Ollier, à des lésions peu étendues des tissus osseux ou du périoste (tuberculose parostale). L'insuccès de l'injection modificatrice ou la persistance d'un trajet fistuleux constituraient donc l'indication de la résection, mais il faut distinguer de nombreux cas où l'abrasion d'un vaste foyer fongueux conduit sur une lésion costale des plus limitées qui sera justiciable d'un simple curettage et non d'une résection. C'est au cours de l'opération elle-même qu'on reconnaît si la tuberculose doit être ou non traitée par la résection d'une ou de plusieurs côtes. Dans de nombreux cas nous avons pensé que cette intervention était nécessaire et le plus souvent nous avons reconnu qu'elle était inutile parce qu'il nous était impossible de trouver la moindre dénudation osseuse ou parce que le foyer osseux était des plus restreints.

La résection, si facile quand il s'agit d'une région bien découverte, devient fort pénible pour le sommet du thorax, le creux axillaire ou l'extrémité postérieure des côtes (Ollier). Là de grands délabrements sont nécessaires, et les trajets fistuleux ou la paroi d'un abcès ne conduisent pas toujours sur l'os malade.

Il semble donc que le traitement général et le traitement local basé sur l'asepsie et les injections modificatrices, sans pouvoir être comparés à l'action chirurgicale dont les effets sont plus décisifs, ont une importance réelle dans la question qui nous occupe.

ARTICLE IX

CARIE DU STERNUM

La tuberculose du sternum est chez l'enfant beaucoup plus rare que celle des côtes. On ne la rencontre guère qu'après la puberté.

1° Anatomie pathologique et symptômes. — Superficielle ou profonde, elle donne lieu à des abcès facilement accessibles ou collectés du côté du médastin, qui ne peuvent être atteints

qu'au moyen de sacrifices osseux plus ou moins étendus. L'épaisseur du sternum est quelquefois en totalité intéressée et l'on voit alors un abcès superficiel communiquer par un pertuis avec une collection profonde. Il est assez commun du reste que la poignée, le corps du sternum soient isolément intéressés sans participation des pièces voisines, chaque partie de cet os restant indépendante, grâce aux articulations qui persistent jusqu'à un âge avancé.

2° Traitement. — Le traitement de la carie sternale ne diffère pas en principe de celui de la carie costale, mais l'existence d'un abcès rétro-sternal développé du côté du médiastin réclame la résection de l'os malade qu'on pratique soit avec le trépan, soit avec la gouge, dans les limites indiquées par la lésion osseuse et l'abcès qui lui est annexé.

ARTICLE X

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Difficultés du diagnostic qui ne s'appuie sur aucun renseignement précis ; difficultés de l'intervention chez des sujets indociles ; nécessité d'agir vite sous peine de voir des complications graves apparaître : tels sont les caractères de la question qui nous occupe.

1° Étiologie. — Les corps étrangers de l'œsophage sont fréquents dans l'enfance, mais leur nature varie peu et presque toutes les observations publiées parlent de pièces de monnaie, d'arêtes, d'os, de boutons ou de fragments de jouets, tels par exemple que petits sifflets annexés aux ballons de caoutchouc. Plus exceptionnellement il s'agit de billes ou de morceaux de substances alimentaires molles. Bien des chirurgiens peuvent avoir pendant de longues années, exercé dans un service d'enfants sans avoir jamais observé d'autres corps étrangers que des pièces de monnaie.

2° Symptômes. — L'appareil symptomatique est toujours identique : c'est la douleur, un trouble fonctionnel plus ou moins grave de dysphagie, plus rarement de la dyspnée. Mais chez l'enfant ces signes eux-mêmes peuvent subir quelques modifications dont il faut tenir compte.

a. *Commémoratifs.* — D'abord les commémoratifs manquent souvent par inconscience des enfants trop jeunes, ou bien par la crainte qu'ils ont d'être grondés.

D'un interrogatoire fruste on passe donc à l'examen du symptôme douleur, qui pour les mêmes raisons est à peu près nul dans la plupart des cas.

b. *Troubles fonctionnels.* — La dyspnée, si elle existait, témoignerait en faveur d'un corps étranger volumineux ou placé perpendiculairement au plan frontal et situé dans la partie supérieure de l'œsophage en rapport avec la trachée. Dans ce cas, les troubles fonctionnels ressembleraient à peu près à ceux d'un corps étranger de la trachée ou de la partie laryngée du pharynx. Mais la dyspnée est rare.

