

muqueux et la trame même de la muqueuse (WEDL) des infiltrations de tissu embryonnaire dues à la prolifération du tissu conjonctif. Nous rappelons que dans toutes les affections aiguës l'œdème de la glotte peut diminuer le calibre des voies aériennes. On a encore signalé des cas de sténose, occasionnés par une périchondrite de la trachée qui s'était développée après une fièvre typhoïde (BAKER).

5° *Rétrécissements cicatriciels.* — Cette dernière variété, de beaucoup la plus fréquente, reconnaît pour origine la réparation de toutes les plaies et solutions de continuité des diverses parties de l'arbre aérien. RAYNAUD et LE FORT ont vu à la suite d'une plaie de la gorge, par un rasoir, la peau de la partie antérieure du cou aller s'unir aux parois postérieures du larynx et du pharynx; chez un blessé de LEGOUËST, les replis aryéno-épiglottiques s'étaient superposés. Ces rétrécissements traumatiques ont été bien étudiés par HORTELOUP. Nous avons dit que les brûlures et les fractures du larynx déterminaient des accidents semblables. Il faut faire une place à part aux lésions syphilitiques de la période tertiaire; la plupart des rétrécissements de la trachée et des bronches présentent une origine semblable. Enfin les ulcérations farcino-morveuses, remarquables par leur tendance à la cicatrisation, ont pu rapprocher et fixer les uns aux autres les anneaux cartilagineux de la trachée (TARDIEU).

**Anatomie pathologique.** — La forme du rétrécissement varie avec la cause

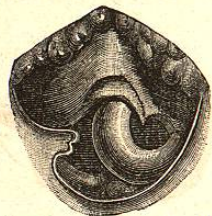


Fig. 202. — Anciennes cicatrices sur l'épiglotte : rétrécissement des parois du pharynx, et excroissances en forme de corne sur le côté gauche.

même qui l'a provoqué. Dans le cas où le rétrécissement est dû à la compression de la trachée par une tumeur, la partie de l'organe chassée par le néoplasme se laisse déprimer et la trachée présente l'aspect d'une gouttière. Une des déformations les plus curieuses est celle qui résulte de la compression de ce canal par les deux lobes du corps thyroïde simultanément hypertrophiés; la trachée aplatie sur ses deux côtés prend alors la forme d'un triangle, d'un fourreau de sabre.

Les rétrécissements inflammatoires sont habituellement circulaires et occupent une étendue variable de l'arbre aérien. Enfin, les rétrécissements cicatriciels affectent toutes les formes possibles (fig. 202). Mentionnons l'oblitération complète de la glotte (occlusion membranoïde d'ELSBERG). A la suite d'ulcérations de leur bord libre, les cordes vocales se soudent sur une partie, parfois sur toute l'étendue de leur longueur, il existe entre elles une cloison analogue à la membrane interdigitale d'une grenouille. TURCK, qui le premier a signalé cette complication, en avait observé trois cas. ELSBERG rapporte onze

faits de ce genre, et POYET relate l'observation d'un malade qu'il nous a montré bien souvent à l'hôpital Saint-Antoine.

Les rétrécissements de la trachée sont tantôt annulaires, tantôt latéraux. Parfois le calibre du conduit est diminué au point de pouvoir à peine laisser passer une sonde de femme; au-dessus de ce détroit il existe d'habitude une dilatation ampullaire.

a. *Symptômes et signes fonctionnels.* — Dès que pour une cause quelconque le calibre des voies aériennes est diminué, plusieurs troubles fonctionnels se produisent. Signalons d'abord, dans le rythme respiratoire, deux symptômes caractéristiques, la dyspnée et le cornage. La dyspnée, phénomène constant, se traduit par des signes physiques différents suivant le siège du rétrécissement. Si l'obstacle se trouve au niveau du larynx, cet organe s'élève et s'abaisse assez fortement à chaque mouvement respiratoire. Il reste au contraire immobile si l'obstacle est situé en un point de la trachée ou des bronches (GERHARDT).

Le cornage, étudié par EMPIS, puis par SÉE (G.) et son élève COGNES, consiste « dans une respiration rude, bruyante à distance avec prédominance du bruit à l'inspiration. Ce phénomène s'accompagne toujours de dyspnée et d'altération de la voix ». Le timbre de ces bruits, presque métallique dans le cas de rétrécissement laryngé, est plus doux quand l'obstacle siège au niveau de la trachée; on conçoit du reste que la tonalité, le timbre et l'intensité du cornage varieront avec le degré d'obstruction, le siège et la nature de l'obstacle. Le chi-

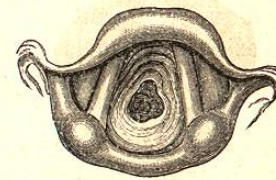


Fig. 203. — Rétrécissement concentrique de la trachée.

urgien doit faire une étude attentive de ces différentes modifications, car le cornage est ici un signe pathognomonique.

