

Lorsque la paralysie est incomplète, que les aliments pénètrent dans l'œsophage et s'y arrêtent, on peut se servir, pour les pousser dans l'estomac, d'une verge de baleine garnie d'un morceau d'éponge à l'un de ses bouts.

— La dysphagie par vice organique de l'œsophage est la plus fréquente et la plus difficile à guérir. Les lésions organiques de ce conduit qui rendent la déglutition d'abord difficile, ensuite impossible, sont nombreuses et variées. L'ouverture des corps a montré les parois de l'œsophage épaissies, durées, squirrheuses; ces mêmes parois desséchées et devenues cartilagineuses, osseuses même; des tumeurs de différentes espèces dans l'intérieur de ce conduit. On a vu à l'entrée du pharynx et à l'orifice de l'estomac des anneaux squirrheux et calcaireux tout à fait semblables à ceux qu'on observe fréquemment au pylore, des ulcères dans différentes parties de ce canal, etc. Mais de toutes les lésions organiques de l'œsophage, celle qu'on rencontre le plus ordinairement est l'engorgement squirrheux et carcinomateux de ses parois. Cet engorgement peut occuper différents points de la longueur de ce conduit, et se montrer sous plusieurs aspects, comme nous le dirons bientôt.

L'œsophage n'est pas la seule partie dont les lésions organiques rendent la déglutition difficile ou même impossible; les parties qui environnent ce canal peuvent être affectées de différentes maladies qui produisent le même effet. Ainsi la dysphagie peut dépendre du gonflement extraordinaire de la thyroïde, d'une tumeur formée entre la trachée et l'œsophage, ou dans un autre point de la circonférence de celui-ci; de l'engorgement et de l'endurcissement du thymus; d'un anévrysme de l'aorte, du volume énorme du foie, surtout de l'engorgement des glandes lymphatiques qui entourent la partie de l'œsophage contenue dans le médiastin, et dont les plus grosses sont situées près de la cinquième vertèbre du dos, vers l'endroit où l'œsophage se porte un peu à droite pour faire place à l'aorte. On conçoit aisément que la tuméfaction et l'endurcissement de ces glandes, qui sont intimement attachées à l'œsophage, doivent produire sur ce conduit une compression capable de gêner le passage des aliments et même de l'intercepter entièrement.

On trouve dans les livres un grand nombre d'observations de dysphagies produites par de tels engorgements. Néanmoins je ne partage pas l'opinion des médecins qui prétendent que c'est là la cause la plus

ordinaire des dysphagies. Je pense, d'après l'expérience d'un grand nombre d'auteurs et d'après la mienne propre, que le squirrhe de l'œsophage les produit bien plus souvent encore.

Cette funeste maladie a coutume de se manifester par une certaine difficulté dans la déglutition des aliments solides. Les malades sentent à l'œsophage, et désignent ordinairement avec le doigt une place où les aliments s'arrêtent avant de tomber dans l'estomac. Le mal reste dans cet état quelquefois plusieurs mois, quelquefois plusieurs années, de manière que les malades peuvent avaler de la viande hachée menu, du pain bien mâché, mais lentement. Les boissons passent librement. L'œsophage se rétrécit; son diamètre diminue à tel point, qu'aucune espèce d'aliment ne peut le franchir, pas même quelques gouttes de liquide. Dans cet état, si le malade essaye d'avaler, même les aliments dont la déglutition est le plus facile, ils restent dans l'œsophage, et quelques instants après sont rejetés par la bouche avec une grande quantité de mucosités glaireuses. Lorsque le squirrhe occupe la partie supérieure de l'œsophage, le bol alimentaire qui a traversé librement le pharynx est rendu aussitôt après sans effort et par une sorte de régurgitation. Si l'obstacle est situé plus bas, le malade peut avaler de suite une certaine quantité d'aliments avant que la régurgitation ait lieu. Quelquefois même il se forme au-dessus de l'obstacle une dilatation ou espèce de jabot, dans lequel les aliments séjournent pendant quelque temps avant d'être rejetés. A mesure que le mal fait des progrès, la déglutition devient de plus en plus difficile; les aliments mous, tels que les potages, les légumes herbacés, ne trouvent plus de passage; il n'y a que les liquides les plus doux, comme le lait, l'eau de gomme, dont une partie puisse encore franchir l'obstacle et pénétrer dans l'estomac. Mais lorsque le mal s'est accru à un certain point, les liquides même ne passent plus et sont rejetés entièrement. Il y a des malades qui n'éprouvent aucune douleur; il en est d'autres qui en ressentent de très-vives, surtout au moment où ils avalent, le long de la colonne vertébrale, dans le dos, dans les épaules, derrière le sternum, et même dans les bras. Le défaut de nutrition conduit le malade au tombeau, en le faisant passer par tous les degrés de l'épuisement et du marasme, et en lui faisant éprouver les tourments de la faim et de la soif. A cette cause de destruction inévitable, il s'en joint quelquefois d'autres qui l'accélèrent. Lorsque la dysphagie dépend de l'engorgement squirrheux de l'œsophage, la partie malade de ce con-