Il faut compter davantage sur la dysphagie ; encore est-elle quelquefois nulle ou légère. Elle ne s'accentuera que plus tard quand le corps étranger développera autour de lui du gonflement inflammatoire ou se déplacera. Il est en effet certain qu'avec le temps tous les troubles s'exagèrent et se compliquent. La douleur se présentant plus aiguë en même temps que la gêne de la déglutition augmente, il est à craindre que déjà autour du point d'arrêt ne se développent des accidents sérieux dont le moindre est encore l'enchatonnement, l'enclavement du corps étranger.

Cependant l'examen direct met en relief ce que la première observation n'avait pas découvert : les renseignements erronés ou incomplets de l'entourage trop souvent peu attentif sont suppléés par le chirurgien qui doit examiner l'orifice supérieur de l'œsophage et le pharynx, mais avant tout faire boire et manger devant lui son petit malade et ensuite explorer l'œsophage. Il s'agit donc d'un ensemble de signes physiques et de troubles fonctionnels recueillis par l'examen chirurgical.

La vue ne peut découvrir que bien peu de chose. Le doigt ne doit pas être aussitôt plongé dans l'arrière-gorge. Ainsi serait perdue la confiance du petit patient et serait provoqué le spasme qu'il faut éviter si l'on veut explorer l'œsophage.

On fait déglutir l'enfant : on lui donne d'abord ce qu'il préfère, du lait ou du bouillon, etc. S'il déglutit de bon gré à belles gorgées, sans régurgitation, il y a quelque chance pour que le corps étranger soit absent ou qu'il soit descendu dans l'estomac. Mais cela n'est pas toujours vrai. Un enfant de sept ans nous fut présenté soupçonné d'avoir avalé une pièce de billon de dix centimes : sans hésitation il déglutit un bol de lait, bien que le corps étranger fût enclavé dans l'œsophage. Si au contraire il s'arrête en buvant et rejette enfin le liquide, la dysphagie est démontrée et le diagnostic est fait.

Il n'en est pas ainsi de la déglutition des solides : l'enfant n'y va pas aussi franchement, il mâchonne d'abord et déglutit peu à peu, puis survient le plus ordinairement un mouvement de régurgitation ; le diagnostic se confirme ainsi peu à peu.

Pendant cette première observation, la douleur peut se manifester chez les petits malades : ils pleurent, rejettent loin d'eux les aliments et refusent toute nouvelle expérience en se plaignant de souffrir soit derrière le sternum, soit à la région dorsale, soit encore au creux épigastrique.

c. *Signes physiques.* — Il faut alors procéder à l'examen direct, à l'exploration de l'œsophage, qui doit être faite d'emblée, quand on a recueilli déjà des renseignements positifs sur la dysphagie, sur la régurgitation.

Cette exploration doit être douce et progressive. Mieux vaudrait en présence d'un sujet irritable et surexcité ou fatigué par l'inanition, attendre quelques instants, quelques heures même, en donnant au préalable un lavement de chloral, où une légère injection de morphine suivant l'âge du sujet (presque toujours l'usage de ce médicament peut être évité). Le spasme joue en effet un rôle considérable chez les enfants, et qu'il s'agisse d'un rétrécissement ou d'un corps étranger, il peut empêcher toute exploration sérieuse. Dans les cas extrêmes il serait utile pour ces raisons de recourir au chloroforme.

Le sujet non anesthésié sera placé assis, la poitrine et les bras enveloppés dans une longue serviette ou un drap, la tête maintenue haute par un aide.

Une sonde en gomme n° 14 ou 15 à bout conique ou très légèrement renflé donnera d'utiles renseignements, mais elle est quelquefois insuffisante, et l'ayant abandonnée, on recourt aussitôt à une bougie d'exploration en boule dont l'extrémité glisse moins sur le corps étranger et s'arrête sur lui : la sonde à résonnateur rend aussi des services.

Cependant il faut toujours tenir compte des cas où un corps étranger irrégulier ou petit laisse passer l'instrument sans manifester sa présence parce qu'il est caché dans les parois dilatées ou de surface très irrégulière, et aussi des circonstances où l'émotion de l'examen, ou même la pression de l'explorateur a déterminé la descente brusque du corps étranger dans l'estomac.

