

fatale terminaison. M. Sédillot préfère attendre jusqu'au dernier moment : en effet, lorsqu'il est bien avéré que la vie va s'éteindre et qu'il n'y a plus d'espoir, on opère sans regrets, avec la conscience de tenter une ressource, incertaine sans doute, mais encore capable de sauver la vie, comme plusieurs faits le démontrent ; tandis que si l'opération échoue, on a l'assurance de n'avoir ni provoqué ni hâté la mort.

P. Guersant, partisan de la bronchotomie préventive, l'avait pratiquée cent soixante et onze fois en 1852 sur des enfants atteints de croup, et avait obtenu trente-six guérisons. C'est un peu moins d'un succès sur quatre opérés ; on n'oserait pas affirmer qu'il n'eût pas obtenu les mêmes résultats en n'opérant pas.

Les vomitifs, les mercuriaux en frictions et à l'intérieur, sont particulièrement applicables au traitement du croup : M. Sédillot a publié une observation qui semble clairement démontrer l'action résolutive et anti-couenneuse de cette dernière médication. Une jeune fille d'une vingtaine d'années était entrée à sa Clinique pour y être traitée d'une cécité presque complète par hypopyon. Atteinte de croup, elle est traitée par le calomel à doses fractionnées et couverte de frictions mercurielles. Prise de salivation, elle expulse une grande quantité de fausses membranes tubuleuses, et non-seulement guérit de son croup, mais encore recouvre complètement la vue.

On a vanté les injections d'une solution de nitrate d'argent dans la trachée : M. Sédillot a vu un jeune enfant succomber manifestement à l'étouffement qu'elles avaient produit. Si des fausses membranes étaient en partie détachées et accessibles, on les extrairait avec une tige de baleine armée d'une éponge.

Cedème de la glotte. Cette affection a quelquefois été confondue avec l'angine de poitrine. M. Sédillot a été témoin d'un cas de ce genre dans un hôpital : la bronchotomie fut rejetée tout d'abord ; et il ne fut permis à ce chirurgien de la pratiquer qu'en désespoir de cause et lorsque la mort parut inévitable. L'opération, faite trop tard, ne réussit pas ; mais l'autopsie ayant démontré la réalité d'une simple laryngite œdémateuse, le succès eût probablement été obtenu si l'on avait opéré plus tôt.

Laryngites chroniques. M. Sédillot a publié l'observation d'un malade atteint de laryngite chronique, qu'il rappela véritablement à la vie par la trachéotomie. On a rapporté plusieurs exemples de personnes ayant vécu plusieurs années avec une canule dans la trachée ; un de nos célèbres accoucheurs a dû à ce moyen les deux dernières années de son existence.

Pseudo-membranes laryngées. Morgagni, Home, Frank,

M. Andral, ont cité des cas de fausses membranes bornées au larynx et développées d'une manière chronique, de façon à simuler une phthisie laryngée. L'indication de la bronchotomie pourrait être la conséquence de cette affection.

Asphyxie par submersion et par strangulation. La respiration artificielle est bien préférable à la bronchotomie contre l'asphyxie par submersion. Nous ne rapporterons pas les cas où la trachée-artère fut ouverte pour sauver les hommes condamnés à être pendus. C'est une question de médecine légale que nous ne voulons ici ni discuter ni résoudre.

Les fractures du larynx, d'après les travaux récents auxquels elles ont donné lieu, nécessitent fréquemment la bronchotomie, que les sujets atteints de cet accident soient primitivement menacés de suffocation ou qu'ils le soient consécutivement. (*Histoire et critique des fractures traumatiques du larynx*, par A. Hénoque, in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, nos 39 et 40, 1868 ; et *Fracture du larynx*, par J. Servier, même recueil n° 7, 1869.)

Corps étrangers. Une des indications les mieux fondées de la bronchotomie est l'extraction des corps étrangers extérieurs engagés dans les voies aériennes. Ces corps peuvent déterminer la suffocation ou amener la phthisie pulmonaire, l'ulcération des bronches et des grosses artères voisines, des épanchements pleurétiques ; il est donc urgent de les extraire. Louis a rassemblé plusieurs exemples d'expulsion spontanée ; mais cette heureuse terminaison est trop rare pour désarmer le chirurgien en présence de dangers imminents et trop fréquemment mortels. Les corps étrangers sont mobiles dans la trachée, ou fixés dans les ventricules du larynx ou à la bifurcation des bronches. Ce sont habituellement des noyaux de cerises, des haricots, des pièces de monnaie, des fragments d'os, des aiguilles etc. ; l'ouverture de la trachée leur offre une libre issue ou permet au chirurgien d'en faire directement l'extraction.

Procédés opératoires. Quel que soit le procédé de bronchotomie auquel on ait recours, certaines règles générales doivent être observées avec attention. Le malade est couché, la poitrine et la tête soulevées par des oreillers, la région cervicale largement éclairée ; les incisions doivent être faites rapidement, et les voies aériennes doivent être promptement ouvertes, pour dissiper la congestion veineuse produite par la gêne respiratoire, et faire cesser les hémorrhagies. Dans la crainte de percer d'outre en outre la trachée-artère ou le larynx, on se sert d'un bistouri boutonné pour agrandir l'ouverture pratiquée par ponction au tube aérien, en se rappelant les mouvements d'élévation et d'abaissement alternatifs que pré-

sente l'appareil laryngo-trachéal, mouvements capables de contrarier singulièrement les manœuvres chirurgicales. Bretonneau a répété le conseil, déjà proposé depuis longtemps, de fixer le larynx pour limiter ces mouvements.

