

du sel, de la réglisse, une pastille, etc., on devra attendre.

Je conseille pour mon compte une expectation armée; je ne crois pas qu'il faille d'emblée recourir à l'opération; laissez à la nature le temps de se débarrasser de son ennemi, mais surveillez activement votre malade et, si l'expulsion spontanée ne s'est pas produite après quelques semaines, et surtout si les accès de suffocation se répètent souvent, ou s'il se développe des symptômes du côté du poumon, ouvrez les voies aériennes.

Pratiquerez-vous la laryngotomie ou la trachéotomie? Votre conduite est évidemment subordonnée au diagnostic. Si le sujet est atteint d'aphonie persistante; si le larynx est le siège d'une douleur spontanée et exagérée par la pression; s'il n'y a pas dans la trachée de bruit spécial; si les deux poumons respirent également, toutes les probabilités sont en faveur de la présence du corps étranger dans le larynx, et vous devrez pratiquer la laryngotomie, ainsi que je l'ai dit à propos des polypes du larynx. Dans le cas contraire, c'est à la trachéotomie que vous aurez recours.

Les deux lames du cartilage thyroïde étant écartées, vous saisirez le corps étranger, s'il ne sort pas de lui-même dans un effort d'expiration.

Si le corps flotte dans la trachée, il est en général violemment rejeté au dehors aussitôt que ce conduit est ouvert, mais, s'il est adhérent, il peut ne pas sortir, et le praticien se trouve dans un grand embarras. Il faut explorer la trachée avec une pince et tenter l'extraction directe, tout en sachant que ce procédé est incertain et même périlleux. Voltolini parvint, dit-on, dans un cas, à éclairer la trachée avec une sorte d'endoscope, et reconnut la présence d'un fragment de coquille de noix qu'il put extraire. Mais ce moyen ingénieux n'est pas à la portée de tout le monde. Il faut, en tous cas, maintenir la plaie trachéale ouverte aussi longtemps que possible.

6° RÉTRÉCISSEMENT DES VOIES AÉRIENNES.

De nombreuses causes peuvent amener la diminution du calibre des voies aériennes et produire une gêne de la respiration allant jusqu'à l'asphyxie : ainsi les inflammations aiguës, l'œdème de la glotte, le croup, les polypes, les corps étrangers, etc.; un simple spasme; une compression exercée de dehors en dedans par une tumeur, comme dans le goitre. Mais ce ne sont pas là de

véritables rétrécissements. Ce nom doit être réservé à une lésion organique *primitivement développée dans les parois du conduit aérien*, ayant à la longue déterminé un rétrécissement graduel et *permanent* de ce conduit : aussi les expressions : rétrécissement inflammatoire, rétrécissement spasmodique, sont-elles impropres.

Le rétrécissement peut porter sur le larynx, surtout lorsqu'un cancer envahit cet organe, et nous en avons suffisamment parlé au chapitre des tumeurs du cou. De même une cicatrice vicieuse à la suite d'une fracture des cartilages ou d'une brûlure peut amener une atrésie de ce conduit, mais ces cas sont tout à fait exceptionnels.

Si le diagnostic en est facile, on n'en saurait dire autant du traitement, qui ne consiste guère qu'à pratiquer la trachéotomie à un moment donné.

Lorsqu'une canule est dans la trachée et la respiration assurée, on pourrait tenter la dilatation progressive du larynx avec des bougies, comme nous le faisons pour l'urèthre. La canule étant fenêtrée sur sa face convexe, il serait possible d'introduire une fine bougie dans le larynx, de la faire sortir par la canule et de se servir ensuite de cette bougie pour conduire des olives de plus en plus volumineuses. La suppression d'une canule à demeure et le rétablissement de la voix sont des résultats assez importants pour justifier toutes les tentatives faites dans ce sens.

Le rétrécissement peut intéresser la trachée-artère. Je laisse de côté celui qui survient à la suite d'une section complète de ce conduit, dont je me suis occupé à propos des plaies du cou.

