plaie trachéale dont on écarte les bords avec de petites érignes. Si l'on ne réussit pas à voir les granulations à la lumière diffuse du jour, on se sert de la lumière solaire ou de celle d'une lampe réfléchi à l'aide d'un miroir. Si l'on trouve des granulations on les enlève immédiatement. Que doit-on faire lorsqu'on constate de bonne heure l'existence de granulations? Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'intervenir immédiatement par une opération. Dans un certain nombre de cas on les fait disparaître en changeant de canule et en introduisant des numéros de plus en plus faibles. Mais en présence du danger d'asphyxie qui menace l'enfant, on ne devra pas dans la suite se contenter de ce moyen, et, surtout lorsque le diagnostic est sûr, on fera bien d'enlever les petites tumeurs. Le meilleur procédé consiste à placer le malade la tête pendante et à pratiquer le grattage des granulations à l'aide d'une petite curette tranchante introduite dans la fistule trachéale. On peut également se servir dans ce but d'une petite pince à griffes ou de fins ciseaux de COOPER. Il sera également utile de cautériser dans une séance ultérieure la base d'implantation du néoplasme. La canule sera introduite de nouveau dans la trachée après l'opération. Si le granulome ne s'est développé qu'après la guérison de la plaie, on devra inciser de nouveau la trachée et y introduire d'abord une canule. Dans les formes graves HUETER et SCHULLER conseillent de faire la trachéotomie plus bas et d'inciser ensuite la cicatrice pour enlever les granulations. Dans ces cas, de même que dans les rétrécissements provenant du gonflement de la muqueuse du larynx, on a quelquefois obtenu un bon résultat par l'introduction d'une canule en T, dont une partie est placée dans le larynx et l'autre dans la trachée. Dernièrement KOERTE (Langenbeck's Archiv. vol. XXIV, p. 238) a de nouveau conseillé ce traitement en se basant sur ses expériences. Parmi les diverses canules qui ont été construites dans ce but (RICHET, BAUM, DUPUIS), il conseille celle de DUPUIS dont nous donnons ici le dessin.

Cette canule est formée de deux portions d'égales dimensions (AA' et BB') dont chacune représente la moitié d'un T. Chaque moitié a une branche horizontale creuse, représentant une portion de canule ouverte aux deux bouts (A, B), et une branche verticale pleine; les deux branches verticales sont appliquées l'une contre l'autre de façon que les deux portions A et B constituent une seule canule, et sont maintenues dans cette position par une vis D, ainsi que par un anneau solide de caoutchouc C.

Pour placer cette canule on introduit séparément chacune de ses deux moitiés de façon que l'une remonte dans le larynx et l'autre descende dans la trachée, puis on applique l'une contre l'autre les deux portions pleines, qui peuvent du reste aussi être maintenues par une petite gouttière, et on les fixe solidement au moyen de la vis, comme on le voit dans la figure 412, A. KOERTE fait observer que l'introduction et l'enlèvement des deux moitiés de la canule peuvent présenter des difficultés, et que parfois on n'y parvient

qu'après avoir dilaté la plaie. Il conseille, en outre, de ne pas laisser cette canule à demeure lorsque le malade n'est pas surveillé, et de la remplacer surtout pendant la nuit par une canule ordinaire.

Outre les granulomes, l'œdème inflammatoire de la muqueuse du larynx peut aussi, comme nous l'avons déjà dit plus haut, mettre obstacle pendant un certain temps à l'enlèvement définitif de la canule. Toutefois ce genre d'obstacle est aussi rare que les véritables rétrécissements. D'après le travail déjà cité de KOERTE, il faut bien distinguer les formes de rétrécissement qui proviennent de véritables ulcérations, probablement de na-

