

B. La *gastrostomie* constitue une ressource ultime à laquelle on ne serait autorisé à avoir recours que dans le cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage situé dans la portion thoracique, car l'œsophagotomie externe doit être préférée à la gastrostomie dans les rétrécissements de la portion cervicale.

Proposée par John Watson et Egebert (1839) comme moyen palliatif contre les rétrécissements œsophagiens infranchissables, la gastrostomie fut pratiquée pour la première fois en 1849 par Sédillot, et son exemple a été suivi par d'autres chirurgiens. Dans un récent mémoire, Jacobi (1) rapporte quinze observations de gastrotomie pratiquée dans des cas de rétrécissements œsophagiens. A ces quinze faits, j'en ajouterai un seizième publié par Sydney Jones (2). Or, dans tous ces cas, la mort a été la terminaison constante, et est survenue souvent au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'opéré de Sydney Jones a survécu quarante jours et paraît être mort de bronchite. Il s'agissait d'un cas de cancer de l'œsophage.

Ces résultats ne sont pas encourageants et paraissent même suffisants pour faire proscrire cette opération. Aussi renvoyons-nous, pour les détails du manuel opératoire, aux traités spéciaux.

ARTICLE IV

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

Il ne sera question dans cet article que du manuel opératoire de l'œsophagotomie externe, dont nous avons établi les indications à l'occasion des corps étrangers, des tumeurs et des rétrécissements de l'œsophage.

DE LAVACHERIE, *De l'œsophagotomie*. Bruxelles 1845. — FÉLIX TERRIER, *De l'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870. — DUPLAY, *De l'œsophagotomie* (*Arch. gén. de méd.*, 1871, vol. I, p. 193).

Pour pratiquer l'œsophagotomie externe, le malade sera couché horizontalement sur le dos, la nuque soutenue par un oreiller, la tête solidement maintenue par un aide. Le chloroforme pourrait être employé, à moins de contre-indication spéciale et notamment de trouble respiratoire.

Dans la plupart des cas, les chirurgiens ont choisi de préférence le côté gauche du cou pour pénétrer jusqu'à l'œsophage, en raison de la saillie normale du conduit de ce côté. Dans deux cas seulement où l'œsophagotomie était pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, la saillie de celui-ci sur le côté droit du cou détermina le chirurgien à

(1) *Gastrotomie in stricture of the œsophagus* (*New-York méd. journ.*, august et sept. 1874).

(2) *The Lancet*, 15 mai 1875.

faire l'opération à droite. La direction de l'incision, suivant Begin, doit être parallèle au conduit laryngo-trachéal, et placée dans le sillon interposé entre ce conduit et le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Quelques opérateurs ont préféré donner à l'incision une direction parallèle au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et la placer juste sur ce bord ou un peu en avant. Je ne trouve aucun avantage à adopter de préférence l'une ou l'autre direction. Le point capital, c'est que l'incision conduite dans l'intervalle compris entre le sterno-mastoïdien et le conduit laryngo-trachéal.

Les limites de l'incision ont beaucoup varié. Begin la commençait à un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, et la terminait au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Mais on comprend que l'étendue de cette incision doive être modifiée suivant les indications particulières; c'est ainsi qu'on peut l'agrandir vers son angle supérieur, si le corps étranger ou le point rétréci est placé très-haut.

La peau incisée, on coupe successivement le peucier et l'aponévrose superficielle, puis on pénètre dans le tissu cellulaire interposé entre le conduit laryngo-trachéal en dedans, le sterno-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux en dehors. Cette dissection doit se faire avec la plus grande prudence, et l'on doit agir plus spécialement avec la sonde cannelée qu'avec le tranchant du bistouri, lequel doit être dirigé du côté du conduit laryngo-trachéal, afin d'éviter la lésion des gros vaisseaux. D'ailleurs, il est bon de faire rétracter par un aide le bord interne de la solution de continuité, tandis que le chirurgien rétracte en dehors le bord externe de la plaie et protège ainsi les vaisseaux et les nerfs.

