

proprié, on dirige la cicatrisation du fond vers la surface, pour éviter une adhésion des parties molles extérieures avant la réunion des bords de la plaie œsophagienne. Si la blessure est plus étendue, il faut introduire dans l'estomac une sonde œsophagienne qu'on laissera à demeure jusqu'à la cicatrisation. Dans le cas où la sonde ne peut arriver dans l'estomac en pratiquant le cathétérisme par la bouche ou les fosses nasales (voy. *Cathétérisme de l'œsophage*), on l'insinue directement dans le bout inférieur.

La suture a été conseillée dans les blessures de l'œsophage. Préconisée par Jobert, même pour les plaies *longitudinales* du conduit, elle est rejetée dans ces cas par Berlinghieri, Velpeau, Vidal. Dans les plaies *transversales incomplètes*, elle est conseillée par B. Bell et Jobert; ce dernier veut que l'on renverse les bords de la solution de continuité de dehors en dedans, et que les fils passés à travers ces bords soient serrés, au point de couper immédiatement toutes les tuniques du conduit à l'exception de la celluleuse.

ARTICLE II.

Blessures du larynx et de la trachée-artère.

Les blessures du larynx et de la trachée sont en général graves. Sur 31 cas de blessures diverses du cou rassemblés par Dieffenbach, on compte 15 morts survenues dans l'espace d'une heure à trois semaines après l'accident; et sur ces 15 morts, 10 fois le larynx ou la trachée étaient divisés.

1° Les lésions du LARYNX diffèrent suivant le genre d'instrument, le point où l'organe est atteint. Si c'est au niveau de la région hyo-thyroïdienne, et que ce soit un instrument tranchant, l'épiglotte peut être coupée de part en part, soit à la base, soit au milieu de l'appendice. Si l'instrument est dirigé obliquement en bas et en arrière, il peut diviser les cartilages aryténoïdes, qui ne tiendront plus aux autres pièces du larynx que par un pédicule étroit. Plus bas que la région hyo-thyroïdienne, c'est le cartilage thyroïde qui est intéressé au-dessus ou au-dessous de la glotte. Dans les blessures par armes à feu, le cartilage thyroïde est parfois divisé en plusieurs pièces qui, poussées en arrière, obstruent la cavité laryngienne. Plus bas encore, c'est la membrane crico-thyroïdienne qui est intéressée seule ou en même temps que les cartilages auxquels elle s'insère; il y a parfois alors une lésion simultanée du pharynx.

Les symptômes varient en raison de l'étendue et du siège de la blessure. Si c'est un instrument piquant qui n'intéresse pas en même temps un vaisseau volumineux, il se développe un *emphysème* du cou par le passage de l'air expiré qui s'insinue à travers l'ouverture du larynx dans le tissu cellulaire voisin. L'emphysème peut rester borné aux environs de la plaie ou s'étendre de proche en proche. Si la blessure a été faite par un instrument tranchant qui a divisé largement le larynx, si un vaisseau volumineux a été intéressé en même temps, le sang qui s'échappe du vaisseau lésé peut s'introduire dans la cavité du larynx, tomber dans les bronches, et s'il n'est pas rejeté occasionner une suffocation et la mort. L'asphyxie

par obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les voies aériennes a lieu aussi, lorsque l'épiglotte ou le cartilage aryténoïde, séparés par l'instrument vulnérant, tombent sur l'orifice supérieur du larynx. Des portions de muqueuse laryngienne détachées par l'agent vulnérant occasionnent parfois le même effet.

Quel que soit le genre de blessure, si celle-ci siège au-dessous des cordes vocales, la phonation est abolie; elle persiste, au contraire, si la lésion est au-dessus de la glotte. Il est bon de rappeler ici une observation due à Reynaud (de Toulon), où le larynx ayant été coupé au-dessous des cordes vocales, la *parole persista, malgré l'oblitération consécutive de la partie supérieure du larynx, dont la partie inférieure communiquait avec le pharynx.*

Indépendamment des conséquences immédiates plus ou moins graves des blessures du larynx, il faut redouter une inflammation consécutive se propageant parfois jusqu'aux poumons et pouvant être assez grave pour occasionner la mort. Lorsque ces blessures sont accompagnées de perte de substance, elles guérissent rarement sans laisser une *fistule* consécutive.