Il est à la rigueur possible que la cause initiale du rétrécissement soit une brûlure de la muqueuse trachéale ayant déterminé à la longue une rétraction cicatricielle, mais les liquides caustiques, qui produisent en général ce genre d'accident, pénètrent à peu près constamment dans l'œsophage. Quant au cancer, que nous verrons plus loin être la cause presque constante des rétrécissements de l'œsophage, il semble ne pas atteindre primitivement la trachée. C'est la syphilis tertiaire qui se manifeste principalement sur cet organe de façon à en produire le rétrécissement.

Au début vous n'observerez que de l'essoufflement dans la marche, ce qu'on appelle une respiration courte, et il est alors bien difficile de reconnaître s'il s'agit d'asthme, d'emphysème, de maladie du cœur ou de rétrécissement de la trachée : mais la

dyspnée augmente peu à peu, et survient enfin le signe pathognomonique du rétrécissement des voies aériennes, le *cornage*, expression empruntée aux vétérinaires, qui l'observent fréquemment chez les chevaux.

A cette période, le diagnostic n'est plus douteux. Mais sur quel endroit de la trachée siège l'obstacle au passage de l'air? Il est le plus souvent impossible de le savoir, et c'est cependant un point capital, car un moment arrive fatalement où la dyspnée est telle que la trachéotomie devient nécessaire : or voyez-vous ce qui se produit lorsque le rétrécissement siège au-dessous de l'incision de la trachée? Au grand désappointement du chirurgien, s'il n'a pas à l'avance prévu la possibilité du fait, le malade n'éprouve aucune amélioration lorsque la canule est introduite. On peut croire qu'elle n'est pas dans la trachée, ou qu'elle est bouchée; on la retire, on la nettoie, on la replace, et l'asphyxie continue. Pour être efficace, l'incision évidemment doit porter au-dessous de l'obstacle.

Arrivé à la période ultime, le rétrécissement de la trachée, s'il est situé trop bas, est donc au-dessus de nos ressources. Comment, en effet, même en maintenant en place la canule, pourrait-on parvenir à faire la dilatation? L'introduction d'une bougie priverait complètement le malade du peu d'air qu'il respire, pendant un temps très court, je le veux bien, mais suffisant peut-être pour amener une mort immédiate.

Dès l'instant où l'on soupçonne l'existence d'un rétrécissement syphilitique de la trachée, inutile de dire qu'il faut recourir au traitement spécifique.

En terminant ce chapitre relatif au rétrécissement des voies aériennes, je crois opportun de décrire le manuel opératoire de la trachéotomie.

Trachéotomie. — Un détail important a été discuté dans ces dernières années : Sur quel point du conduit laryngo-trachéal doit porter l'incision? Sur la trachée proprement dite, ou bien un peu plus haut, au niveau de l'espace crico-thyroïdien? Les avis sont partagés à cet égard; voici mon opinion.

Il faut d'abord distinguer la trachéotomie chez l'adulte et chez l'enfant.

Il est certain que l'espace crico-thyroïdien est trop étroit sur un certain nombre d'adultes pour laisser passer une canule convenable sans violenter ou intéresser le cartilage cricoïde, même avec

la canule conique de Krishaber, qui rend cependant, il faut le reconnaître, l'opération beaucoup plus facile. Or ce cartilage est parfois très dur et même ossifié, et il en résulte que le temps déjà difficile par lui-même de l'introduction de la canule est rendu plus difficile encore. Et d'ailleurs, quel inconvénient y a-t-il chez l'adulte à faire porter l'incision sur les premiers anneaux de la trachée? Aucun, si ce n'est de rencontrer sur sa route l'isthme du corps thyroïde et d'avoir du sang. Mais cet isthme remonte parfois assez haut pour qu'il soit impossible de le ménager dans la trachéotomie inter-crico-thyroïdienne, et d'ailleurs n'est-il pas facile d'avoir raison de l'hémorrhagie soit en appliquant à mesure des pinces hémostatiques, soit en opérant avec le thermocautère chauffé au rouge sombre?