Suivant la hauteur à laquelle on a pratiqué l'incision, et aussi selon les sujets, on peut rencontrer le muscle omo-hyoïdien que l'on dévie ou que l'on sectionne en travers. A mesure que l'on pénètre plus profondément, il est recommandé de se rapprocher de plus en plus du système laryngo-trachéal, mais on ne fournit aucun point de repère pour arriver sûrement sur l'œsophage.

Certaines circonstances rendent la recherche du canal œsophagien très-facile, comme, par exemple, lorsqu'il s'agit d'un corps étranger repoussant la paroi œsophagienne, ou lorsque l'œsophage étant déjà perforé, on arrive sur une collection purulente qui communique directement avec le conduit. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et c'est probablement en raison des difficultés qu'il avait rencontrées dans ses expérimentations que Vacca Berlinghieri proposa de se servir d'une sorte de dilateur (fig. 35), auquel il donnait le nom d'*ectopœsophage*, et qui lui permettait de faire saillir la paroi du conduit dans le fond de l'incision.

Quoique l'instrument de Vacca ait été seulement employé dans un cas par le professeur Richet, le principe est resté dans la pratique, et l'œsophagotomie externe *sur conducteur* a été pratiquée assez souvent pour qu'on ait pu apprécier ses avantages réels. Toutes les fois donc qu'il sera

possible d'introduire une sonde dans le pharynx et l'œsophage pour en faire saillir la paroi latérale, il ne faudra pas hésiter à avoir recours à ce moyen qui facilite singulièrement l'opération. Une sonde urétrale ou un cathéter peut être utilisé dans ce but; on



FIG. 35. — Instrument dilatateur de Vacca Berlinghieri.

l'introduit dans la bouche, la concavité de l'instrument dirigée en bas, puis on le fait passer dans le conduit pharyngo-œsophagien en se servant du doigt pour le guider en arrière du larynx. Dès que l'extrémité mousse de l'instrument est arrivée au niveau de la plaie extérieure, on la fait saillir en portant le pavillon de la sonde à droite.

Mais il est des cas où l'introduction d'un conducteur est impossible, lorsqu'il s'agit, soit de corps étrangers volumineux, soit de rétrécissement infranchissable, ou lorsque le spasme du pharynx est considérable. Dans ces conditions, l'œsophagotomie externe sans conducteur offre de plus sérieuses difficultés, et je partage à ce sujet l'opinion de mon collègue Terrier, qui déclare que, sur le cadavre, la recherche de l'œsophage est loin d'être chose facile. On manque en effet de point de repère sûr, et il ne suffit pas de dire que l'œsophage se reconnaît à sa situation entre la colonne vertébrale et la trachée. Begin ajoute que, sur le vivant, le conduit œsophagien se distingue à sa surface arrondie, à son aspect charnu, à ses contractions et à sa dureté au moment où le malade déglutit.

Je pense, du moins d'après quelques expériences sur le cadavre, qu'il est possible d'ajouter quelque chose au manuel opératoire généralement adopté et d'admettre un dernier point de repère qui conduise assez directement sur la paroi latérale de l'œsophage. Ce point de repère serait la partie moyenne du lobe latéral de la glande thyroïde.

Lorsque l'incision des parties molles est assez avancée, et que, suivant le manuel opératoire décrit plus haut, on pénètre dans le sillon placé entre le système laryngo-trachéal et la gaine vasculo-nerveuse, il faut découvrir le lobe latéral de la glande thyroïde, ce qui est extrêmement facile. Ceci fait, on le contourne en disséquant son bord externe, et l'on arrive sûrement sur la partie latérale de la trachée que l'on ne peut méconnaître, et derrière laquelle se trouve immédiatement accolé l'œsophage.