Les indications à remplir varient en raison des accidents. Le plus redoutable est la suffocation; si celle-ci est due à ce que l'épiglotte détachée par l'instrument vulnérant obture l'orifice supérieur du larynx, on saisit avec une pince la portion détachée et on la maintient avec un fil; si l'épiglotte ne tient plus que par un pédicule, on la retranche. Mais si la suffocation est portée à un degré tel que le blessé est menacé d'une mort prompte, il faut pratiquer la *trachéotomie*. Si, après l'ouverture de la trachée, l'asphyxie persiste, il y a lieu de supposer que du sang s'est introduit dans les bronches, et d'imiter la conduite de Ph.-J. Roux, qui rappela le blessé à la vie, en aspirant avec sa bouche collée sur l'ouverture trachéale le liquide qui remplissait les bronches.

L'emphysème, quand il est modéré, se dissipe spontanément et ne réclame aucune indication spéciale. S'il s'étend au loin, on débride la plaie extérieure; s'il s'est propagé à tout le corps, on se conduit comme nous l'avons indiqué tome I, p. 318.

Lorsqu'il existe une plaie simultanée du pharynx et du larynx, on nourrit le blessé avec une sonde œsophagienne, pour prévenir la pénétration des liquides dans les voies aériennes pendant la déglutition.

L'inflammation consécutive de la muqueuse des voies aériennes est combattue par un traitement antiphlogistique.

Dans un cas, où la blessure ayant divisé la membrane hyo-thyroïdienne, il existait un grand écartement entre les lèvres de la blessure, J. Quissac rapprocha les pièces du larynx par une suture dont les fils passaient autour de l'os hyoïde et à travers l'épaisseur du cartilage thyroïde; cette tentative fut couronnée de succès. Il y a donc lieu peut-être de revenir sur le précepte formulé par Sabatier, Boyer, Dieffenbach, de ne jamais employer la suture dans ces cas.

2° Les blessures de la TRACHÉE présentent des variétés relatives à la direction et à l'étendue de la plaie. Elles comprennent une partie ou la

totalité de la circonférence du conduit; elles sont parfois accompagnées d'une lésion de l'œsophage. La perte de la voix en est toujours la conséquence; on rétablit momentanément la phonation en fermant avec un doigt l'ouverture de la trachée. On observe ici les mêmes accidents que pour les blessures du larynx, notamment l'emphysème, l'asphyxie par introduction de sang dans les voies aériennes. Une autre cause de suffocation est, dans les cas de division complète de la trachée, la rétraction des deux bouts en sens opposé: le bout inférieur se cachant au milieu des parties molles, l'air extérieur n'arrive plus dans les voies aériennes. Il se peut aussi que, sous l'influence du gonflement inflammatoire consécutif, l'ouverture du bout inférieur, obstruée par les parties molles, cesse de livrer passage à l'air. Dans ces divers cas, il faut, ainsi que l'a fait Habicot, introduire une canule courbe dans le bout inférieur, et la laisser à demeure jusqu'à cessation des phénomènes inflammatoires et organisation d'adhérences entre les bouts de la trachée et les parties voisines. La suture des bouts opposés de la trachée est proscrite par Boyer et Dieffenbach; on peut diminuer l'écartement des bords de la solution de continuité, en maintenant la tête fléchie sur la poitrine, soit au moyen d'un appareil contentif, soit, comme le veut Dieffenbach, par les mains d'aides qui se remplacent.

FISTULES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE.

Les plaies de la trachée, à moins que ce conduit ne soit complètement divisé, ou qu'il y ait une perte de substance, se cicatrisent en général facilement; il en est de même des plaies du larynx qui sont situées au niveau des cartilages cricoïde et thyroïde. Pour les blessures de l'espace thyroïdien, la cicatrisation est au contraire difficile; cela s'explique par la grande mobilité des parties; la coaptation des lèvres de la plaie est dérangée par les mouvements du menton, la mastication et la déglutition, par l'issue des boissons et des matières alimentaires à travers la plaie.

Pour fermer les fistules, on peut essayer la cautérisation avec la pierre infernale et chercher à maintenir les parties dans l'immobilité au moyen d'un bandage convenable. Si ce moyen échoue, on prolonge les angles supérieur et inférieur de la fistule, on avive les bords de celle-ci, et on les réunit par la suture. Ou bien on exécute une autoplastie par la méthode française, en décollant les bords pour en obtenir l'affrontement.