La phonation subit aussi des altérations manifestes, mais variables encore suivant les cas. Le rétrécissement siège-t-il dans le larynx, la voix est tantôt simplement rauque, enrôlée, tantôt complètement éteinte; lorsqu'au contraire l'obstacle est situé dans la trachée, le timbre de la voix reste clair, toutefois il perd de sa force, la parole est brève, saccadée.

Ces différents symptômes sont plus ou moins accentués suivant la période à laquelle on examine le malade.

b. *Signes physiques.* — L'examen au laryngoscope permet toujours de déterminer le siège, la nature et le degré d'un rétrécissement laryngien. Quelquefois même on peut voir certains rétrécissements de la trachée. « Ils se présentent généralement sous forme d'anneaux concentriques qui vont en diminuant de haut en bas (fig. 203) et se terminent par un orifice rond ou ovale » (M. MACKENZIE). Il faut ensuite explorer attentivement le cou et la partie supérieure de la poitrine.



**Diagnostic.** — Le cornage étant pathognomonique, son existence bien démontrée suffira pour permettre d'affirmer la présence d'un rétrécissement. On doit éviter de confondre ce symptôme avec les différents autres bruits qui peuvent se produire dans l'arbre aérien, bruits résultant de la présence d'un corps étranger, râles trachéaux, ronflement, etc.

Il ne suffit pas de savoir que le malade est atteint d'un rétrécissement, il faut encore déterminer le siège et la nature de l'obstruction. La manière dont se fait la phonation, l'examen au laryngoscope, l'exploration attentive du cou, l'auscultation de la trachée et des bronches permettront ordinairement de résoudre la première partie du problème et donneront un certain nombre de renseignements précis sur la nature du mal; l'étude des commémoratifs, l'examen général du patient compléteront ensuite ces données.

**Pronostic.** — Un rétrécissement des voies aériennes est toujours une affection sérieuse, mais le pronostic est bien différent suivant le siège et la nature du mal. Les constrictionnements du larynx et de la partie supérieure de la trachée permettent au chirurgien de prolonger la vie du malade grâce à une opération palliative, nous sommes au contraire presque complètement désarmés lorsque l'obstacle occupe les parties inférieures de la trachée ou les bronches.

**Traitement.** — Nous rappelons que le chirurgien doit faire tous ses efforts pour prévenir les rétrécissements, dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter.

Dès qu'un rétrécissement du larynx ou de la trachée détermine des accidents asphyxiques, l'indication est formelle, il faut ouvrir les voies aériennes au-dessous de la partie rétrécie. L'existence du malade étant ainsi assurée, on pourra ensuite tenter le traitement de la lésion elle-même. S'il existe de simples adhérences cicatricielles entre les cordes vocales, le chirurgien essaiera de séparer ces parties. Différentes formes de bistouri, le galvano-cautère ont été employés dans ce but. Le cas échéant on pourrait, à l'exemple de DELOR, se servir du lithotome simple du frère Come. On dilate ensuite les parties séparées à l'aide de pinces, de sondes; ces divers instruments seront introduits directement par les voies naturelles ou de bas en haut par l'ouverture trachéale. Un certain nombre de succès ont été rapportés; néanmoins il ne faut pas trop compter sur des guérisons définitives.

Lorsque le rétrécissement est situé dans les parties inférieures de la trachée et surtout dans les bronches, l'intervention chirurgicale est manifestement impuissante. DEMARQUAY, après avoir trachéotomisé un malade dans un cas semblable, tenta de dilater la trachée avec le doigt. Ces manœuvres parfaitement rationnelles ne donnèrent aucun résultat.

#### § 8. — Trachéocèle

**Bibliographie.** — LARREY, *Clin. chir.*, t. II. — LIZÉ (du Mans), *Soc. de chir.*, 1861. — DELVAZ, *Ibid.*, 1873. — FAUCON, *Soc. de chir.*, 1873. — BENSCH, *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, juin 1880.

Consultez aussi les articles des *Dictionnaires*.

**Définition.** — Le trachéocèle ou goître aérien est une tumeur de volume variable, réductible parfois, sonore à la percussion, que l'on rencontre sur la partie antérieure ou sur les côtés du cou.