Comme, on le voit, au lieu de considérer comme accessoire la dissection du corps thyroïde, je prétends en faire un temps nécessaire de l'opération, qui pourrait se diviser en trois temps principaux comprenant : 1° la mise à nu et la dissection du lobe latéral du corps thyroïde; 2° la mise à nu du bord latéral de la trachée; 3° la découverte de l'œsophage. En suivant ces données sur le cadavre, on parvient à découvrir l'œsophage sans les tâtonnements que l'on éprouve presque à coup sûr en s'en tenant au conseil assez vague qui consiste à dire de chercher l'œsophage entre le conduit laryngo-trachéal et la colonne vertébrale. J'ajouterai un dernier mot relativement à la dissection du lobe thyroïdien. On pourrait craindre de blesser les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Cet accident est arrivé, en effet, dans quelques opérations, et a dû nécessiter la ligature de ces vaisseaux. A moins que l'on ne soit obligé de prolonger en haut ou en bas l'incision, pour obéir à quelque indication particulière, on peut éviter l'ouverture des artères thyroïdiennes en usant de grandes précautions, en disséquant plutôt avec la sonde cannelée qu'avec le tranchant du bistouri, en attaquant le lobe thyroïdien par sa partie moyenne, en cherchant en un mot à ouvrir l'œsophage en un véritable lieu d'élection correspondant à l'espace compris entre les deux artères thyroïdiennes supérieure et inférieure.

L'incision de l'œsophage doit être latérale et parallèle à son axe; on peut ensuite l'agrandir, soit avec un bistouri boutonné, soit avec la sonde cannelée et un bistouri ordinaire. Cette ouverture doit être assez grande pour permettre l'introduction d'une paire de pinces, du doigt, d'une sonde œsophagienne, suivant le but que l'on se propose. S'agit-il d'un corps étranger saillant au niveau de la plaie? L'extraction se fait aisément avec des pinces. Le corps est-il placé au-dessus ou au-dessous? On cherche à déterminer sa situation en introduisant à travers la plaie un doigt qui sert de guide à des pinces de courbure appropriée.

Le corps étranger ayant été enlevé, la conduite à tenir est très-difficile à déterminer, et la pratique des chirurgiens diffère. Les uns condamnent les opérés à la diète absolue pendant trois ou quatre jours, leur défendant même d'avalier leur salive; les autres prescrivent d'alimenter les malades après l'opération avec la sonde œsophagienne. Ces deux pratiques ont leurs inconvénients; la première, en exposant les opérés aux conséquences fâcheuses de la diète que l'usage des lavements nutritifs peut à peine pallier; la seconde, en gênant la cicatrisation de la plaie de l'œsophage par suite du passage de la sonde.

Aussi a-t-on cherché un moyen qui permit au malade l'ingestion d'aliments liquides sans le secours de la sonde, tout en prévenant l'écoulement des matières ingérées à travers la plaie du cou. La suture de la plaie œsophagienne se présentait naturellement à l'esprit; Gross (de Philadelphie) en conseilla l'usage, et Cheever la mit le premier en pra-

tique. Il fit six points de suture avec un fil de soie au conduit œsophagien, sans réunir toutefois la plaie extérieure. Rien tout d'abord, excepté quelques bulles de gaz, ne s'écoula par la plaie, mais, le quatrième jour, le lait ingéré commença à couler en partie par la plaie extérieure.

D'après les recherches de Terrier, la suture de l'œsophage avait été déjà conseillée par Beugnot à la suite de l'œsophagotomie chez les animaux et en particulier chez les grands ruminants, chez lesquels il est extrêmement important, à cause des mouvements de la rumination, d'obtenir une prompte cicatrisation de la plaie œsophagienne. Mais on n'avait pas jusqu'à présent déterminé si la suture doit porter à la fois sur les tuniques musculuse et muqueuse du conduit ou sur l'une d'elles seulement.

Il résulte des expériences du professeur Colin (d'Alfort), que la suture appliquée aux deux tuniques en même temps est très-difficile, et que, de plus, elle ne remplit nullement le but que l'on se propose, attendu que les contractions de la tunique musculuse ne tardent pas à amener la section des parties comprises entre les fils. Il est probable que dans la seule observation où la suture a été faite chez l'homme, le même fait s'est produit, et que les fils ont coupé les bords de la solution de continuité. Si, au contraire, on comprend seulement dans les points de suture la membrane muqueuse, l'affrontement peut persister et rester assez exact pour permettre la déglutition d'aliments liquides, pris en petites quantités à la fois.