Etant donné la nature métallique, osseuse, des corps étrangers, on s'est naturellement, dans ces derniers temps, préoccupé de compléter ou d'aider le diagnostic avec la radioscopie. C'est ainsi que dernièrement nous avons pu dans un cas extrêmement douteux reconnaître une pièce de monnaie de 10 centimes placée au niveau de la bronche gauche et extraire de suite le corps étranger tout d'abord simplement soupçonné.

Dans aucun cas il ne faut compter beaucoup sur l'exploration manuelle de la portion cervicale de l'œsophage, ni sur l'auscultation qui peut faire entendre le bruit caractéristique de *glouglou* ou un bruit analogue au tintement métallique. L'auscultation et le palper ne méritent cependant pas d'être négligés.

Enfin il est utile de reconnaître exactement la situation du corps étranger en se rappelant la topographie de l'œsophage. D'une longueur de 13 à 14 centimètres chez l'enfant de deux ans, son orifice supérieur est distant de 10 à 11 centimètres de l'arcade dentaire : il faut donc tenir compte de ces chiffres pour apprécier à peu près la place occupée par le corps étranger.

3° Marche et complications. — Si la plupart des corps

étrangers qu'on observe chez les enfants sont relativement tolérés, cette tolérance a des limites restreintes.

L'ulcération des parois, la péri-œsophagite, les fusées purulentes dans le médiastin ou la plèvre, l'hémorragie des artères du voisinage sont des complications redoutables, qui résultent de la temporisation, d'une mauvaise exploration ou de la nature même du corps étranger.

4° Traitement. — Un corps étranger alimentaire, qui n'est pas capable de déchirer la paroi de l'œsophage et dont l'estomac peut utilement s'emparer pour le digérer, sera refoulé de haut en bas avec une sonde œsophagienne, une bougie olivaire ou à boule, voire même une tige d'explorateur ordinaire munie à son extrémité d'une boule d'ivoire de petit volume ; il en sera de même d'un corps dur, mais de petit volume, et dont l'exploration aura démontré la mobilisation possible : il cède, descend ; on insiste doucement et bientôt il disparaît.

Mais l'extraction est la méthode dont on aura surtout à se préoccuper. Ici le choix de l'instrument est important. Le panier de Graefe, très critiqué par Félizet à la Société de chirurgie (15 mars 1893) et mis en échec par une autre observation de Jalaguier dans la même séance, est peut-être moins coupable de méfaits qu'on ne le croit généralement. Le cas de Jalaguier datait de six jours et pour celui de Félizet la date n'est pas indiquée, mais nous convenons que le panier peut s'accrocher, se fixer sur un corps étranger enchatonné et compliquer ainsi sa présence. Nous avons connaissance d'un fait où le panier de Graefe, dirigé, chez un enfant de huit ans, sur une pièce de 5 centimes arrêtée vers la partie moyenne de l'œsophage depuis cinq jours ne put la mobiliser, resta arrêté sur elle quelques instants et finalement produisit une déchirure suivie d'un pyothorax mortel. Il ne faudra donc jamais l'employer pour les cas anciens, mais il nous paraît cependant, après avoir obtenu de nombreux succès au moyen de cet instrument, qu'il est bon, à la condition qu'il soit peu volumineux, n'ait pas des bords tranchants, soit employé le plus tôt possible et que son emploi soit précédé d'un diagnostic

précis et appuyé de commémoratifs sérieux indiquant bien la forme du corps étranger. Il serait dangereux de s'en servir pour l'extraction d'un corps aigu, irrégulier, capable de pénétrer les parties molles au moindre effort.

Rappelons le procédé ingénieux de Felizet pour dégager le panier de Graefe, quand il se trouve arrêté dans l'œsophage, enclavé entre ses parois et les angles du corps étranger. « Il introduisit jusqu'au panier une tige de baleine munie d'une éponge grosse comme une noix, graissée d'huile. La pénétration fut facile grâce à la dilatabilité de l'œsophage. L'éponge rencontra le panier et la pièce de monnaie et put refouler le tout à une profondeur de 4 ou 5 centimètres. Pressant alors avec la main droite qui tenait la tige armée de l'éponge, et résistant avec la main gauche qui fixait la tige de l'appareil de Graefe, il put mobiliser toute la masse et amener au dehors l'éponge, la monnaie et le panier, avec une facilité dont on n'a pas idée ». (*Soc. ch.*, 15 mars 1893).