Chez l'enfant, c'est tout différent. D'abord le cartilage cricoïde est en général assez mou pour se laisser diviser et écarter presque aussi facilement qu'un cerceau de la trachée. Chez l'enfant, le cou est très court, et il y a grand intérêt à fuir les gros troncs veineux brachio-céphaliques en remontant le plus haut possible au-dessus de la fourchette du sternum qu'ils débordent parfois. La trachée, qui est superficielle au niveau du cricoïde, s'enfonce rapidement et devient de plus en plus profonde à mesure qu'on descend. Elle est petite, se déplace facilement sous le doigt qui la fixe et fournit un si mauvais point d'appui pour la ponction, qu'il n'est pas rare de voir le bistouri passer à côté. En pratiquant la section au-dessus et au niveau du cricoïde, on évite la plupart de ces difficultés.

J'en conclus que chez l'adulte l'opération de choix est la trachéotomie, tandis que, chez l'enfant, c'est plutôt la crico-trachéotomie, bien que la trachéotomie convienne également.

Deuxième point : la trachéotomie doit-elle être pratiquée en un seul temps, comme on ouvre un abcès superficiel, par exemple, ou doit-elle être faite en plusieurs temps?

Je ne saurais, pour mon compte, accepter la première manière, à laquelle je ne vois en vérité aucun avantage, si ce n'est de gagner les quelques secondes pendant lesquelles on divise la peau et les couches sous-cutanées, et, si le bistouri rencontre un vaisseau, le sang peut s'engouffrer dans la trachée et provoquer l'asphyxie. Cet accident même ne dut-il pas se produire, je trouve plus chirurgical de procéder en plusieurs temps pour arriver sur la trachée. Est-ce à dire qu'il faille agir avec une lenteur cal-

culée, comme le recommandait Trousseau? Je ne le crois pas davantage, mais il convient d'observer une juste mesure.

Voici d'ailleurs le procédé opératoire que je conseille :

Vos instruments seront bien préparés à l'avance : un ruban sera mis aux oreilles de la canule, passée elle-même à travers un morceau de taffetas gommé. Introduisez dans la canule une sonde en gomme et assurez-vous qu'elle glisse facilement, car cette sonde vous sera très utile pour conduire la canule dans la trachée.

Le sujet est couché sur un lit dur et plan. Mettez sous la nuque un coussin ferme que vous aurez fabriqué vous-même en enroulant un oreiller, de façon que la tête soit renversée en arrière et le cou tendu. Un aide placé en haut du lit tient solidement la tête du malade entre les deux mains. La tête doit être complètement immobilisée et le menton constamment maintenu en ligne de la fourchette sternale. Le rôle de cet aide est capital. Vous êtes à la droite du malade.

Cherchez votre point de repère : c'est la saillie que forme le cartilage cricoïde, et marquez-le au besoin sur la peau quand vous l'avez nettement senti.

Faites alors une incision d'environ 2 centimètres, bien exactement sur la ligne médiane. Divisez la peau, l'aponévrose superficielle, et pénétrez dans l'interstice des muscles sous-hyoïdiens. Si aucun vaisseau sérieux ne donne, introduisez dans la plaie l'indicateur gauche et cherchez la trachée ou le cricoïde, suivant le point que vous vous proposez d'ouvrir. Ponctionnez en suivant votre ongle et prolongez de suite en bas l'incision dans l'étendue environ de celle de la peau. L'air sort immédiatement avec violence et vous annonce que la trachée est ouverte.

Quelques auteurs conseillent de laisser alors reposer le malade et de l'asseoir pour lui permettre d'expulser le contenu de la trachée : à moins d'indications tout à fait spéciales, je ne suis pas de cet avis, car vous ne serez tranquille et le malade aussi que lorsque la canule sera mise en place et assujettie dans la trachée. Laissez donc votre indicateur dans la plaie, tâchez d'insinuer la lèvre droite de la plaie trachéale entre l'ongle et la pulpe du doigt, de manière à pouvoir l'écarter de l'autre lèvre, et de la main droite introduisez la sonde et la canule à la suite en vous servant de votre doigt comme conducteur. Retirez immédiatement la sonde en maintenant en place la canule que vous fixerez tout de suite en attachant les rubans derrière le cou.

Si ce temps rencontrait des difficultés imprévues, si la sonde ne pénétrait pas dans la trachée, il faudrait alors se servir du dilateur pour ouvrir la plaie et la maintenir ouverte.