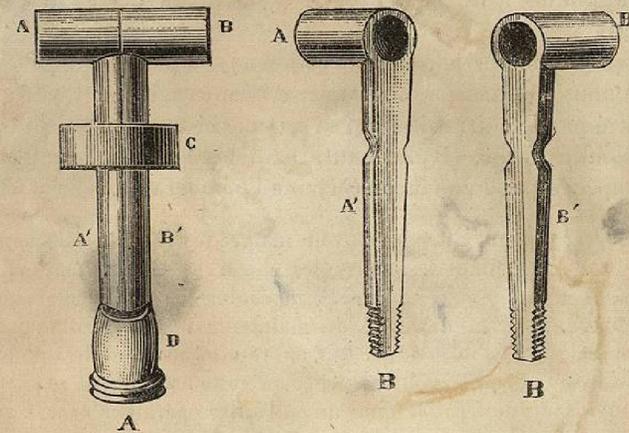


Fig. 412. — Canule de DUPUIS.

ture diphtérique, de celles qui reconnaissent pour cause un phlegmon de la muqueuse ayant envahi le tissu sous-muqueux et donné lieu plus tard à un épaissement cicatriciel de ce tissu. Les rétrécissements ont été observés principalement à la partie supérieure de la trachée, et dans le larynx jusqu'au niveau de la glotte; tantôt ce sont des cordons cicatriciels qui causent le rétrécissement, tantôt il s'agit d'épaississements de la muqueuse constituant des bourrelets longitudinaux ou transversaux; parfois on observe une inflexion ou coudure de la trachée. Pour le traitement on suivra les règles que nous avons exposées à propos des rétrécissements du larynx (§ 128). Tout d'abord on introduira par la plaie, dans le larynx, des bougies qui serviront en même temps au diagnostic. KOERTE conseille l'emploi de la sonde de DUPUIS, qui est coudée à angle droit près de son extrémité par un renflement épais en forme d'olive. Une bougie dont le diamètre est de la même épaisseur que le bout olivaire, ne pourrait être introduite dans la même épaisseur que le bout olivaire, et rendrait ainsi la respiration impossible. Lorsqu'on a réussi à introduire ces bougies, on se sert ensuite de sondes de plus en plus

grosses ou de cônes d'étain, et finalement de la canule en J. Quelquefois on devra diviser les cordons cicatriciels ou inciser le point rétréci. Ces opérations présentent des difficultés surtout par le fait qu'elles sont pratiquées sur des larynx d'enfants.

Lorsque tous les procédés que nous venons d'indiquer échouent, l'enfant est condamné à garder définitivement une canule dans la trachée.

§ 137. — Pour terminer, nous avons encore à parler de certains procédés particuliers de trachéotomie.

Dans ces derniers temps, afin de réduire l'hémorragie à un minimum, on a presque simultanément en France et en Allemagne (BRUNS, VOLTOLINI) appliqué à la trachéotomie l'emploi du **couteau galvanocaustique**.

On comprend qu'une pareille opération ne soit pas destinée à un grand avenir, et nous pensons que le danger d'hémorragie peut parfaitement être conjuré par le chirurgien qui se sert du bistouri en suivant le procédé que nous avons décrit plus haut. D'ailleurs la méthode galvanocaustique n'empêche pas d'une façon certaine l'hémorragie.

Nous conservons cette manière de voir malgré les récentes discussions à la Société de chirurgie, dans lesquelles des chirurgiens de renom (VERNEUIL, entre autres) ont parlé en faveur du galvanocautère ou du thermocautère dans la trachéotomie. Déjà la difficulté de maintenir l'instrument toujours à la même température et l'incertitude qui en résulte au point de vue de la division des tissus sans hémorragie, empêcheront cette méthode de se généraliser; nous ne voulons pas nier par là que l'un ou l'autre opérateur exercé ne puisse arriver à s'en servir avec un certain degré de précision.