Le même auteur, à propos d'un enfant de quatre ans (*Soc. ch.*, 23 mai 1894), qui avait depuis sept jours une pièce de monnaie dans l'œsophage, présente un autre procédé qui consiste à introduire sur le corps étranger une sonde urétrale à béquille n° 18 et à lui imprimer des mouvements de va-et-vient destinés à dégager le corps étranger et à le franchir. On injecte alors une forte quantité d'eau boriquée ou contenant de l'ipéca, on attend l'effort de vomissement, et quand il se produit, on retire la sonde dont l'œil accroche le corps étranger, le mobilise et l'entraîne.

Les instruments et les procédés sont aussi nombreux que les difficultés de ce traitement plein d'incidents et de surprises qui s'accommodera toujours des moyens imaginés sur l'heure par l'habileté du chirurgien. Citons le cas de cet hameçon retiré au moyen d'une balle de plomb perforée, glissée le long du fil dont l'extrémité sortait encore par la bouche (Brigth, de Kentucky).

Quand les divers moyens en usage : panier-éponge, parapluie de Fergusson ont échoué ou quand l'ère des complications est arrivée, on peut songer à l'œsophagotomie ou à la

gastrotomie, ou à ces deux opérations combinées (Richardson). On a abordé l'œsophage par le médiastin postérieur; mais, malgré quelques succès (Jalaguier, Broca), il serait encore difficile de donner des conseils très exacts, à propos des corps étrangers œsophagiens intrathoraciques chez l'enfant. Berger, envisageant les difficultés de l'œsophagotomie cervicale, propose, d'après une méthode qu'il avait tout d'abord attribuée à Richet, mais qui ne lui appartient pas, d'aborder l'œsophage, non par la partie latérale, mais par une incision médiane divisant l'isthme du corps thyroïde et rejetant de côté la trachée (*Soc. ch.*, 10 mai 93).

ARTICLE XI

OBLITÉRATION ET RÉTRÉCISSEMENTS

CONGÉNITAUX DE L'ŒSOPHAGE

Les arrêts de développement et les rétrécissements congénitaux de l'œsophage sont des anomalies peu communes et qui, les premières au moins, n'intéressent guère le chirurgien. Elles sont en effet tellement graves et si souvent accompagnées d'autres malformations, que les sujets qui en sont affectés meurent peu de temps après la naissance et ne pourraient être soumis à une intervention chirurgicale raisonnable.

1° Oblitérations. — On signale peu d'oblitérations par des diaphragmes, par des occlusions valvulaires. Dans les cas publiés (Kirmisson, *Maladies congénitales ;* Holmes, *Maladies chirurgicales des enfants*), il s'agit plutôt d'arrêts de développement portant sur une longue étendue du canal œsophagien que d'interruptions de sa continuité.

L'œsophage, très dilaté à sa partie supérieure, se termine plus ou moins haut, souvent dans le voisinage de la partie inférieure de la trachée par un cul-de-sac au-dessous duquel on trouve ou l'on ne trouve pas de cordon fibreux ou musculaire continuant sa direction et allant rejoindre son extrémité inférieure.

Au cardia se trouve en effet le plus souvent annexé un conduit représentant la partie inférieure de l'œsophage, relié à la partie supérieure par un cordon musculo-fibreux, ou tout à fait indépendant et en rapport intime avec la trachée dans laquelle il s'ouvre souvent.

L'œsophage, frappé d'arrêt de développement, communique en effet fréquemment avec la trachée, non par son bout supérieur, mais par son bout inférieur, très rarement par ses deux bouts.

La mort est rapidement la conséquence de pareilles anomalies tout à fait au-dessus des ressources de l'art soit parce qu'elles ne sont pas réparables, soit parce que dans le cas où elles le seraient le sujet ne serait pas en état de supporter l'intervention.