Lorsque la trachée est fendue, le sang peut s'y engouffrer, pénétrer dans les bronches et déterminer l'asphyxie. Introduisez alors une sonde en gomme jusqu'à la bifurcation du conduit et faites l'aspiration du sang avec une seringue ou même avec la bouche.

Recouvrez la canule d'une gaze légère pour éviter surtout l'introduction des poussières et maintenez l'opéré dans une atmosphère chaude.

Nettoyez fréquemment la canule interne. La canule externe peut elle-même être retirée après quarante-huit heures, sans qu'on éprouve de difficulté pour la remettre en place. Elle sera définitivement enlevée après un temps variable suivant l'état du sujet : quatre, six, huit jours. On peut, avant de l'enlever, essayer d'une canule à clapet qui montre si le larynx est redevenu perméable.

Il est absolument exceptionnel qu'il reste une fistule trachéale même lorsque la canule a été portée pendant plusieurs mois.

La canule doit être laissée en place tant que les voies aériennes ne seront pas rétablies et très longtemps par conséquent, sinon toujours, lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement du larynx. Mais la respiration peut être entravée par l'existence d'un granulome développé sur le pourtour de la plaie et faisant saillie dans la trachée ; il faudrait le cautériser ou en faire l'ablation.

Quelques enfants, accoutumés à respirer avec leur canule, et conservant sans doute le souvenir de l'angoisse qu'ils ont éprouvée avant l'opération, ne veulent pas s'en passer et s'agitent violemment aussitôt qu'elle est enlevée. Il suffit souvent, pour réussir, de les soustraire à l'influence du milieu de la famille.

7° CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

Je rappelle que le pharynx a la forme d'un entonnoir, dont la partie rétrécie siège en bas et répond au bord inférieur du cartilage cricoïde. Son diamètre transversal mesure à ce niveau environ 14 millimètres. Ce point constitue en même temps l'origine de l'œsophage ; or il est moins dilatable que le reste de ce conduit en raison de la résistance du cartilage cricoïde. On conçoit donc que des corps trop volumineux pour franchir cet orifice

s'arrêtent, tel par exemple un morceau de viande avalé glou-tonnement, ainsi qu'on l'observe assez fréquemment chez les aliénés ; telle une pièce de 10 centimes chez un enfant, etc.

Ces corps correspondent à l'orifice supérieur du larynx, et j'ai déjà dit plus haut qu'il pouvait résulter de leur présence l'obstruction complète du canal aérien et une asphyxie subite, nécessitant une trachéotomie immédiate.

Le diagnostic est tout de suite établi par les commémoratifs que l'on vous rapporte.

Introduisez immédiatement un doigt dans le pharynx, essayez de dégager le corps et de le faire basculer, tentez de l'extraire avec une longue pince courbe. S'il s'agit d'une pièce de monnaie, introduisez le panier de de Graefe, vous réussirez le plus souvent à la faire sauter hors de la bouche.

Des corps étrangers du pharynx beaucoup plus communs sont les corps pointus, surtout les arêtes de poisson. Inutile de décrire l'impression très pénible qu'éprouve le patient, car bon nombre de lecteurs l'ont sans doute ressentie. Le plus ordinairement le corps se dégage de lui-même à la suite de violents efforts de toux ou de contractions énergiques des muscles du pharynx produites par l'envie de vomir, et il est expulsé. Il peut aussi être entraîné dans l'estomac par un bol alimentaire qui frotte contre les parois.

Examinez le pharynx, servez-vous au besoin du miroir laryngoscopique, et si le corps vous apparaît, extrayez-le avec une pince ; si vous ne le voyez pas, explorez minutieusement avec le doigt, tout en ayant soin de ne pas prendre la grande corne de l'os hyoïde pour un corps étranger. Si vous le sentez, conduisez une pince sur votre doigt pour le saisir, ou bien essayez de le dégager par une série de mouvements.

Si vous n'arrivez pas à en reconnaître le siège, attendez l'expulsion spontanée, qui peut s'effectuer avec ou sans production d'un abcès.

Un soulagement immédiat succède à l'extraction ; cependant le sujet conserve encore pendant quelque temps la sensation de la présence d'un corps étranger.

Le corps étranger occupe l'œsophage quand il a dépassé le cartilage cricoïde.