**Étiologie.** — Cette affection est assez rare; il en existe à peine une vingtaine de cas dans les auteurs. Presque toujours le trachéocèle s'est produit à la suite d'efforts prolongés. Ainsi LARREY, pendant le campagne d'Égypte, a observé des tumeurs semblables sur les aveugles employés à chanter les versets du Coran au haut des minarets. Plus tard le même auteur rencontra deux sous-officiers instructeurs porteurs de lésions de ce genre.

Le trachéocèle s'est développé encore après une violente quinte de toux (DEVALZ, FAUCON), à la suite des cris poussés pendant l'accouchement (FRANCK, LIZÉ, etc). Deux faits rapportés par GOHL et FAUCON sembleraient établir que le trachéocèle peut être congénital.

**Symptômes.** — Le goître aérien constitue une tumeur d'un volume variant entre celui d'une noix et celui d'une pomme, qui augmente lorsque le malade crie, chante, fait un effort quelconque. La peau qui recouvre cette masse n'a pas changé de volume. En palpant cette tumeur, on la trouve molle, élastique, nullement fluctuante; après quelques efforts, on parvient le plus souvent à la réduire. La sonorité devrait être constatée, étant donné le contenu de la tumeur, toutefois ce symptôme n'a été rencontré que rarement (LIZÉ, FAUCON). La voix prend un caractère particulier, elle devient douce, féminine; elle peut récupérer son ampleur ordinaire si le malade prend la précaution de comprimer la tumeur avec la main; quelquefois elle est accompagnée d'un bruit laryngien constitué par un murmure doux, qui chez le malade de DEVALZ donnait lieu à un son analogue à celui que l'on obtient en prononçant les syllabes *ou*, *vou*, *vou*. Si pendant que l'on comprime la masse, on prie le malade de souffler fortement en fermant la bouche et le nez, la main est soulevée progressivement.

L'auscultation ne donne jamais de renseignements sérieux; on a cherché parfois, après avoir réduit la tumeur, à trouver l'orifice de communication avec la trachée; ces manœuvres ont rarement réussi.

**Pathogénie.** — RICHTER admet que le goître peut se produire de trois manières différentes: 1° par suite de la pénétration de l'air dans la glande thyroïde, sans rupture apparente; 2° par suite de la rupture de la muqueuse entre deux cartilages pendant un effort de toux, ou entre deux anneaux trachéaux; 3° par suite de la hernie de la muqueuse intacte entre les cartilages ou les cerceaux. Les deux derniers mécanismes nous paraissent seuls admissibles; on comprend très bien que la trachée se rompe pendant un effort et que l'air s'infiltré dans le tissu cellulaire. Il peut encore se faire, s'il existe un point faible, que la muqueuse fasse hernie à travers.

**Diagnostic.** — Il est généralement facile de reconnaître ces tumeurs; les modifications de la voix, le changement de volume que présente le trachéocèle sous l'influence de l'effort, mettent sur la voie du diagnostic. Les tumeurs veineuses du cou pourraient seules donner le change; la compression exercée sur les veines de la base du cou augmentera la congestion de celles-ci, tandis que le trachéocèle ne subira aucune modification sous cette influence.



**Traitement.** — Il serait téméraire d'exposer le malade à des accidents pour le débarrasser de cette infirmité, aussi doit-on se borner à de simples moyens palliatifs. Une plaque de métal ou de caoutchouc maintenue par une cravate suffit pour comprimer la tumeur et arrêter son développement.

## CHAPITRE VII

### AFFECTIONS CHIRURGICALES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

#### § 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques du pharynx et de l'œsophage

##### 1<sup>o</sup> PLAIES. — RUPTURES. — BRULURES

**Bibliographie.** — HORTELOUP, Th. d'agrég., 1872. — SCHULLER, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1876, p. 295. — FITZ, *Amer. J. of Med. Sc.*, 1877, et *Rev. de Hayem*, t. XI, p. 236. — GAIRDNER, *Edimb. Med. a. Surg. J.*, t. XVI, p. 358. — WOLZENDORF, *Deutsche Militär Zeitschr.*, 1880. (Bibl.).  
Thèses de Paris. — 1876, MOUTON. — 1878, ROUMÉGOUX.

##### A. — PLAIES

La plupart des plaies du pharynx sont le résultat de tentatives de suicide ou de coups de feu; quelques-unes sont dues à la pénétration violente de projectiles ou de corps étrangers (tuyaux de pipes). Les plaies par armes à feu, étudiées par WOLZENDORF, présentent de nombreuses variétés suivant que le projectile a traversé de part en part les parois de l'organe, ou qu'il s'agit de blessures intéressant à la fois la face et le cou; les plaies verticales paraissent être particulièrement redoutables. On conçoit facilement la gravité de ces traumatismes qui sont rarement simples; presque toujours il y a en même temps lésion d'organes importants, vaisseaux, conduit aérien, nerfs, moelle, etc.; aussi les plaies qui siègent au niveau du larynx sont-elles plus meurtrières que les autres, puisque sur sept cas on trouve cinq morts.