D'autres malformations variées sont souvent associées à l'arrêt de développement de l'œsophage. Une seule mérite une mention spéciale : l'oblitération de l'anus et du rectum. Ainsi se trouve expliquée, peut-être dans bien des cas, la mort des petits sujets opérés de cette dernière malformation. On attribue les accidents qu'ils présentent encore après l'opération à cette opération elle-même, quand ils sont dus à l'occlusion de l'œsophage (Kirmisson), à un grave arrêt de développement.

2° **Rétrécissements.** — Le rétrécissement congénital a été vu dans un petit nombre de cas à la partie inférieure de l'organe.

Compatible avec la vie dans une certaine mesure, il n'existe pas sans provoquer des troubles fonctionnels graves et présente le caractère spécial de donner lieu à des phénomènes de régurgitation tardive entretenus par une dilatation considérable de la partie supérieure de l'œsophage.

Un enfant nouveau-né, qui ne prend pas le sein ou rejette presque immédiatement le lait qu'il a pris, chez lequel surviennent des accès de suffocation, de la toux accompagnée du rejet des matières ingérées, dont la température s'abaisse en même temps que les forces diminuent, qui présentera sur les membres inférieurs ou dans d'autres régions des malformations variées, doit être examiné au point de vue qui nous occupe. Le cathétérisme œsophagien s'impose donc ; mais il aboutit moins à une conclusion thérapeutique qu'à un diagnostic qui est un arrêt de mort prochaine. Il s'agit en effet d'une malformation grave de l'œsophage, d'une obstruction.

Tout autre serait le cas d'un enfant qui avale mal, mais qui peut se nourrir et qui arrive à franchir l'époque dangereuse des premiers mois ou des premières années où une intervention sérieuse est inacceptable.

Par le cathétérisme on a pu, dès le début de la vie, reconnaître un rétrécissement franchissable, maintenir la lumière de conduit et même arriver à l'élargir par la dilatation méthodique.

ARTICLE XII

RÉTRÉCISSEMENTS ACCIDENTELS DE L'ŒSOPHAGE

Les rétrécissements accidentels de l'œsophage peuvent, à la rigueur, n'être que l'affirmation progressive d'un rétrécissement congénital peu considérable qu'on aura méconnu et qui, sous l'influence d'une cause fortuite, se sera accentué tout à coup. Mais ces atrésies se présentent le plus ordinairement dans des conditions dont il est facile de préciser la nature, chez des enfants de trois à dix ans, victimes d'un accident : une certaine quantité d'acide, de liquide corrosif ou brûlant, a été ingérée. Plus rarement l'œsophagite produite par une fièvre éruptive (variole), l'usage prolongé d'un médicament irritant (émétique) peuvent être incriminés.

1° **Anatomie pathologique et symptômes.** — Les lésions anatomiques et les caractères cliniques des rétrécissements accidentels se présentent chez l'enfant avec des caractères analogues à ceux qu'on observe chez l'adulte, avec cette différence cependant que chez le premier les parois du canal œsophagien rétréci sont beaucoup plus souples, dilatables et que le spasme joue un rôle des plus accusés dans la symptomato-

logie. De nombreux exemples pourraient être cités à l'appui de cette assertion. Un enfant de cinq ans meurt dans notre service d'un rétrécissement compliqué de périœsophagite et de pleurésie purulente, qui pouvait être tout au plus franchi par une baleine souple de très fin calibre. A l'autopsie, nous constatons qu'une sonde en gomme n° 14 passe avec une extrême facilité.

Deux enfants, âgés l'un de sept ans, l'autre de trois ans et demi, nous sont présentés tous les deux dans un état d'inanition très avancé : pouls faible, température basse, langue sèche, facies squelettique, yeux hagards. Ils se jettent avec avidité sur les liquides et l'alimentation solide qu'ils dévorent pour les rejeter aussitôt. Rien n'a pu passer depuis six à huit jours et le rectum seul a pu garder un peu de lait ou de bouillon. Toute tentative de cathétérisme reste sans effet : le rétrécissement est infranchissable et, suivant la pratique qui nous a souvent réussi, nous ajournons une intervention nouvelle jusqu'au moment où l'enfant, soumis à une médication calmante par le bromure, le chloral et à des injections de sérum, aura pris du repos et recouvré quelque force. Après une nuit plus calme, une fine bougie est alors introduite : nous la laissons douze heures en place et aussitôt après le n° 12 passe d'emblée. A partir de ce moment la dilatation devient régulière et facile, sauf à deux ou trois reprises, quand nous voulons arriver trop vite à de plus grosses bougies dilatatrices.