Procédé par renversement ou par inflexion. Ce procédé consiste dans la formation d'un repli ou d'un bouchon de tissus sains qu'on introduit et qu'on maintient dans la fistule. Dans un premier temps, on taille au-dessous de la fistule, sur le devant du larynx, un lambeau de téguments large de 2 centimètres, long de 5. Ce lambeau est coupé carrément par en bas; on le dissèque et on le relève de l'extrémité libre vers la racine, sans dénuder le cartilage subjacent. On avive ensuite toute la circonférence de la fistule, en la cernant avec la pointe d'un bistouri, et en donnant à la perte de substance la forme d'un entonnoir (Velpeau). On introduit alors le lambeau, mis en double ou roulé sur lui-même, dans la perte de substance;

on passe de gauche à droite une longue aiguille qui traverse les lèvres de la plaie et l'épaisseur du bouchon qui le remplit, et on affronte ces diverses parties par la suture entortillée. Le lambeau peut être pris sur le côté, ou en haut, ou au-devant du cartilage thyroïde. Il faut lui donner plus de longueur et de largeur que les dimensions de l'ouverture à fermer. La plaie résultant de la dissection du lambeau est réunie par la suture ou affrontée par des bandelettes agglutinatives.

Occlusion par substitution. D'après J. Roux, les fistules du larynx sont le plus souvent constituées par un canal accidentel résultant de deux entonnoirs inégaux: l'un externe *cutané*, l'autre interne *muqueux*, réunis par leur sommet non loin d'un cartilage qui, sur un point circonscrit, en forme la paroi inflexible. Le procédé de ce chirurgien consiste à détruire le canal ancien et à disposer pour une prompté réunion l'entonnoir *cutané* en rapport avec l'ouverture externe; à créer au voisinage un canal celluleux que l'on remplit temporairement par un corps étranger, dans le double but d'empêcher l'emphysème et de préparer l'occlusion définitive de l'entonnoir *muqueux* en rapport avec l'ouverture interne.

Au moyen d'une incision transversale, on divise largement, de la base au sommet, l'entonnoir *cutané* jusqu'au niveau de la face externe du cartilage L (fig. 218) dont il est détaché. Les deux lambeaux sont saisis avec des pinces, disséqués et renversés en dehors. On les conserve s'ils sont épais, bien pourvus de tissu cellulaire; on les resèque s'ils sont minces ou formés de tissu inodulaire. L'entonnoir *muqueux* est détaché du cartilage, disséqué avec la pointe d'un bistouri et refoulé dans l'intérieur du larynx à l'aide d'une sonde cannelée. On réunit la plaie extérieure avec des serre-fines (S, fig. 218). On fait ensuite un pli à la peau (PP) voisine de l'ancien canal; on traverse la base du pli avec un bistouri étroit afin de pénétrer par un chemin sous-cutané jusqu'à l'orifice interne de la fistule elle-même. Le bistouri est remplacé par un *cylindre obturateur* (Ch) formé d'un fragment de bougie en gomme élastique d'un calibre égal à celui de l'orifice interne de la fistule (h). Le bec de la bougie pénètre de quelques millimètres dans la cavité du larynx, pour boucher complètement l'ouverture fistuleuse. L'extrémité externe (C), entourée d'un fil ciré, façonnée en forme de clou, est maintenue en place à l'aide de bandelettes de collodion.

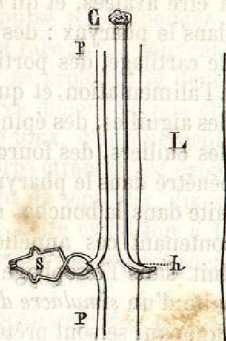


Fig. 218.

A la suite de cette opération, voici ce qui arrive: l'air ne traversant plus l'orifice interne de la fistule, l'emphysème ne peut avoir lieu. L'orifice externe de la fistule se cicatrise. Autour du cylindre obturateur, le tissu cellulaire s'enflamme, se condense et bourgeonne; les végétations qui s'élèvent de toutes parts remplissent l'entonnoir cutané. Les parois de la fistule nouvelle créée par le chirurgien présentent également des bourgeons charnus qui adhèrent ensemble dès que le cylindre obturateur est enlevé.