duit peut contracter des adhérences avec la trachée-artère ou avec un des lobes du poumon; et si elle vient à s'ulcérer, les progrès de l'ulcération finissent quelquefois par établir une communication entre l'œsophage et les voies aériennes. Alors la déglutition est immédiatement suivie d'une violente quinte de toux avec menace de suffocation. Dans le cas où l'œsophage n'a pas contracté ces adhérences, s'il vient à être percé par les progrès de l'ulcération, les aliments s'infiltrent dans le tissu cellulaire du médiastin, où ils déterminent des abcès qui s'ouvrent dans la poitrine. Mais de tels désordres sont rares; et le plus ordinairement, comme nous l'avons déjà dit, les malades, privés de nourriture, meurent dans le dernier degré du marasme.

Les symptômes de la dysphagie étant à peu près les mêmes, soit qu'elle dépende d'une lésion organique de l'œsophage, ou de la compression exercée sur ce canal par une maladie de quelque une des parties qui l'environnent, il est extrêmement difficile d'en déterminer la cause. Lorsque cette cause est située au-dessus du sternum, on peut l'apprécier jusqu'à un certain point par la vue et le toucher; mais lorsqu'elle réside dans la poitrine, le plus ordinairement on ne la reconnaît qu'à l'ouverture du cadavre. Parmi les maladies étrangères à l'œsophage, et qui produisent la dysphagie en comprimant ce canal, il y en a dont on peut soupçonner l'existence pendant la vie, d'après les signes qui leur sont propres: tel est, par exemple, l'anévrysme de l'aorte. Les autres ne présentent aucun symptôme particulier qui puisse en indiquer la nature: l'engorgement des glandes lymphatiques dorsales est de ce nombre. Suivant Mauchart (1), on peut conjecturer que la dysphagie dépend de l'engorgement de ces glandes, si elle a été précédée de maladies chroniques et catarrhales; si le malade peut encore avaler des aliments liquides; si un stilet mince et flexible introduit dans l'œsophage rencontre un obstacle en forme de monticule saillant en dedans, au delà duquel, après l'avoir surmonté, on trouve le canal libre; enfin, si le malade sent que le peu d'aliments qu'il prend, descend, quoique avec peine, le long des parois de l'œsophage. On peut présumer au contraire que la dysphagie est produite par une affection organique de l'œsophage, si elle a été précédée de plaies, d'ulcérations, d'abcès, et si la sonde rencontre un obstacle insur-

(1) *De struma œsophagi*, Tubingæ, 1742, § XXI, p. 414.

montable. La moindre réflexion suffit pour faire apercevoir le peu de fondement de ces conjectures, et l'incertitude du diagnostic de la maladie, soit de l'œsophage, soit des parties voisines, qui s'oppose à la déglutition.

La dysphagie par vice organique de l'œsophage est incurable. Quant à celle qui dépend de la compression exercée sur ce conduit par une tumeur développée dans les parties qui l'environnent, on ne pourrait espérer de la guérir qu'autant que la tumeur elle-même serait susceptible de guérison, et malheureusement elle est presque toujours incurable.