Et c'est ainsi que très souvent chez les enfants un certain degré de dysphagie est, après guérison complète, entretenu par l'usage trop répété de bougies volumineuses. La déglutition devient facile dès qu'on modifie le traitement en éloignant les séances de dilatation ou en les cessant à peu près complètement.

Nous ne reviendrons pas sur la description classique des rétrécissements de l'œsophage : la pathologie infantile n'a rien à lui ajouter de très particulier.

2° Diagnostic et traitement. — Le diagnostic du rétrécissement, une fois les commémoratifs recueillis, s'impose. Mais

ce diagnostic n'est cependant complet qu'après l'exploration méthodique qui doit être faite, chez l'enfant, avec quelques précautions.

Si les phénomènes de dysphagie ne sont pas tels encore que l'alimentation soit impossible, il faut préparer le sujet et ne pas se hâter, dès la première rencontre, de pratiquer une exploration toujours pénible.

Si au contraire l'état du sujet est déjà grave, la temporisation ne saurait être admise et les enfants souffrent assez de l'inanition pour qu'ils soient décidés à accepter l'examen. Mais si cet examen échoue et que le rétrécissement ne puisse être franchi, il faut, de toute nécessité, attendre plusieurs heures, vingt-quatre heures au besoin, pour revenir à une exploration nouvelle.

Ce précepte ne doit pas être oublié dans le cours du traitement si souvent interrompu par le caprice et la susceptibilité des enfants : l'état nerveux, l'irritation qu'ils montrent a toujours pour résultat d'exagérer le spasme qu'il faut savoir vaincre par la patience.

L'anesthésie nous a toujours paru une pratique au moins discutable qui ne nous a point rendu de services. Les médicaments calmants, le bromure, l'opium rarement, cèdent certainement le pas aux influences morales, mais leur emploi ne saurait être proscrit.

Il ne faut pas oublier que dans les préliminaires du cathétérisme-diagnostic le repos chez un enfant anémié et refroidi comprend le repos au lit pour éviter toute déperdition des forces et ramener la chaleur. Si nous insistons sur ces considérations déjà présentées dans un précédent chapitre, c'est que la gastrotomie doit être une ressource extrême chez les sujets jeunes et que, grâce à la temporisation armée, bien conduite, étroitement surveillée, on arrivera toujours à franchir et à dilater un rétrécissement.

Nous avons établi deux circonstances cliniques : 1° les conditions locales nous laissent le temps d'agir ; 2° ces conditions sont telles qu'il faut se presser.

Dans le premier cas c'est la dilatation régulière qu'il con-

vient de faire après un examen qui aboutira fatalement, demain si ce n'est aujourd'hui.

Dans le second cas, nous estimons aussi que l'échec définitif sera rare. Mais il faut ne jamais prolonger une exploration, qui loin de réussir rend l'enfant indocile et développe à l'excès le spasme du muscle œsophagien. Il est préférable de s'arrêter à temps, de placer le petit malade au repos, et de le soutenir par des lavements nutritifs et des injections sous-cutanées de sérum qui calment aussi la soif. On peut ainsi multiplier les tentatives.

Pour les rétrécissements dont on connaît le siège grâce à l'obstacle qui arrête la sonde exploratrice et qui paraissent infranchissables, il faut faire une première épreuve avec une sonde à boule de petit volume immédiatement suivie d'une bougie de très petit calibre. On s'en tient désormais à une tige très fine en gomme. Si elle ne réussit pas à passer, on lui substitue une baleine arrondie à son extrémité et bien souple, préalablement trempée dans l'eau chaude pour qu'elle soit moins brusque et on la pousse avec d'extrêmes précautions pour éviter les blessures des parois œsophagiennes. Quand le rétrécissement est franchi, avoir soin de la laisser en place et la fixer en dehors de la bouche avec un fil double attaché sur la nuque. Peu d'instants se sont écoulés que déjà l'enfant peut s'alimenter par les voies naturelles avec du lait, du bouillon, additionnés de jaunes d'œuf, de vin en petite quantité, qui sont déglutis malgré la présence de la bougie œsophagienne. Passées douze, vingt-quatre heures, le petit malade, qui déjà a ressenti les effets bienfaisants de cette manœuvre, est plus docile et la voie déjà faite laisse passer une tige d'un volume plus considérable. Mais il est un point sur lequel nous ne saurions trop insister, c'est la manière dont on doit faire le cathétérisme chez l'enfant : douceur et patience sont indispensables. La violence, le cathétérisme brusque produisent des lésions de la muqueuse œsophagienne qui resserrent davantage le spasme surajouté et s'opposent au passage du point rétréci.

