

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

probable que vous avez affaire à un rétrécissement vrai de l'œsophage. (La femme paraît exempte de cette affection.)

Préoccupez-vous alors d'en connaître la nature. Il existe trois espèces de rétrécissements : le rétrécissement *cicatriciel*, le rétrécissement *fibreux* et le rétrécissement *cancéreux*. (Peut-être la syphilis joue-t-elle un rôle dans la production du rétrécissement fibreux, mais on ne peut que le soupçonner cliniquement, et il n'y a pas lieu de décrire un rétrécissement syphilitique.) L'interrogatoire du malade vous fournira à cet égard les renseignements les plus précieux.

Le rétrécissement cicatriciel succède presque toujours à l'ingestion d'un liquide corrosif. Après les premiers phénomènes résultant de l'inflammation intense produite par le liquide, le calme renaît, la déglutition redevient sensiblement normale, mais au bout d'un certain temps, elle est de nouveau plus difficile. La dysphagie augmente peu à peu, très lentement, et finit par devenir à peu près complète, mais cela très longtemps après l'accident initial. Dans le cas qui m'est personnel et dont je parlerai plus loin, l'ingestion du liquide caustique avait eu lieu dix ans auparavant. Cette évolution n'a pas lieu de nous surprendre quand on se rappelle avec quelle lenteur, mais aussi avec quelle ténacité se rétracte le tissu cicatriciel consécutif aux brûlures; l'histoire de la maladie suffit donc dans ce cas à établir très nettement le diagnostic de la nature du rétrécissement.

Les antécédents n'accusent pas de brûlure. (Et qui pourrait dire cependant qu'il n'y a pas eu à un moment donné une brûlure partielle de l'œsophage par suite de l'ingestion d'aliments trop chauds?) Mais il a pu se produire une éraillure dont on n'a pas gardé le souvenir. Quoi qu'il en soit, sans cause bien nettement appréciable d'œsophagite antérieure, le malade éprouve peu à peu de la dysphagie, qui augmente jusqu'au point de devenir à peu près complète. Le travail pathologique s'est accompli lentement, et cependant, bien que le malade soit très amaigri par défaut d'alimentation, il ne présente aucun signe de cachexie. Vous avez alors sans doute affaire à un rétrécissement fibreux. Le diagnostic est assurément moins clair que dans le cas précédent; mais si à la marche s'ajoute un signe fourni par le cathétérisme et sur lequel je reviendrai plus loin, il devient presque certain.

Les accidents ont évolué rapidement; le sujet est à l'âge où se développent de préférence les épithéliomes, c'est-à-dire a passé la quarantaine; non seulement il est amaigri, mais il est jaune, pré-

sente un teint cachectique : il s'agit très probablement d'un rétrécissement cancéreux.

Quelle que soit d'ailleurs la nature du rétrécissement, les malades vous fournissent les renseignements suivants sur leur état.

Ils ont commencé par avaler péniblement les aliments solides, mais les aliments mous et liquides passaient très bien; peu à peu les liquides eux-mêmes ont cessé de passer. En franchissant la filière étroite du rétrécissement, les liquides déterminent parfois un bruit de *glouglou* perceptible pour le chirurgien et pour le malade.

L'œsophage se distend en général au-dessus de l'obstacle et forme parfois une véritable poche dans laquelle séjournent les aliments; il est même possible de percevoir cette poche à l'œil et au toucher si elle occupe la région cervicale. Cette disposition peut donner des illusions au malade et lui laisser croire que les aliments ingérés n'ayant pas été rejetés immédiatement sont descendus dans l'estomac, mais un *vomissement œsophagien*, ramenant les matières non digérées, dissipe son espérance : c'est le plus souvent une simple régurgitation, une sorte de rumination plutôt qu'un vomissement.

Une quantité considérable de salive est sécrétée et tombe dans la poche œsophagienne; elle est rendue sous forme de glaires.

Le malade éprouve en général de la douleur dans un point fixe correspondant au rétrécissement; il y porte fréquemment la main. Il se rend compte de l'arrêt des aliments, du lieu de cet arrêt, et sait reconnaître quand le liquide a franchi l'obstacle.

Après avoir obtenu du malade tous ces renseignements et l'avoir fait boire devant vous, procédez à l'exploration directe.

Cathétérisme œsophagien. — Le cathéter habituellement employé consiste en une tige flexible en baleine à l'extrémité de laquelle on visse des olives de dimension variable. Voici le procédé opératoire.

Le principal danger consiste à pénétrer dans le larynx; on parviendra, je pense, à l'éviter à coup sûr par la manœuvre suivante. Le malade est assis, la tête légèrement renversée et appuyée sur la poitrine d'un aide. La bouche étant largement ouverte, le chirurgien y introduit l'indicateur gauche en déprimant la base de la langue et va toucher la paroi postérieure du pharynx. Il introduit ensuite le cathéter, de telle sorte que l'olive butte aussi contre la colonne vertébrale. Pressant alors sur cette olive avec l'indicateur gauche de façon à la diriger en bas, il pousse presque en

même temps l'instrument de la main droite. L'olive suit donc forcément la paroi postérieure du pharynx et respecte le larynx.