On trouve cependant dans les auteurs quelques exemples de guérison de dysphagies par vice organique. Ruysch (1) rapporte, d'après Mennès, consul et physicien de la ville de Huitz, l'observation d'une dysphagie de cette espèce, qui fut guérie heureusement par l'usage du mercure. Voici le précis de cette observation. Un homme âgé de trente ans, dont toute la conduite ne présentait aucun soupçon, avait été attaqué, il y avait environ trois ans, d'une difficulté d'avalier, accompagnée d'un engorgement des glandes amygdales, de douleurs au fondement et d'hémorrhoides fluentes. Ces symptômes, combattus par tous les remèdes convenables, ne se taisaient que pour un temps et reparaissaient ensuite avec plus de force; à tous ces accidents s'était joint un rétrécissement considérable de l'œsophage, qu'on pouvait soupçonner vers la cinquième vertèbre du cou, par la douleur et la résistance qu'y éprouvait le malade lorsqu'il prenait quelque aliment. Un étudiant en médecine, croyant le mal dans le pharynx, y introduisit une tente enduite d'huile, mais sans succès. Le malade eut alors recours à Mennès. Celui-ci commença à s'assurer du mal avec une baleine qu'il introduisit dans l'œsophage; mais la baleine se trouva arrêtée à quelques pouces au delà du pharynx. Le médecin pensa que le mal était dans les glandes, et qu'elles comprimaient l'œsophage. Il imagina que le seul moyen à employer était celui par lequel on viendrait à bout d'évacuer ces glandes, et d'en procurer, en quelque sorte, la fonte; et comme le mercure administré en frictions, de manière à produire la salivation, lui parut le plus propre à remplir cet objet, il le proposa. Mais, avant de rien entreprendre, il consulta Boerhaave

(1) *Adversar. anatom. med. chirurg.*, dec. 1, art. 10, 24.

et Ruysch, qui goûtèrent fort cet avis. Mennès prépara son malade et lui fit ensuite administrer les frictions. Le traitement commença le 6 avril, et fut fini le 12 mai. Le malade était guéri radicalement.

Un particulier (1) âgé de trente ans, pâle et cachectique, devint sujet à une difficulté d'avaler qui augmentait insensiblement. La nourriture s'arrêtait au-dessous du gosier, comme dans un sac, et avec un bruit singulier; elle en ressortait tout d'un coup par une espèce de régurgitation, peu de minutes après. Haller ne put découvrir aucune trace de squirrhé; mais, présumant avec raison que l'œsophage était comprimé par l'engorgement et la distension des glandes lymphatiques qui l'entourent, et qu'il était dilaté au-dessus de l'endroit comprimé, il prescrivit des pilules de mercure doux, d'aloès et de camphre. L'usage de ces pilules longtemps continué fit rendre par en bas beaucoup de matière muqueuse et gélatineuse; le mal s'amenda par degrés; les aliments passèrent et le malade guérit; mais il conserva une dilatation ou un relâchement dans la partie supérieure de l'œsophage, et la déglutition resta toujours bruyante. Haller dit avoir observé la même maladie sur une jeune fille pauvre, et sur un jeune garçon de bonne famille, et l'avoir combattue avec succès dans la première avec les pilules dont nous venons de parler; dans le second, avec l'huile de tartre par défaillance, prise dans du bouillon de poulet.

Ces faits et quelques autres semblables ou analogues, que l'on trouve dans les auteurs, paraissent d'autant plus extraordinaires, que tout le monde connaît la difficulté et souvent même l'impossibilité de résoudre l'engorgement des glandes lymphatiques, lors même que ces glandes sont extérieures, et qu'on peut faire concourir dans le traitement les topiques avec les remèdes internes. Mais, tout extraordinaires qu'ils paraissent, ils ne prouvent pas moins la possibilité de guérir la dysphagie qui dépend de l'engorgement des glandes lymphatiques qui entourent l'œsophage. Il n'en est pas de même de celle que produit une affection organique de ce conduit, et surtout l'engorgement squirrhéux de ses parois. Tous les médecins s'accordent à regarder cette espèce de dysphagie comme incurable. En parlant de la tuméfaction squirrhéuse de l'œsophage, Van Swieten dit: « J'ai tenté différents remèdes contre cette maladie; je sais que de très-habiles gens en ont employé

(1) *Opuscula pathologica Halleri*, obs. 78.

beaucoup; mais malheureusement tout a été inutile.» Mes observations sont en tout conformes à celles de Van Swieten: j'ai eu occasion de traiter plusieurs personnes atteintes de cette dysphagie et n'ai pu en guérir aucune.