Nous devons, par contre, attacher une importance considérable au procédé employé presque en même temps par NUSSBAUM et TRENDELENBURG, et qui consiste à faire la trachéotomie comme acte préliminaire dans certaines opérations qui, pour le cas où le malade est chloroformé, donnent facilement lieu à un écoulement de sang dans la trachée et à des phénomènes graves d'asphyxie.

Nous avons déjà eu maintes fois l'occasion dans cet ouvrage de conseiller la méthode de TRENDELENBURG pour les opérations dans lesquelles le sang s'écoule dans le pharynx ou directement dans le larynx des malades, par exemple les résections du maxillaire, l'extirpation sanglante des polypes naso-pharyngiens, l'ablation de tumeurs du pharynx après la pharyngotomie préalable, les opérations sur le larynx précédées de la laryngotomie, enfin les plaies graves accompagnées d'hémorragie dans la cavité de cet organe.

Cette méthode, outre qu'elle empêche l'écoulement du sang dans la trachée, présente en même temps l'avantage de permettre d'anesthésier le malade par la canule au moyen d'un appareil particulier.

On comprendra facilement la manière dont ces avantages se trouvent

réalisés, en jetant un coup d'œil sur la figure ci-jointe qui représente *in situ* l'appareil tout entier.

Après avoir ouvert la trachée d'après le procédé habituel, au lieu de la canule ordinaire, on introduit la canule-tampon. Cet instrument qui est destiné à fermer complètement la trachée, se compose d'un tube assez long entouré d'une poche en caoutchouc; à l'aide d'un petit tube qui sort par la plaie de la trachée, cette poche peut être insufflée de façon à oblitérer entièrement la lumière du conduit trachéal. Dernièrement on s'est servi dans ce but de la baudruche ordinaire (condom), qui offre plus de résistance. L'insufflation se fait à l'aide d'une poire en caoutchouc; le petit

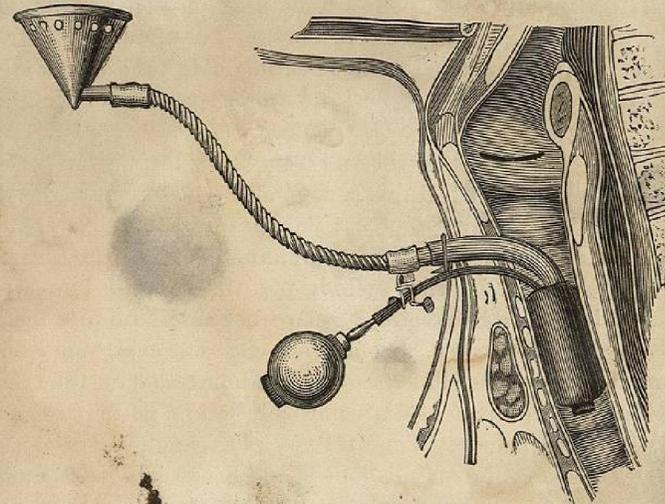


Fig. 113. — Appareil de TRENDELENBURG pour la trachéotomie.

tube qui la réunit à la poche entourant la canule est munie d'un robinet. Pour s'assurer si le tampon ferme hermétiquement la trachée, on mettra le doigt sur l'orifice antérieur de la canule; si le tampon fonctionne bien le malade ne pourra faire pénétrer la plus petite quantité d'air dans la trachée en faisant des mouvements respiratoires. On adapte à l'orifice de la canule un tube terminé par un entonnoir dans lequel on verse le chloroforme; on peut toutefois se passer de cette partie de l'appareil et appliquer directement à l'orifice de la canule le masque à chloroforme de SKINNER (Fig. 114). On peut alors commencer l'opération proprement dite; au moment où l'on craint le danger d'hémorragie on fera bien de laisser l'appareil en place pendant les premiers jours qui succèdent à l'opération. On a résolu la question de l'opportunité de laisser la canule à demeure plus longtemps, soit jusqu'au moment où l'on n'a plus à craindre l'écoulement dans la trachée de substances