Les plaies de l'œsophage se divisent assez naturellement en deux groupes, selon qu'elles ont été produites de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Des circonstances extrêmement variées donnent naissance aux unes et aux autres. Citons parmi les plus communes: les tentatives de suicide, les coups de couteau, de canif, de bayonnette, les plaies par projectiles de guerre. SÉDILLOT, CHASSAIGNAC parlent de lésions de l'œsophage consécutives à l'opération de la trachéotomie; ici encore trouveront place les plaies faites par le chirurgien dans l'œsophagotomie. Dans la seconde catégorie nous rangerons les déchirures et les perforations dues à des corps étrangers irréguliers, les

perforations qui résultent des sondages, surtout quand l'œsophage est altéré.

Eu égard à leur cause, il y a lieu de conserver la division des plaies de l'œsophage en plaies par instruments piquants, tranchants et contondants; les deux premiers groupes sont les moins graves et se compliquent assez souvent de la lésion d'autres organes voisins. Sur cent quarante-cinq cas de blessures du pharynx et de l'œsophage par instruments piquants et tranchants, huit fois il y avait simultanément lésion de la jugulaire externe, une fois de la jugulaire interne, et cinq fois la carotide était intéressée. Sur treize coups de feu du pharynx et dix de l'œsophage, sept fois il s'agissait de plaies complexes.

**Anatomie pathologique.** — Les perforations sont simples ou doubles, transversales ou obliques, cervicales ou thoraciques; de même les sections peuvent être complètes ou incomplètes. Les balles déterminent des pertes de substance, des délabrements qui, sauf de rares exceptions, sont incompatibles avec la vie; on a vu maintes fois les deux bouts de l'œsophage divisé s'écarter l'un de l'autre en vertu de leur rétractilité; le bout inférieur s'enfonce dans la poitrine au moment de l'inspiration.

**Symptômes.** — Il est impossible de donner une description qui convienne à tous les cas, et d'autre part la lésion isolée de l'œsophage est peu fréquente. Dans l'œsophagotomie, on signale comme symptôme caractéristique l'issue de la salive et des boissons par la plaie. S'agit-il d'un traumatisme, le malade éprouve de suite une angoisse extrême, une douleur vive; si la blessure du cou est large, il est possible de découvrir dans la profondeur la plaie œsophagienne; l'issue de salive, de boissons par le bout supérieur ne laisse aucun doute sur la lésion. Presque toujours on constate des phénomènes immédiats d'une extrême gravité: suffocation, menaces d'asphyxie, écoulement de sang, aphonie, soif vive. Si le malade survit à sa blessure, il est assez commun d'observer d'autres complications inflammatoires qui mettent l'existence en danger. Tels sont l'emphysème, l'érysipèle, la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, les abcès du médiastin, la péri-œsophagite, l'inanition, car les aliments ne pénètrent pas dans le bout inférieur. Ces accidents paraissent constants lorsque la blessure de l'œsophage siège dans la portion thoracique; les matières alimentaires et les boissons, le sang s'accumulent dans la plèvre enflammée ou le médiastin; LARREY, DUPUYTREN, CRUVEILHIER signalent cette particularité.

Les mêmes complications surviennent à plus forte raison lorsqu'il s'agit de plaies par armes à feu. WOLZENDORF a réuni cinquante-cinq cas de plaies par armes à feu du pharynx et de l'œsophage, dont quarante et un par balles. Sur ce nombre il y a eu vingt-trois morts par suffocation, et dans les faits heureux la survie n'a été quelquefois obtenue qu'au prix de rétrécissements, de fistules persistantes ou de diverticules. Le tableau de ces traumatismes est donc des plus sombres, néanmoins on trouve mention de guérisons inespérées. Ainsi on a vu un malheureux mendiant guérir avec un large hiatus béant à la partie antérieure du cou. Il jetait dans son œsophage des boulettes alimentaires pour se nourrir et se servait de son infirmité afin d'apitoyer le public.

Ce qui se passe dans l'œsophagotomie externe nous indique de quelle manière se fait la réparation. La plaie se rétrécit peu à peu par bourgeonnement; les liquides qui passaient en totalité par la blessure au début suivent en partie le