Trompés par une fausse analogie entre le rétrécissement de l'urèthre à la suite de la blennorrhagie et celui de l'œsophage par l'affection squirrhéuse de ses parois, quelques auteurs, Mauchart entre autres, ont pensé qu'on pourrait remédier à celui-ci par les moyens qu'on emploie avec tant de succès contre le premier. Ainsi on a conseillé d'introduire dans l'œsophage et d'y laisser séjourner des bougies ou des sondes de gomme élastique, dont on augmente la grosseur par degrés, afin de le rétablir dans son diamètre naturel. On n'a pas craint même de conseiller de les charger de cathétiques et même de caustiques pour détruire la portion calleuse ou squirrhéuse de ce conduit. Mais cette méthode est plus propre à irriter le mal qu'à le guérir; aussi elle n'a trouvé et ne trouvera sans doute jamais aucun partisan parmi les chirurgiens instruits et prudents.

On est donc réduit, dans le traitement de la dysphagie par lésion organique de l'œsophage, à l'emploi des moyens palliatifs. Lorsque la déglutition n'est pas entièrement empêchée, les lubrifiants, les émoullients, tels que l'huile d'amandes douces, le sirop de gomme, etc., apportent quelque soulagement en facilitant le passage du peu d'aliments que le malade peut encore avaler. Quand la déglutition est devenue tout à fait impossible, on place dans l'œsophage une sonde creuse au moyen de laquelle on injecte dans l'estomac des aliments liquides. Enfin, dans le cas où la sonde ne peut pas franchir l'obstacle, il ne reste plus que la faible ressource des lavements nourrissants pour prolonger un peu la triste existence des malades.

L'usage des canules ou des sondes creuses pour introduire les aliments liquides dans l'estomac, lorsque la déglutition se trouve empêchée, est très-ancien. Mais ce n'est que dans ces derniers temps et surtout depuis l'invention des sondes de gomme élastique, que cette pratique a été perfectionnée. La sonde dont on se sert, et à laquelle on donne le nom d'*œsophagienne*, est plus grosse et plus longue que les sondes ordinaires; mais elle ne peut convenir que dans les cas où l'œsophage n'est pas rétréci; car dans le rétrécissement de ce conduit on est obligé de se servir d'une sonde ordinaire, et quelquefois même d'une sonde de très-petit calibre. La sonde peut être introduite

par la bouche ou par les fosses nasales. De ces deux voies, la première est plus courte, plus directe, et mérite la préférence, lorsqu'il n'est point nécessaire de laisser la sonde à demeure. Mais lorsque, pour prévenir les inconvénients qui résultent de l'introduction répétée de l'instrument, on se détermine à le laisser en place, il vaut mieux le passer par les fosses nasales. Lorsqu'on porte la sonde par la bouche, le procédé opératoire est fort simple: le malade étant assis et la tête un peu renversée en arrière, le chirurgien abaisse la langue avec le doigt indicateur de la main gauche appliqué sur la face supérieure de cet organe, le plus près possible de sa base, et porte la sonde enduite d'un mucilage et tenue de la main droite comme une plume à écrire, le long du bord radial de ce doigt, en la dirigeant un peu à gauche, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. La sonde est d'abord arrêtée contre cette paroi; mais, en continuant de la pousser, elle se courbe et descend ainsi dans l'œsophage, aussi bas qu'on le juge nécessaire.

L'introduction de la sonde par les fosses nasales est beaucoup plus difficile, plus douloureuse, et quelquefois impossible. Conduite sur le plancher des fosses nasales, dont la direction est horizontale, la sonde rencontre à angle droit la paroi postérieure du pharynx, sur laquelle elle a de la peine à se courber pour descendre dans l'œsophage, et les efforts qu'on fait pour la faire pénétrer plus avant ne laissent pas d'être douloureux. La difficulté serait beaucoup plus grande et peut-être même serait-elle insurmontable, si le cas pour lequel on introduit la sonde exigeait qu'elle fût garnie d'un stylet de fer pour la rendre propre à surmonter l'obstacle qui s'oppose à la déglutition. C'est une circonstance de cette espèce qui nous a conduit à modifier le procédé suivi jusqu'alors pour porter une sonde dans l'œsophage par les fosses nasales.

Une femme de quarante-six ans, d'une constitution assez bonne, autrefois robuste, mais affaiblie depuis quelque temps par le chagrin et des maladies fréquentes, éprouva, dans le courant de mai 1797, de légers picotements vers la partie inférieure du pharynx. Pendant quinze mois, les picotements ne se firent sentir que tous les trois ou quatre jours, mais au bout de ce temps ils se changèrent en une douleur réelle et continue: elle éprouva alors de la difficulté à avaler, surtout les aliments solides. La déglutition devint de jour en jour plus difficile et fut entièrement supprimée le 9 novembre 1799. La malade, privée tout à fait d'aliments pendant sept jours, tourmentée par une faim

dévorante, que ne pouvait apaiser la faible ressource des lavements nourissants, s'éteignait sensiblement, lorsqu'elle fut conduite chez moi par un jeune médecin aux soins duquel elle s'était confiée.

