

Les couches au niveau de cet espace sont : la peau, l'aponévrose, les muscles sous-hyoïdiens et la membrane crico-thyroïdienne. Il est donc très facile de pénétrer dans le larynx par cette voie. C'est celle qu'avait suivie d'abord Vicq-d'Azyr et que conseillait Blandin. « On pourrait à la rigueur, dit cet auteur, faire la ponction de la membrane crico-thyroïdienne avec un trois-quarts, je pense même qu'avec des précautions convenables ce serait là le meilleur mode opératoire. » Krishaber reprit pour son compte cette méthode qui n'avait été qu'indiquée et la substitua complètement à la trachéotomie proprement dite. Il modifia dans ce but la canule ordinaire et remplaça le bout rond par un bout en bec de flûte, ce qui permit de toujours pénétrer facilement dans l'espace, malgré son étroitesse, la canule refoulant en bas le cricoïde. La canule entre donc à frottement, ce qui est peut-être un inconvénient dans le cas où elle devrait rester en permanence.

Une autre méthode consiste à ponctionner d'abord la membrane crico-thyroïdienne pour pratiquer ensuite la *crico-trachéotomie*, ainsi que le faisait de Saint-Germain.

Les plaies du larynx pratiquées à ce niveau répondent à la portion sous-glottique : aussi la phonation est-elle abolie.

Cartilage cricoïde. — Le *cartilage cricoïde* présente une forme annulaire ; on l'a comparé, avec raison, à une bague dont le chaton serait tourné en arrière. Il mesure de 6 à 10 millimètres de hauteur en avant et de 20 à 25 millimètres en arrière.

La cricotomie est-elle dangereuse, comme le pensait Trousseau ? Doit-on absolument rejeter l'opération de Boyer, c'est-à-dire la section du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée, après incision préalable de la membrane crico-thyroïdienne ? Oui, chez l'adulte, car on peut tomber sur un cricoïde ossifié ; et, ne le fût-il pas, la section du cricoïde serait d'un faible secours, à cause de la difficulté d'écarter les deux lèvres de la plaie. Mais chez l'enfant, où le cartilage est flexible et tendre, il n'y a aucun inconvénient à employer cette méthode, ainsi que je l'ai dit plus haut.

Quant à l'argument tiré du mémoire de M. Hénocque, à savoir que, sur 52 cas de fractures du larynx, 49, où il y avait fracture du cricoïde, ont été suivis de mort, il ne prouve rien relativement à la gravité de la section isolée du cricoïde ; il prouve seulement que la fracture de ce cartilage ne se produit que sous l'influence d'un traumatisme intense.

Trachée-artère. — La *trachée-artère* fait immédiatement suite au cartilage cricoïde et se termine à l'origine des bronches. Elle commence à la sixième vertèbre cervicale et finit à la quatrième dorsale. La trachée a la forme d'un cylindre dont on aurait enlevé le cinquième postérieur environ.

Sa direction est verticale, mais il ne faut pas oublier que, dans ce plan vertical, elle se dirige obliquement d'avant en arrière et de haut en bas, en sorte qu'elle est d'autant plus superficielle, partant plus accessible, qu'on se rapproche davantage de son origine (Voir fig. 159).

La trachée est composée d'anneaux cartilagineux incomplets, dont les deux extrémités dirigées en arrière sont reliées entre elles par des fibres musculaires lisses. Les anneaux sont unis les uns aux autres par une membrane fibreuse, qui forme comme la charpente de la trachée. Cette membrane, très résistante, est composée de fibres de tissu conjonctif et d'un grand nombre de fibres élas-