Vous observerez le malade dans deux circonstances différentes :

ou bien l'accident vient de se produire, ou bien il s'est produit depuis un temps plus ou moins long.

L'accident vient de se produire. — Vous n'aurez pas en quelque sorte à vous préoccuper du diagnostic ; il est établi par le malade lui-même ou par les parents ; vous apprenez que le sujet était en train de manger : il s'agit alors très probablement d'un fragment d'os ; ou bien c'est une pièce prothétique de la bouche qui a disparu brusquement dans le pharynx ; ou encore un objet avec lequel jouait un enfant, et les parents vous en présentent un semblable, etc. Le malade, étant en pleine santé, a été pris subitement d'une gêne intense ou d'une vive douleur sur le trajet de l'œsophage ; il est en proie à une véritable angoisse, ne peut plus avaler et parfois éprouve une forte difficulté pour respirer.

La dyspnée est parfois si grande que l'on pourrait songer à un corps étranger des voies aériennes, et la trachéotomie s'impose.

Le corps étranger occupe probablement un des points normalement rétrécis de l'œsophage ; il est situé derrière la fourchette sternale, ou bien plus bas au-dessus du cardia ; mais comme ce sont souvent des corps pointus ou anguleux, ils peuvent s'accrocher sur un point quelconque de la hauteur du conduit.

En tout cas, on ne peut établir ici la distinction si importante pour la trachée en corps flottants ou libres et en corps adhérents ou fixes, car implantés ou non dans la paroi ils sont toujours immobilisés par la contraction énergique de la tunique musculuse.

Vous devez vous mettre en devoir de pratiquer tout de suite l'extraction, car il y a intérêt à ce que les corps séjournent le moins possible dans l'œsophage.

Quatre moyens se présentent à vous : provoquer l'expulsion spontanée en donnant un vomitif ; extraire le corps étranger par les voies naturelles ; le repousser dans l'estomac ; l'extraire par l'œsophagotomie externe.

On peut toujours commencer par donner un vomitif, surtout s'il s'agit d'un enfant, sur lequel il est beaucoup plus difficile de manœuvrer. S'il ne réussit pas, ayez recours au panier de de Graefe. Cet instrument très ingénieux (c'est à mon avis le meilleur de ceux qui ont été construits dans le même but) doit être en la possession de chaque médecin, car il peut dans ces cas lui rendre les plus grands services.

Il consiste en une tige de baleine terminée d'un bout par un

crochet mobile et de l'autre par une éponge arrondie en forme de boule (Je dirai plus loin comment il convient de pratiquer le cathétérisme de l'œsophage). S'il s'agit d'un corps arrondi comme une bille, un caillou, etc., vous ne pourriez passer au-dessous de lui pour l'accrocher; par conséquent, introduisez d'emblée dans l'œsophage l'extrémité qui porte l'éponge, et poussez jusqu'à ce qu'il se déplace et tombe dans l'estomac (je suppose qu'il occupe la portion thoracique de l'œsophage, ce qui est la règle, et n'est pas accessible du côté de la peau). Il peut sans doute y avoir un certain inconvénient à repousser un corps volumineux dans l'estomac, mais de deux maux il faut choisir le moindre, et ce qu'il y a de certain, c'est que les malades sont immédiatement soulagés et se considèrent comme guéris.

Le plus ordinairement, c'est un débris d'os, une pièce de monnaie ou un corps anguleux quelconque pouvant permettre à un instrument de passer au-dessous de lui. Introduisez alors le crochet jusqu'à la partie inférieure de l'œsophage, et en général l'instrument ne vous fait rien percevoir à l'aller; retirez-le alors doucement et presque toujours vous accrocherez le corps étranger. Tantôt celui-ci est ramené immédiatement sans grands efforts; mais il n'en est pas toujours ainsi. Il se peut faire que le corps soit tellement implanté dans les parois œsophagiennes qu'il résiste aux tractions. La situation peut donc devenir très perplexe pour l'opéré et pour l'opérateur. Dans un cas où une femme avait avalé pendant la nuit une pièce prothétique (avis aux personnes intéressées) qui s'était fixée très bas dans l'œsophage, j'éprouvai une réelle difficulté à la décrocher et à la ramener au dehors, et ce ne fut que grâce à la flexion de la tige métallique qui rattachait trois dents d'un côté à une dent du côté opposé. Il ne s'ensuivit pas d'accidents sérieux, mais la malade éprouva pendant un certain temps des signes d'œsophagite: douleur vive le long de la colonne vertébrale et difficulté de la déglutition.