L'indication la plus pressante était de nourrir la malade. Je me décidai sur-le-champ à introduire par la bouche, dans le pharynx et l'œsophage, une sonde de gomme élastique sans stylet. La sonde pénétra aisément jusqu'au commencement de l'œsophage; mais elle fut arrêtée dans cet endroit-là par un obstacle insurmontable. Je substituai à cette sonde une algalie d'argent, laquelle pénétra après une forte résistance. De l'eau tiède fut injectée avec précaution au moyen d'une seringue. La sensation agréable qu'éprouva la malade fit connaître que l'eau était parvenue dans l'estomac. J'injectai de suite une assez grande quantité de bon bouillon; après quoi la sonde d'argent, dont la présence dans la bouche était très-incommode, et qu'il était très-difficile de fixer, fut retirée. Il était impossible de songer à répéter plusieurs fois le jour son introduction dans l'œsophage rétréci: je pensai qu'il fallait porter par la bouche, dans l'œsophage, une sonde de gomme élastique garnie de son stylet, et après avoir retiré celui-ci, ramener l'extrémité de la sonde dans les fosses nasales. Voici comment je parvins à exécuter ce projet. La malade étant assise sur une chaise, la tête inclinée en arrière, je portai dans la narine gauche la sonde de Bellocq; le ressort étant parvenu dans la bouche, un fil ciré en plusieurs doubles fut attaché sur le bouton qui le termine. Le ressort fut ramené dans la sonde; celle-ci, retirée de la fosse nasale, entraîna le fil au dehors. Les deux bouts de ce fil, l'un sortant par la bouche et l'autre par la narine, furent retenus sur la joue par un aide. J'abaissai alors la base de la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, et je portai dans le pharynx une sonde de gomme élastique de grosseur moyenne, garnie de son stylet, et percée sur le côté à l'extrémité qui devait se trouver en haut. Cette sonde, dirigée un peu à gauche et poussée avec force, franchit le rétrécissement de l'œsophage. Le stylet fut retiré. Le bout du fil qui sortait par la bouche fut engagé dans l'ouverture latérale de la sonde, et fixé à son extrémité supérieure. J'enfonçai la sonde dans l'œsophage jusqu'à ce que son bout supérieur eût dépassé l'isthme du gosier: saisissant alors le fil qui pendait hors de la narine, je le tirai doucement et avec lui l'extrémité de la sonde, qui fut placée de manière à dépasser de quelques lignes la narine; elle fut assujettie au moyen d'un fil en plusieurs

doubles, avec lequel je fis des circulaires autour de la tête. A l'aide de cette sonde, on injecta dans l'estomac des aliments liquides toutes les fois que la malade le désira.

Pendant les cinq premiers jours la sonde causa un peu d'irritation; le sixième, la malade cracha une matière puriforme. Ce crachement augmenta les jours suivants, et le dixième, la sonde commençant à vaciller, la déglutition naturelle d'une petite quantité de fluides put se faire. Le quatorzième, la malade ôta la sonde et avala facilement des liquides; mais six jours après, la déglutition était absolument impossible. J'introduisis alors une sonde plus grosse que la première; elle servit à porter des aliments dans l'estomac; mais elle fut sans effet pour la dilatation de l'œsophage. La malade, forcée de la porter continuellement pendant cinq mois, la sentit toujours également pressée. Cette constriction opiniâtre pouvant être le résultat d'une irritation nerveuse, on prescrivit des bains tièdes qui ne produisirent aucun effet. Privée d'aliments solides, et tourmentée presque continuellement par la faim, malgré la grande quantité de liquides nourrissants injectés dans l'estomac, la malade s'affaiblit par degrés, et mourut le 2 avril 1800, près de trois ans depuis le commencement de sa maladie. L'ouverture du corps ne fut point faite.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que les sondes creuses introduites dans l'œsophage, dans le cas de dysphagie par lésion organique des parois de ce canal, sont d'une très-grande utilité, et qu'elles peuvent retarder la mort des malades; mais il est facile de prévoir en même temps que l'utilité des sondes considérées comme corps dilatants est plus qu'incertaine. Si dans quelques circonstances la déglutition a pu s'opérer librement après leur usage, quelques jours ont suffi le plus souvent pour détruire les espérances trompeuses qu'on avait pu concevoir (a).

