

Peut-être aussi sont-elles l'origine de ces sortes de petits condylomes développés sur les bords de la plaie trachéale après la trachéotomie, analogues à celui qui fut présenté jadis à la Société de chirurgie, par Krishaber, et qui déterminait la mort de l'enfant.

M. Coyne a signalé l'existence de follicules lymphatiques dans la muqueuse laryngée. Ils peuvent être le point de départ d'ulcérations.

Les ulcérations de la muqueuse laryngo-trachéale se produisent généralement sous l'influence de trois causes : la phthisie, la syphilis et la morve, cette dernière fort rare, bien entendu. Chacun sait que les ulcérations laryngées peuvent occasionner un œdème de la glotte et nécessiter la trachéotomie, mais ce que l'on sait moins, c'est qu'il en peut résulter un rétrécissement de la trachée. Charnal appela, le premier, l'attention des chirurgiens sur ce sujet, à propos d'un malade opéré à la Maison de santé par Demarquay. Voici ce qui se passe alors : ulcération de la muqueuse trachéale, envahissement progressif, et, finalement, destruction des cerceaux cartilagineux sous-jacents ; affaissement de la trachée et production d'un tissu de cicatrice qui, en se rétractant, détermine peu à peu un rétrécissement. Surviennent alors des accès de suffocation, ressemblant beaucoup, par la facilité plus grande des expirations, à ceux que détermine l'œdème de la glotte, et la trachéotomie devient nécessaire. Or, au grand désappointement de l'opérateur, ces accidents continuent, puisque l'obstacle siège au-dessous de l'ouverture trachéale.

La muqueuse de la trachée et ses glandes reçoivent, de l'artère thyroïdienne inférieure, des vaisseaux qui acquièrent chez l'adulte un certain développement. Ce fait ne mériterait pas d'être noté, s'il n'avait de l'importance au point de vue chirurgical. Le seul accident qui rende grave l'opération de la trachéotomie est l'hémorragie. Celle-ci peut se produire pendant l'incision des premières couches, et, si elle provient d'une artère, on doit s'en rendre maître avant de continuer. Mais il est, en somme, très rare, à moins de rencontrer une des anomalies artérielles figurées plus loin, que la perte de sang soit inquiétante par elle-même ; l'accident redoutable de la trachéotomie est l'introduction du sang dans la trachée, ce qui peut amener une asphyxie immédiate par obstruction des bronches. De là, le conseil de procéder lentement à la découverte de la trachée et de n'inciser ce conduit qu'après l'hémostase complète. Ce conseil est très rationnel sans doute : mais que faire contre l'hémorragie produite par l'incision de la muqueuse trachéale elle-même ? Il tombe toujours du sang dans la trachée, que l'opération soit pratiquée vite ou lentement, et la preuve en est fournie par l'accès violent de toux qu'éprouve le malade aussitôt que la trachée est ouverte (1). Aussi, l'idéal pour la trachéotomie serait de faire cette opération à blanc, et nous n'avons pour cela qu'un moyen, opérer avec le galvanocautère ou le thermocautère ; mais ce procédé peut amener la production d'escarres, et l'usage du bistouri a continué de prévaloir.

(1) La preuve que la quinte violente de toux qui suit immédiatement l'ouverture de la trachée est le résultat de la chute du sang dans ce conduit m'a été fournie par une observation que j'ai relatée à la Société de chirurgie, en 1874. Sur un vieillard atteint de cancer du larynx, je fis la trachéotomie à l'aide du galvanocautère. Il ne s'écoula *pas une goutte* de sang. Après l'ouverture de la trachée, aucune toux ne se produisit, et les assistants, n'entendant pas le bruit caractéristique, ne croyaient pas l'opération achevée. — Le seul signe physique fut la sortie d'un peu de fumée par le nez.