Anthyllus, le premier, comme nous l'avons dit, qui ait pratiqué la trachéotomie, incisait l'intervalle du troisième au quatrième anneau de la trachée, sans diviser les cartilages. Sanctorius s'était servi d'un trocart *j*, dans le but de traverser d'un seul coup les téguments et la trachée, et d'éviter ainsi l'hémorrhagie : cette idée donna successivement naissance aux divers trocarts de Decker, *i*, *h*, de Bauchot, *g*, *f*, *e*, de Richter, *d*, *c*, de Bell, *b*, *a*, de Michaelis, *z*, *y*, *x*, *v*, *t*, *s*, *r*, *q*, de Perret, *o*, de Rudtorffer, *p*, de Beint, *n*, *m*, *l*, *k*. Tous ces instruments sont tombés aujourd'hui

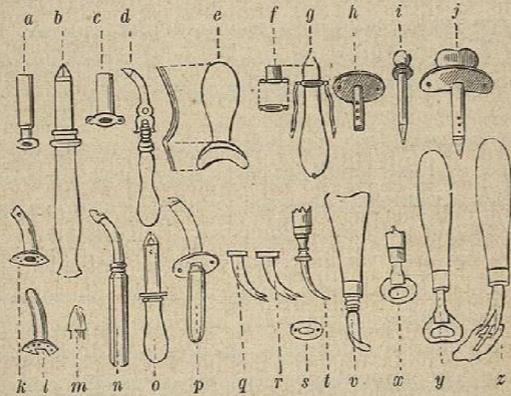


Fig. 545.

dans un discrédit complet; leurs principaux inconvénients étaient de produire des plaies beaucoup trop petites, difficiles à exécuter, et peu favorables aux indications que l'on se proposait de remplir. La planche (fig. 545) qui les représente a été empruntée à la thèse de Lenoir.

Trachéotomie. Procédé ordinaire. Le procédé le plus sûr consiste à faire sur la ligne médiane, et de haut en bas, une longue incision, étendue du cartilage cricoïde vers le bord supérieur du sternum. On tombe, au delà de l'aponévrose cervicale superficielle, entre les deux muscles sterno-hyoïdiens *e* (fig. 544); on sépare les deux muscles sterno-thyroïdiens *f* plus profondément, et l'on porte le doigt sur la trachée pour s'assurer qu'il n'existe dans ce point aucune anomalie vasculaire. Il suffit alors de couper légèrement avec le bistouri un des cartilages de la trachée dans sa hauteur. Si les mouvements de la trachée sont considérables et si l'on n'est pas

très-sûr de sa main, on introduit dans la plaie par laquelle s'échappe de l'air et du sang un bistouri boutonné ou une sonde cannelée, et l'on divise les trois ou quatre premiers anneaux du tube aérien, en remontant, et en ménageant ou intéressant l'isthme du corps thyroïde, selon le volume de cet organe et les conditions particulières de l'opération.

L'hémorrhagie veineuse est ordinairement la seule complication immédiate de la trachéotomie, et s'explique par l'imminence de l'asphyxie. On a conseillé d'opérer en deux temps, de lier ou de tordre les vaisseaux, de les comprimer avec les doigts ou d'éponger la plaie avec de l'eau glacée. Le moyen le plus efficace est d'ouvrir promptement une large voie à l'introduction de l'air; la respiration se rétablit et l'hémorrhagie s'arrête. Si l'hémorrhagie continue, le sang tombé dans la trachée et les bronches est habituellement rejeté avec de grands efforts de toux; mais s'il déterminait la suffocation, chez un malade affaibli et expirant, on pourrait l'aspirer avec la bouche, à l'exemple de Roux, ou avec un tube de gomme élastique.

Procédé de M. Chassaignac. Ce chirurgien a fait construire un tenaculum dont la convexité est cannelée. Lorsque la pointe de l'instrument a été engagée sous le cricoïde, on porte le bistouri le long de la cannelure, on pénètre dans la trachée d'avant en arrière et de haut en bas, et on divise la peau, les parties molles et les premiers anneaux cartilagineux d'un seul coup.

L'emploi de diverses espèces de pinces a été préconisé pour écarter les bords de la trachée, faciliter le passage de l'air et l'introduction d'une canule respiratoire. Ces pinces, dont nous donnons quelques modèles (voy. fig. 546), peuvent être remplacées par des tenaculum ordinaires servant à écarter les deux côtés de la plaie.

Desault a cité l'observation d'un étudiant auquel un de ses camarades ouvrit l'artère carotide en voulant lui inciser la trachée pour le sauver d'une asphyxie par submersion. Béclard rapporte un exemple de plaie du tronc brachio-céphalique pendant l'opération de la bronchotomie. M. Sédillot a vu mourir un malade auquel un chirurgien avait divisé la jugulaire interne, au travers d'une plaie de la trachée percée obliquement de part en part; et M. Legouest a fait l'autopsie d'un sujet chez lequel le golfe des veines jugulaires avait été ouvert et avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle, avant qu'on ait eu le temps d'ouvrir la trachée. Ces faits accusent sans doute la maladresse de l'opérateur, mais ils sont de nature à inspirer une très-grande circonspection dans les manœuvres opératoires, et engagent à ne pas porter le bistouri trop près du ster-