(a) — La dysphagie peut encore être produite par une cicatrice de l'œsophage, comme dans le cas suivant.

Une femme, âgée de vingt-quatre ans, avala involontairement, à l'âge de vingt ans, une gorgée d'acide sulfurique affaibli par une petite quantité d'eau; cet acide était préparé pour les usages de l'état

qu'elle faisait. Elle eut une violente inflammation de la langue, de l'arrière-gorge et de la moitié supérieure environ de l'œsophage. Cette inflammation fut dissipée par des antiphlogistiques très-actifs, et les parties reprirent leurs fonctions. Mais peu à peu les aliments eurent de la peine à traverser l'œsophage, parce que le tissu de cicatrice, qui se forma dans ce conduit ulcéré par le contact de l'acide, rétrécit son diamètre; de sorte que plus l'époque de l'accident s'éloignait, plus l'œsophage se rétrécissait. Enfin il arriva un moment où la femme ne put avaler que des liquides, et encore n'en pouvait-elle prendre chaque fois qu'une très-petite quantité. Elle fut alors obligée de s'adresser à des chirurgiens qui firent usage de sondes œsophagiennes et rendirent à l'œsophage un diamètre à peu près égal au diamètre naturel, et la malade put prendre des potages et même des aliments plus solides, ce qui prouvait que le bol alimentaire passait: toujours cependant il éprouvait un peu de peine à franchir le lieu de la cicatrice. Cet état de bien-être dura peu, et l'œsophage se rétrécit de nouveau et progressivement. Ce fut alors que la malade s'adressa à moi. J'introduisis une sonde œsophagienne, mais elle s'arrêta vers le milieu de la longueur de l'œsophage, et je ne pus la faire pénétrer plus avant. J'en choisis une plus petite, et la garnissant d'un mandrin, je parvins à dépasser l'obstacle. Ces diverses manœuvres furent faciles à faire, parce que la malade s'y prêtait volontiers. Elle gardait la sonde pendant plusieurs heures le matin; puis elle l'ôtait, et l'élève interne la remettait pendant la journée. Je ne pus la laisser à demeure parce que je l'introduisais par la bouche, l'introduction par le nez étant très-difficile et très-douloureuse. Au bout de six semaines, la malade, ayant reçu une alimentation suffisante, était bien portante. Je supprimai la sonde, et les divers aliments passaient bien. Cette femme sortit de l'hôpital. Elle y revint six mois après, réduite à un état de maigreur remarquable, parce que l'œsophage dilaté était de nouveau revenu sur lui-même, et que la malade avait attendu le plus longtemps possible avant de réclamer mes soins. Je la reçus dans ma salle, et recommençant mes premières tentatives, je parvins une seconde fois, mais avec plus de peine que la première, à rendre à l'œsophage un diamètre suffisant pour laisser passer les aliments. La femme retourna encore chez elle, et j'ai appris que depuis des accidents semblables aux premiers s'étaient manifestés: de sorte que cette malheureuse

femme était exposée, chaque année, à un rétrécissement de l'œsophage et à un nouveau traitement. J'ai cessé d'avoir des renseignements sur cette femme.

#### 4° Des corps étrangers dans l'œsophage.

Toute substance alimentaire ou autre, arrêtée dans l'œsophage, est regardée comme corps étranger.

Parmi ces corps étrangers, les uns doivent à leur volume, les autres à leur forme, leur séjour dans ce canal. Quelques-uns s'y implantent, et s'ils sont très-aigus et très-minces, il arrive quelquefois qu'ils sont transportés au loin, qu'ils parviennent même jusqu'aux téguments. Les corps étrangers s'arrêtent souvent au bas du pharynx ou au commencement de l'œsophage, quelquefois au-dessus du diaphragme, et rarement dans le milieu de l'œsophage.