Si le corps étranger siègeait manifestement dans la portion cervicale de l'œsophage et qu'on ne pût ni l'extraire par les voies naturelles ni l'enfoncer dans l'estomac, il faudrait recourir à l'œsophagotomie externe rendue plus facile par la présence du corps qui servirait de conducteur, à condition toutefois de ne pas attendre le développement d'une péri-œsophagite. La pharyngotomie inférieure dont j'ai décrit plus haut le procédé opératoire conviendrait également.

L'accident s'est produit depuis un temps plus ou moins long. — Il faut savoir d'abord que des corps étrangers peuvent séjourner dans l'œsophage pendant des mois et même des années sans que leur présence se révèle par aucun signe. Le malade a subi une première crise au moment de l'introduction, mais, pour une cause quelconque, on a temporisé; une sorte de tolérance s'est établie et la santé paraît être redevenue normale.

Est-ce une raison pour ne pas suivre la conduite tracée dans le paragraphe précédent? Non, car il faut abandonner dans l'œsophage les seuls corps étrangers rebelles à tout moyen d'extraction. Il y a de grandes chances en effet pour qu'il survienne à la longue des accidents d'une gravité extrême: abcès péri-œsophagiens, pleuraux, médiastinaux; ouverture de gros vaisseaux et en particulier de l'aorte. Chacun a vu au musée Dupuytren la pièce qu'y déposa Denonvilliers. Il s'agissait, me raconta jadis ce remarquable chirurgien, d'un jeune homme qui, à bout de ressources et ne possédant plus qu'une pièce de 5 francs, résolut d'en finir d'un coup et avala la pièce. Celle-ci resta accrochée dans l'œsophage et finit par ulcérer l'aorte. Depuis lors, M. Bousquet a observé un fait semblable et les annales de la science en contiennent un certain nombre d'analogues.

La première question à résoudre est celle-ci: existe-t-il réellement un corps étranger dans l'œsophage? En effet, si le diagnostic s'imposait en quelque sorte au moment de l'accident, il n'en est pas de même plus tard et le chirurgien peut être très hésitant; la paroi œsophagienne forme parfois une sorte de diverticulum qui loge le corps étranger; une pièce de monnaie peut se placer de champ et laisser passer facilement les aliments; en voici un exemple. Une petite fille de huit ans avait avalé un sou; la mère avait recherché avec un soin facile à comprendre la présence du sou dans les matières fécales et ne l'avait pas trouvé; un mois se passa et la santé de l'enfant était satisfaisante, tout en n'étant pas aussi parfaite qu'avant l'accident. N. Guéneau de Mussy me demanda de voir cette enfant, et je lui fis part de mon opinion sur la possibilité du séjour du sou dans l'œsophage malgré l'absence de signes positifs et de mes craintes de voir à un moment donné évoluer des accidents graves. Il ne fallait pas songer à explorer l'œsophage de cette petite fille sans anesthésie. Je l'endormis donc et traversai l'œsophage de haut en bas avec le bout arrondi de l'instrument de de Graefe. Je ne rencontrai pas de résistance appréciable, mais

quarante-huit heures après, la mère m'apporta le sou. Il était évidemment dans l'œsophage et je l'avais repoussé dans l'estomac.

Pour résoudre la question posée plus haut, le seul moyen, et encore ne réussit-il pas toujours, est donc l'exploration de l'œsophage avec ou sans chloroforme, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. M. Collin a construit dans ce but un instrument muni d'un résonateur qui rend le contact extrêmement sensible.

