

de l'intervention à cause de l'impossibilité habituelle d'établir le diagnostic et de la diffusion des lésions.

IX

PLAIES DE L'ŒSOPHAGE

Étiologie. — Symptomatologie. — En dehors des plaies d'ordre chirurgical telles que peuvent en produire certaines opérations, œsophagotomie, œsophagectomie, trachéotomie, laryngectomie, dilatation, tentatives de cathétérisme..., on observe rarement des blessures isolées de l'œsophage. Horteloup a cité cependant deux cas de blessures accidentelles, et Gross (de Nancy), cité dans la thèse de François, en aurait observé un autre (1). Nous éliminons, bien entendu, les piqures, éraflures, déchirures déterminées par des corps étrangers à surfaces irrégulières.

Lorsque les parois œsophagiennes sont seules lésées, ce n'est guère que par le développement d'un *phlegmon*, de l'*emphysème*, que l'on peut soupçonner la nature de la blessure.

S'il existe une plaie du cou, l'écoulement au dehors de la salive, des aliments, trahit la solution de continuité du conduit alimentaire.

On observe fréquemment la lésion concomitante d'organes importants, trachée, veines jugulaires interne ou externe, artères thyroïdiennes, vertébrale. Nous n'insisterons pas sur l'excessive gravité des plaies de la portion thoracique, gravité due aux rapports anatomiques de l'œsophage.

La thèse de François contient d'intéressantes données relativement à la proportion variable des lésions concomitantes des vaisseaux et des nerfs. Fait singulier, les artères carotides sont moins souvent coupées que les thyroïdiennes, les laryngées; les nerfs sont en général intacts, le récurrent gauche est souvent coupé, celui du côté droit est presque toujours épargné.

Les plaies de l'œsophage peuvent s'accompagner de lésions du pneumogastrique, capables d'entraîner la mort. C'est ce que Heydenreich a pu observer chez un avaleur de sabres, auquel il avait déjà antérieurement enlevé, par la taille stomacale, une cuiller tombée dans l'estomac. Plus tard cet homme s'introduisit un canon de fusil dans l'œsophage, mais, éprouvant une vive douleur, il le retira brusquement. Pendant plusieurs jours il éprouva des douleurs, de la gêne de la

(1) HORTELOUP, Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage, thèse d'agrég., 1872. — MOUTON, thèse de Paris, 1876. — ROUMÉGOUX, thèse de Paris, 1878. — SCHULLER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1876. — WALZENDORFF, *Deutsche milit. Zeitschrift*, 1880. — FRANÇOIS, Plaies de l'œsophage, thèse de Naney, 1884. — GROSS, *The Lancet*, 1885. — HEYDENREICH, *Congrès de Chir.*, 1895.

déglutition, etc., le pouls tombe à 50, la température à 35°-36°, les extrémités se refroidissent. Cet état persiste pendant plusieurs jours; après quoi tout redevient normal et le malade peut quitter l'hôpital. Six semaines plus tard, ayant repris son métier d'avaleur de sabres, il revient à l'hôpital, ayant un tisonnier fixé dans l'œsophage, et succombe vingt heures après. À l'autopsie, on constate que l'œsophage présentait deux larges perforations à 8 centimètres environ de son origine. Le crochet du tisonnier avait pénétré dans la paroi, et dans les tentatives d'extraction était arrêté par la première côte. Le pneumogastrique droit était congestionné et comprimé par le tisonnier.

Mais ce sont surtout les *plaies du conduit laryngo-trachéal*, liées si fréquemment à celles de l'œsophage, dans les cas de meurtre, tentatives de suicide, de plaies par armes à feu, qui vont fixer notre attention.

L'œsophage peut être divisé plus ou moins complètement, et les deux bouts qui résultent de la section se rétractent en partie, ou tout à fait. De même la division de la trachée, s'ajoutant à celle de l'œsophage, s'accompagnera de symptômes extrêmement graves, susceptibles d'amener une mort rapide, mais ne la déterminant pas fatalement.

Nous n'avons pas à développer ici ce point de pathologie chirurgicale: nous dirons seulement que *si la plaie trachéale est étroite* ou longitudinale (que l'œsophage soit ou ne soit pas complètement sectionné), on observe des symptômes d'asphyxie rapide, de dyspnée très grande, tout au moins, à cause de la pénétration du sang dans les voies respiratoires, de l'aphonie, de l'emphysème sous-cutané étendu. *Si la plaie est large*, transversale, les deux bouts trachéaux se rétractent, l'asphyxie peut encore survenir par pénétration du sang, par des lambeaux flottants attirés au moment des efforts d'inspiration.

On se rend facilement compte du tableau clinique résultant de ces lésions multiples, œsophagiennes, trachéales et vasculaires, et de leur extrême gravité. Si le malade survit, il court encore de nombreux dangers (inflammations, rétrécissements); il peut conserver indéfiniment une infirmité telle que le port permanent d'une canule trachéale. D'après Walzendorff, les plaies par balle donneraient une mortalité plus élevée que les autres, par suite de l'apparition de phlegmon, médiastinite, pneumonie, pleurésie...

Traitement. — La conduite est variable suivant les cas; s'agit-il d'une plaie de l'œsophage seul, ce qui est rare, il suffira, pensons-nous, *si elle est incomplète*, de laisser la solution de continuité des parties molles périœsophagiennes largement ouverte, afin que les mucosités, les liquides puissent s'écouler librement au dehors.

On se comportera en un mot comme après une œsophagotomie externe; nous serions d'avis de laisser, en outre, une sonde à demeure

pendant quelques jours, introduite soit directement par la plaie cervicale, soit par la bouche.