Ces corps présentent des variétés relatives à leur volume, à leur forme et à leur nature. On a vu une cuiller, une fourchette, des ciseaux, une clef, un œuf de poule durci par la chaleur et dépouillé de sa coque, un obturateur du palais, etc., portés dans l'œsophage, s'y arrêter et produire des accidents plus ou moins graves. Dans d'autres cas, des corps moins volumineux, une châtaigne, un os de mouton, une bague, un jeton, des pièces de monnaie, s'y sont également arrêtés. On a vu des corps beaucoup moins gros encore, tels que des noyaux de prune, des grains de plomb, des épingles, des aiguilles, des arêtes de poissons, etc., y rester engagés. Mais le plus souvent les corps qui ne peuvent franchir l'œsophage sont des substances alimentaires avalées avec trop de précipitation, en trop grande quantité, ou sans avoir été divisées suffisamment par la mastication. Sous le rapport de la figure, les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage varient beaucoup : les uns sont ronds et lisses comme des boules d'ivoire, de verre, etc. ; les autres sont inégaux et garnis d'aspérités, comme des fragments d'os, ou pointus comme des arêtes de poissons, des épingles, etc. Ces corps ne varient pas moins relativement à leur nature : les uns sont mous et spongieux, comme de gros morceaux de chair, de fruits, de pain ; les autres sont durs, tels que des pièces de monnaie, des noyaux de fruits, des cailloux, etc. ; enfin, il y en a qui

sont libres, et d'autres qui sont engagés dans les parois du pharynx ou de l'œsophage (1).

Une douleur locale, continuelle ou intermittente, des nausées, des efforts pour vomir violents et convulsifs, l'impossibilité ou une très-grande difficulté d'avaler, la tuméfaction et la rougeur du visage, tels sont les symptômes qui annoncent la présence d'un corps étranger dans l'œsophage. Mais ces symptômes et les suites de l'accident présentent des différences qui naissent du volume, de la figure du corps étranger, et du lieu qu'il occupe. Un corps très-volumineux arrêté dans le pharynx peut suffoquer sur-le-champ, en bouchant exactement l'entrée du larynx. On a des exemples de suffocation produite par un gros morceau de viande, par un œuf entier, par une châtaigne, une poire, etc. Si le corps étranger franchit le pharynx et s'arrête dans l'œsophage, il peut aussi intercepter la respiration et causer la suffocation, en comprimant la trachée-artère. Mais alors le danger est

(1) Quelquefois la déglutition d'un gros morceau de viande, soit sans os, soit avec un os, peut être suivie d'un état spasmodique du pharynx ou de la partie supérieure de l'œsophage qui peut faire croire à la présence d'un corps étranger dans ce conduit. C'est au moins ce que je peux conclure du fait suivant. Un homme, déjà un peu pris de vin, mangeait des côtelettes. Il fut surpris au moment où il tenait dans sa bouche un morceau de côtelette après lequel se trouvait un petit os. Soit qu'il ait réellement avalé cet os qui aurait séjourné pendant quelque temps dans le pharynx ou l'œsophage, soit que le moment de la surprise ait causé un spasme de ces parties, il est certain que cet homme éprouva tous les symptômes occasionnés par la présence d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage. On l'amena à l'Hôtel-Dieu où l'élève de service, ayant examiné le cou, s'en laissa imposer par la saillie des cornes de l'os hyoïde, et croyant avoir senti un corps étranger, chercha à le pousser dans l'estomac ou à l'extraire. Appelé pour voir le malade, je ne trouvai aucun symptôme suffisant pour continuer les recherches. Je fis boire le malade, et les liquides passèrent sans peine ; je lui fis donner des potages, et il les avala avec un peu de difficulté ; mais ils passèrent, et aucune portion ne fut rejetée. Je donnai un émétique : le malade vomit sans rendre aucun corps étranger. Cet état spasmodique dura neuf jours ; mais il allait en diminuant ; et au bout de douze jours, le malade sortit de l'hôpital. Je pense qu'il n'y a jamais eu de corps étranger arrêté dans l'œsophage, et que la peur ou une légère déchirure des parois œsophagiennes ont été la cause des symptômes éprouvés par cet homme.