Cette suture isolée nous a paru parfaitement praticable chez l'homme comme chez les animaux, car la muqueuse œsophagienne est très-lâchement unie à la tunique musculuse. Nous conseillons donc d'y avoir recours; si elle ne réussit pas, elle ne saurait offrir aucun inconvénient, à la condition toutefois que l'on ait pris la précaution de ne pas réunir la plaie extérieure.

Les accidents immédiats que l'on a signalés à la suite de l'opération sont généralement sans gravité; la guérison a été obtenue dans le plus grand nombre de cas au bout d'un mois, quelquefois même après quinze ou dix-huit jours, quelquefois beaucoup plus tard, après un mois et demi, deux et même trois mois.

Cheever a signalé la réouverture de la fistule œsophagienne plusieurs semaines ou même plusieurs mois après l'opération.

Enfin, il reste à mentionner deux accidents consécutifs qui ont été observés dans quelques cas; ce sont: la toux et l'altération de la voix, qui tiennent probablement au tiraillement de quelques branches des nerfs laryngés, à l'irritation réflexe de ces nerfs, enfin à l'inflammation due à la déviation du larynx pendant le cours de l'opération. Quant au rétrécissement consécutif de l'œsophage dont on serait en droit de craindre le développement, il n'en a jamais été fait mention.

On conçoit que lorsque l'œsophagotomie externe a été faite pour parer aux accidents d'un rétrécissement, la conduite ultérieure du chi-

rurgien doit être tout autre que lorsqu'il s'agit de l'extraction d'un corps étranger. La plaie doit être entretenue par le passage fréquent de la sonde ou mieux encore, comme le fit Willett (de Londres), par l'emploi d'une canule analogue à celle dont on se sert pour la trachéotomie.

Enfin, si l'œsophagotomie externe a été faite pour traiter directement un rétrécissement de l'œsophage, il faut dilater la plaie jusqu'à ce que le passage de la sonde par les voies supérieures soit devenu facile.

V. — MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

EXPLORATION DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE. — LARYNGOSCOPIE.

Parmi les diverses méthodes d'exploration du larynx et de la trachée, je mentionnerai seulement l'*inspection extérieure par la vue* et le *toucher*, qui peut renseigner le chirurgien sur les déviations, les déformations, le degré de mobilité du conduit laryngo-trachéal. Je me bornerai également à signaler l'*auscultation*, pratiquée sur le larynx à l'aide du stéthoscope, qui, dans le cas de corps étrangers, de polypes, fournit parfois quelques données utiles pour le diagnostic.

L'examen direct de la cavité du larynx ou *laryngoscopie* devra nous arrêter un peu plus longuement. Ce mode d'exploration, aussi utile à connaître pour le médecin que pour le chirurgien, a permis de réaliser, depuis quelques années, de notables progrès dans l'étude des maladies chirurgicales du larynx et de la trachée.

Malgré divers essais dus à Levret (1743), Bozzini (1804), Cagniard de Latour (1825), Senn (1827), Babington (1829), Bennati (1832), Warden et Avery (1844), pour éclairer la cavité du larynx, il semblait que la médecine ne dût jamais tirer parti de ces tentatives, lorsque Garcia, professeur de chant à Londres, ignorant très-probablement ce qui avait été fait avant lui, eut l'idée d'examiner l'intérieur du larynx, en se servant d'un petit miroir appliqué au-dessous de la lèvre. Il réussit pleinement à étudier le jeu des cordes vocales dans le chant, et fit connaître en 1855 le résultat de ses expériences dans un mémoire lu à la *Société royale de Londres*. Garcia doit donc être considéré comme l'inventeur de la laryngoscopie, et l'on peut même ajouter qu'il imagina du même coup l'*autolaryngoscopie*, puisque ses investigations furent faites sur lui-même.

Cependant cette précieuse découverte ne porta réellement ses fruits que grâce à Czermak (de Pesth), qui perfectionna les instruments, donna les règles précises pour leur emploi, et créa ainsi l'art de la laryngoscopie. Sa première publication parut en 1858 et fut bientôt suivie d'une communication très-importante à l'Académie de Vienne. Depuis lors, ce nouveau mode d'exploration a été partout adopté, et de nombreux tra-