Lorsque l'œsophage est *complètement* sectionné, la trachée est elle-même atteinte, les extrémités périphériques et les extrémités centrales des deux conduits alimentaire et respiratoire se rétractent, la situation est alors de la plus haute gravité; l'hémorragie ou l'asphyxie enlève ordinairement le blessé. Survit-il? il faut placer une canule dans la trachée au milieu de la plaie, et se contenter de suturer latéralement, par deux ou trois points, les deux bouts trachéaux.

Quant à l'œsophage, on cherchera à placer une sonde à demeure dans le bout central, de manière à permettre l'alimentation. Sans doute, on pourra songer à utiliser la suture des deux bouts, mais nous émettons des doutes sur la solidité de celle-ci. Mieux vaudrait, pensons-nous, introduire par la bouche une sonde à demeure, et la faire passer dans le bout inférieur. En la maintenant un laps de temps suffisant, et en ayant recours plus tard au calibrage de l'œsophage par un cathétérisme régulier, on aurait des chances de ne pas voir de rétrécissement consécutif.

X

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Étiologie. — Anatomie pathologique. — Tout corps solide, alimentaire ou non, arrêté dans l'œsophage, constitue un corps étranger.

Nous renvoyons à l'excellente Monographie de Poulet pour l'énumération aussi longue que singulière des divers corps étrangers de l'œsophage (1).

Le plus souvent il s'agit de fragments osseux, d'osselets (de mouton, de porc), de portions de fruits, de pommes de terre, avalés gloutonnement ou par inadvertance.

Parfois ce sont des pièces de prothèse dentaire (dentiers complets ou seulement crochets, dents) qui ont été dégluties pendant un repas, ou pendant le sommeil.

Avant chaque anesthésie, on se méfiera des accidents qui pourraient résulter de la chute de dentiers dans les voies respiratoire ou alimentaire.

D'autres sujets ont avalé, à la suite de paris, des pièces de monnaie, généralement des sous ou des pièces de cinq francs; un malade observé par Berger avait avalé, en servant de cible, comme à un jeu de tonneau, une pièce de cinq francs.

Nous ne nous attarderons pas à classer les corps étrangers : à chaque cas convient souvent une thérapeutique spéciale.

(1) POULET, Traité des corps étrangers en chirurgie. Paris, 1879, avec figures.

On peut à la rigueur admettre les catégories suivantes :

- | | |
|---------------------|---|
| Corps mousses.... | <ol style="list-style-type: none"> 1^o Corps mousses de petit volume n'excédant pas ou atteignant à peine, pour leur grand diamètre, le calibre de l'œsophage (calibre minimum 14 millim. de diamètre). Alimentaires, ou non, ils peuvent être justiciables de la propulsion. 2^o Corps mousses de diamètre considérable, justiciables généralement de l'extraction par œsophagotomie externe ou toute autre intervention. |
| Corps irréguliers.. | <ol style="list-style-type: none"> De petit volume, arêtes, esquilles, petites pièces dentaires ; De grandes dimensions, dentiers, etc. Les premiers pourront être enlevés à l'aide de l'éponge, du panier, de la pince, etc.; les seconds sont très dangereux et nécessitent presque toujours l'extraction sanglante. |

Cette division repose sur des bases peu solides. Il est souvent, en effet, impossible de savoir du patient, non seulement la forme, la dimension, mais même la nature du corps étranger.

Un acrobate, qui mourut dans le service de Gross, s'était enfoncé un tisonnier dans l'œsophage : il fut impossible de l'extraire, le crochet ayant traversé le conduit alimentaire et ayant blessé le pneumogastrique.

Des aliénés avalent des cailloux, des fragments d'os, des boutons (fig. 43).

Signalons encore les accidents causés par des sangsues arrêtées au niveau des replis ary-épiglottiques et de la partie supérieure de l'œsophage (Baizeau, Larrey), ou des larves de mouche. On a encore observé l'arrêt de paquets de lombrics rejetés à la suite de vomissements.

Nous citerons, après tous les auteurs, le cas célèbre de Bright (du Kentucky) : deux enfants jouaient ensemble, l'un faisait le pêcheur, l'autre le poisson. Celui qui remplissait ce dernier rôle fut amené devant Bright, ayant un hameçon dans l'œsophage, le fil sortant par la bouche. Le chirurgien prit une balle de plomb, la perça d'un trou, y passa le fil de la ligne et la fit glisser ainsi dans l'œsophage. Par son poids, la balle dégagait l'hameçon, qui s'accrocha de lui-même dans le plomb : rien ne fut plus simple que de retirer le tout à la fois.

Symptomatologie. — Les symptômes déterminés par la pénétration et le séjour d'un corps étranger dans l'œsophage sont des plus variables. Tantôt les phénomènes de douleur, de suffocation sont tels que le sujet est souvent immédiatement en danger de mort; tantôt ces manifestations dramatiques sont à peine marquées ou du moins

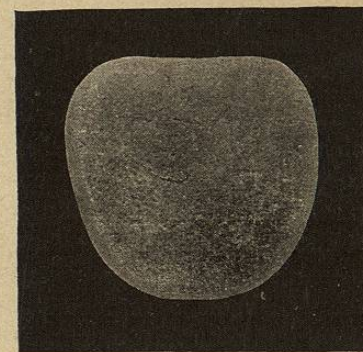


Fig. 43. — Caillou avalé par un aliéné, et enlevé par l'œsophagotomie externe.