moins imminent que dans le premier cas. Les corps qui ont peu de volume ne nuisent point à la respiration, mais ils gênent la déglutition et ne permettent que le passage des liquides. Ceux qui ont des inégalités causent des déchirements, d'où résultent un saignement plus ou moins considérable, et une douleur locale vive, qui subsiste même après que le corps étranger s'est déplacé. Cette dernière circonstance mérite d'autant plus d'attention, qu'elle pourrait faire croire que ce corps est encore dans l'œsophage et faire entreprendre, pour l'en chasser, des manœuvres qui donneraient lieu peut-être à des accidents graves. Les corps étrangers pointus et fichés dans les parois du pharynx ou de l'œsophage les traversent quelquefois et sont portés au loin par leur poids et surtout par l'action des parties. Ils peuvent alors sortir par la peau ou par des ouvertures naturelles, sans avoir causé d'accidents; quelquefois aussi ils donnent lieu à des abcès. La lésion des parois du pharynx et de l'œsophage par des corps étrangers arrêtés dans ces conduits a rarement des suites fâcheuses, surtout quand on n'a pas fait de tentatives imprudentes pour les retirer ou pour les enfoncer dans l'estomac. Quelquefois cependant cette lésion a été suivie de l'engorgement squirrheux des parois de l'œsophage et d'une dysphagie mortelle. Une demoiselle âgée d'environ cinquante ans, mangeant d'une carpe, en avala une arête qui, s'étant fixée au bas de la gorge, causa de la difficulté pour avaler. Cette incommodité fut supportable d'abord, mais elle augmenta et devint si forte, que les aliments et les boissons que la malade prenait, surtout dans les deux ou trois derniers mois de sa vie, ne passaient pas le bas de la gorge; elle les rejetait environ une demi-heure après les avoir pris, en faisant des efforts très-violents, et presque jusqu'à étouffer. Réduite à ne prendre qu'une très-petite quantité d'aliments liquides, la malade perdit ses forces, tomba dans le marasme et mourut d'épuisement au bout de quatorze mois. A l'ouverture du corps, Littre trouva que l'œsophage, depuis son commencement jusqu'à sept ou huit lignes au-dessous, était d'un quart plus gros que de coutume, et dans le reste, jusqu'à l'estomac, plus mince de moitié de son épaisseur ordinaire. En examinant extérieurement la partie tuméfiée de ce conduit, Littre sentit qu'elle était dure, solide et inégale; l'ayant ouverte il observa une grosseur qui occupait presque tout le contour du conduit, était d'une substance d'un blanc grisâtre, située en partie entre la membrane intérieure et les fibres charnues, et en partie parmi les mêmes

fibres. Elles remplissaient presque toute la cavité. On y voyait seulement une ouverture presque circulaire d'environ une ligne de diamètre. Le pharynx était plus ample; ses parois avaient plus d'épaisseur que dans l'état ordinaire (1).

On doit extraire les corps étrangers arrêtés dans le pharynx ou l'œsophage, et lorsque leur extraction est impossible, les enfoncer dans l'estomac.

Il est ordinairement beaucoup plus difficile de les retirer que de les enfoncer. Cependant on doit toujours s'attacher, autant que possible, à extraire les corps étrangers engagés dans l'œsophage, parce que, quand on peut y réussir, on est délivré de toute crainte, tandis qu'en les enfonçant, on n'est pas absolument sûr de l'événement. Cette règle regarde tous les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, mais plus particulièrement les corps durs, qui, par leur figure angulaire, inégale ou tranchante, sont capables de piquer, couper ou déchirer les parties qu'ils touchent. Les doigts, les pincettes, diverses espèces de crochets et d'anneaux, l'éponge, les vomitifs et les sternutatoires: tels sont les moyens qu'on a employés pour retirer les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, ou pour en procurer la sortie.

Lorsque les corps étrangers sont fixés dans le pharynx et qu'on peut les toucher, on doit se servir des doigts ou de pincettes, préférablement à tout autre instrument; dans ce cas, des pincettes droites suffisent. Mais lorsque le corps étranger est enfoncé plus avant dans la partie inférieure du pharynx, ou dans le haut de l'œsophage, on est obligé d'employer des pinces plus longues et recourbées, comme celles dont on se sert pour arracher les polypes des narines. Voici la manière de se servir de cet instrument: le malade est assis sur une chaise, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui l'assujettit avec les mains croisées sur le front et la tient un peu renversée; le chirurgien abaisse la base de la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, et tient les pinces de la main droite; il les conduit sur ce doigt, après les avoir trempées dans de l'huile, et les fait glisser jusqu'au corps étranger, le long de la paroi postérieure de l'œsophage, afin d'éviter le larynx; lorsqu'elles touchent le corps étranger, il le saisit et en fait l'extraction.

(1) *Mémoires de l'Acad. des sciences de Paris*, année 1713, p. 183.