Si on ne trouve rien, il faut se résoudre à abandonner les choses à la nature; mais si l'on sent le corps, il en faut tenter l'extraction soit avec le panier de de Graefe, soit avec la longue pince courbe très ingénieuse de Mathieu. C'est alors, surtout si l'on échouait par les moyens précédents, que l'on pourrait mettre à profit le procédé imaginé par M. le D^r Gautier de Genève. Il consiste à introduire dans l'œsophage un ballon de caoutchouc vide jusqu'au niveau du corps étranger et à le remplir d'air quand il est en place. On dilate ainsi l'œsophage, et il est possible que le corps, dont les pointes sont enfoncées dans les parois de cet organe, se dégage et tombe dans l'estomac.

8° RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

Un sujet atteint de rétrécissement de l'œsophage se présente toujours en se plaignant de difficulté pour avaler, c'est-à-dire qu'il a de la *dysphagie*. Mais un certain nombre d'affections déterminent ce symptôme, et c'est à en rechercher la cause que vous devez tout d'abord vous attacher avant d'exercer aucune manœuvre directe sur l'œsophage.

Toutes les lésions inflammatoires du cou déterminent en général de la dysphagie, ainsi : une pharyngite, une amygdalite, un phlegmon du cou, etc. Vous n'avez pas de peine à éliminer ce groupe d'affections. J'en dirai autant des traumatismes.

Il s'agit d'une femme, je suppose; elle éprouve subitement de la difficulté pour avaler et présente en même temps d'autres phénomènes nerveux : vous avez très probablement affaire à une dysphagie nerveuse, analogue à certaines aphonies. Les mouvements de déglutition sont devenus impossibles; ils réapparaîtront brusquement à un moment donné.

Serait-ce de l'*œsophagisme*, c'est-à-dire une contracture spasmodique de la tunique musculaire de l'œsophage analogue, par exemple, à celle que l'on observe à un si haut degré dans le té-

tanos? La réponse à cette question est parfois fort difficile; cette affection, pouvant atteindre aussi bien l'homme que la femme, en arrive à présenter des signes à peu près identiques à ceux du rétrécissement vrai; cependant vous apprenez qu'une dysphagie complète est apparue subitement et non progressivement comme on l'observe dans le rétrécissement ordinaire; de plus les sujets sont souvent atteints des grandes névroses : hystérie et épilepsie. En cas de doute, il faudrait recourir au cathétérisme. Une olive d'un certain volume arrive facilement alors dans l'estomac et vous en concluez légitimement que l'obstacle est d'ordre dynamique. Il faut cependant faire encore une réserve, car une lésion organique au début pourrait s'accompagner d'un certain degré de spasme vaincu par le passage de l'olive. La confusion d'ailleurs n'aurait pas un grand inconvénient au point de vue pratique, parce que la dilatation convient également à ces deux cas.

Recherchez si la dysphagie ne résulterait pas de l'introduction plus ou moins éloignée d'un corps étranger dans les voies aériennes, ou dans l'œsophage.

Recherchez surtout si le phénomène ne serait pas produit par une compression de voisinage. Lorsqu'il s'agit d'une tumeur du cou, du corps thyroïde par exemple, l'erreur est difficile à commettre; mais il n'en est pas de même si la tumeur siège dans le thorax. Une hypertrophie, une dégénérescence des ganglions du médiastin postérieur, détermine souvent de la dysphagie; mais songez surtout à l'anévrysme de la crosse de l'aorte. Dans le point où l'aorte se porte de droite à gauche pour gagner la colonne vertébrale, elle est immédiatement en contact avec l'œsophage, et il est aisé de comprendre la compression de ce conduit. Pour graver ce rapport dans l'esprit, j'ai l'habitude de raconter qu'un chirurgien pratiquant dans son cabinet le cathétérisme œsophagien sans avoir fait un examen préalable suffisant pénétra dans un anévrysme de l'aorte.

Vous avez donc examiné le malade à ces divers points de vue, vous l'avez fait déshabiller; vous avez exploré avec soin le cou et le thorax par la vue et la palpation; vous avez percuté et ausculté. Le malade n'a pas été atteint de traumatisme, il n'existe pas de corps étranger dans les voies aériennes ni dans l'œsophage; il ne présente pas de lésion inflammatoire; rien n'indique la présence d'une tumeur au niveau du cou ou de la poitrine; la dysphagie est continue ou du moins n'offre pas d'intermittence complète et elle est apparue progressivement : il est extrêmement