Si l'on échoue et que la vie soit menacée, il n'y a plus qu'à tenter la gastrostomie. Cette opération paraît certainement

préférable à l'œsophagotomie externe, plus grave et problématique dans ses résultats immédiats. Cette opération ne paraît pas présenter de difficultés plus grandes que chez l'adulte. Peut-être le rebord du foie plus saillant sera-t-il quelquefois l'occasion d'une recherche plus laborieuse, mais là n'est pas une grave complication. Les procédés en usage chez l'adulte méritent d'être suivis dans le jeune âge.

ARTICLE XIII

CORPS ÉTRANGERS DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES

Il ne nous paraît pas que les corps étrangers de la trachée et des bronches dont les caractères généraux ont été tracés dans la première partie de cet ouvrage, et qui du reste font l'objet d'une description classique dans un livre de spécialité, doivent être ici complètement décrits.

Les principes de prudence et de temporisation armée sur lesquels nous avons, à juste titre, insisté dans les précédents chapitres à propos des corps étrangers et des rétrécissements de l'œsophage, retrouvent toute leur valeur quand il s'agit des phénomènes graves provoqués par un corps étranger de la trachée et des bronches.

Quels que soient les cas, à plus forte raison si la respiration est difficile et fait prévoir des complications prochaines, la trachéotomie s'impose, et nous ne saurions trop insister sur l'utilité de l'anesthésie chloroformique qui la rend facile et peu dangereuse, surtout si l'on a soin de la faire lentement couche par couche, de manière à éviter l'afflux du sang dans la trachée. Il en serait de même pour la laryngotomie qui s'adresse spécialement aux corps étrangers enclavés dans l'espace sus-glottique ou dans le larynx et devient l'opération de choix quand l'examen laryngoscopique les a fait connaître. Elle est d'exécution facile et ne présente pas les dangers qui paraissent *a priori* devoir arrêter ceux qui n'en auraient pas l'expérience.

Faite, sous le chloroforme comme la trachéotomie, avec prudence, elle conduit par une large incision de la peau sur la saillie du cartilage thyroïde qu'on divise de haut en bas exactement sur la ligne médiane, pour ne pas blesser les cordes vocales. Les deux lames cartilagineuses séparées s'éloignent facilement l'une de l'autre et l'opérateur les maintient écartées pour aller aussitôt saisir le corps étranger.

LIVRE V

MALADIES DE L'ABDOMEN

Nous décrirons ici les maladies de l'abdomen en restant fidèles au plan que nous nous sommes imposé de suivre les grandes régions. Cependant, nous avons pris la liberté de distraire du livre suivant certaines affections urinaires parce qu'elles font partie des anomalies de la paroi abdominale, et de reporter à ce même livre les maladies du rein parce qu'elles appartiennent davantage à une étude d'ensemble de l'appareil génito-urinaire.

ARTICLE PREMIER

MONSTRE HÉTÉRADELPHE

L'histoire des monstruosités, à part les anomalies du chef supérieur et des membres, ne saurait trouver sa place dans cet ouvrage où figurent surtout les lésions justiciables d'un traitement. En particulier, les monstres parasites doivent être exclus à cause de leur rareté et des complications qu'ils opposent à la chirurgie.

Nous voulons cependant rapporter brièvement le fait d'un monstre hétéradelphe observé et opéré par nous.

La figure ici reproduite dispense de longue description. Le pédicule qui reliait le parasite présentait environ le volume du poignet, était exempt de battements vasculaires, mais présentait des mouvements d'expansion abdominale pendant les cris et l'effort; il occupait la région sus-ombilicale et s'étendait jusque dans le voisinage de la pointe du sternum. Au-dessous