On éprouve toujours une certaine difficulté à franchir l'anneau cricoïdien et l'on sent une résistance, surtout au retour, qui pourrait en imposer pour un rétrécissement, mais cette résistance est physiologique et due au cartilage cricoïde. N'employez jamais la force dans cette exploration, et arrêtez-vous au moindre obstacle, surtout dans une première séance. Retirez l'instrument et mesurez la longueur de la portion d'instrument qui a pénétré, en défalquant 15 centimètres représentant la distance de l'arcade dentaire à l'entrée de l'œsophage. Vous saurez alors que le rétrécissement commence à tant de centimètres (l'œsophage en mesure environ 25 chez l'adulte). Recommencez l'exploration avec la plus petite olive, et si vous échouez, il vous faudra recourir au moyen que j'indiquerai plus loin à propos du traitement.

J'ai dit que le cathétérisme devait être pratiqué avec beaucoup de douceur; cela est surtout utile pour le rétrécissement cancéreux, car rien n'est facile comme de traverser le tissu morbide et de pénétrer soit dans la bronche gauche, soit dans la plèvre. Béhier croyant avoir réussi à faire pénétrer une sonde dans l'estomac à travers un rétrécissement de ce genre, introduisit par cette voie du lait pour nourrir le malade. Or, survinrent bientôt des signes de pleurésie avec épanchement. Le liquide augmentant toujours, une thoracentèse devint nécessaire et la canule ramena le lait injecté depuis plusieurs jours par la sonde.

En présence d'un rétrécissement fibreux ou cicatriciel, on sera plus hardi dans l'emploi de l'olive exploratrice, car le tissu étant très ferme, la fausse route est moins à craindre. Il est même possible de se rendre compte du degré de résistance du tissu. Pressez avec une certaine force sur l'obstacle, l'olive arrive à pénétrer brusquement, et dès lors l'instrument est libre; ramenez-le doucement, vous sentez au retour le même arrêt qui est également franchi d'arrière en avant en vous laissant percevoir un ressaut brusque. Introduisez et retirez plusieurs fois de suite l'olive à travers l'obstacle et le phénomène devient encore plus net; vous éprouvez la sensation précise d'un corps dur passant au travers d'une boutonnière étroite et résistante, et vous pouvez mesurer sur le manche de l'instrument la hauteur des lèvres de cette boutonnière. J'ai pu de la sorte diagnostiquer un rétrécissement fibreux de l'œsophage. Lorsque la marche de la maladie a déjà

rendu le diagnostic probable, j'estime que la constatation de ce signe le rend certain.

Un rétrécissement de l'œsophage de quelque nature qu'il soit, amenant fatalement la mort, doit être activement traité le plus tôt possible. Si la syphilis pouvait être mise en cause, on commencerait par un traitement spécifique énergique.

Le traitement rationnel des rétrécissements de l'œsophage est la dilatation; mais il n'en est malheureusement pas ici comme pour l'urèthre, où ce mode de traitement est à peu près constamment suivi de guérison. Bien heureux quand on réussit à alimenter le malade et à l'empêcher de mourir de faim.

Supposons un rétrécissement infranchissable avec la plus petite des olives de la série, il faut alors recourir à l'emploi d'une bougie œsophagienne de petite dimension. M. Collin a construit un instrument ingénieux à l'aide duquel on peut faire glisser une olive dans le rétrécissement en se servant de la bougie comme conducteur. On arrive quelquefois par ce moyen à faire disparaître immédiatement un spasme qui s'opposait à l'introduction de toute espèce d'aliments. J'en possède actuellement un exemple remarquable dans mon service. Il s'agit d'une lésion organique au début accompagnée d'un spasme tel qu'il est impossible de passer d'emblée une olive si petite qu'elle soit. On y parvient à l'aide de l'artifice précédent et le malade, atteint de dysphagie absolue avant cette manœuvre, avale aussitôt des aliments solides à peu près comme à l'état normal et se croit guéri.

Le meilleur mode de dilatation du rétrécissement de l'œsophage est celui recommandé par M. Bouchard. On se sert de bougies en gomme, de forme cylindro-conique graduées à la filière Charière et remplies de plomb de chasse. Cet instrument très pesant presse sur l'obstacle par son propre poids, et d'autre part est assez flexible pour se prêter aux diverses courbures de l'organe.

Il faut laisser la bougie à demeure pendant plusieurs minutes. Certains malades la supportent bien; pour d'autres, au contraire, la sensation est très pénible, ils éprouvent une sorte de strangulation, et la gardent seulement quelques instants. La tête du malade sera tenue légèrement fléchie sur la poitrine pour faciliter l'émission des matières glaireuses qui sortent en grande abondance et éviter ainsi leur chute dans le larynx. On renouvellera la

séance tous les deux jours en commençant par la bougie qui avait passé dans la séance précédente et en augmentant graduellement. Il faut ici, comme pour l'urèthre, tâter la sensibilité du sujet, mais la règle est de procéder très lentement.

Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel pas trop ancien et surtout d'un rétrécissement fibreux, on peut obtenir, en y mettant de part et d'autre beaucoup de patience et de prudence, des résultats remarquables. Le malade atteint de rétrécissement fibreux auquel je faisais allusion plus haut fut soumis à ce traitement par la dilatation graduelle avec les bougies de M. Bouchard. Quoique très émacié au début du traitement, il reprit rapidement des forces, ne tarda pas à manger comme auparavant, et sortit de l'hôpital, malgré nos observations, se croyant complètement guéri. Il put reprendre sa profession, mais malheureusement ne suivit pas le conseil de venir de temps en temps se faire passer une sonde, et le rétrécissement reparut plus grave encore que la première fois. Je reviendrai d'ailleurs plus loin sur l'histoire de ce malade auquel je pratiquai la gastrostomie.

Vous êtes en présence d'un malade qui peut avaler à peine quelques gouttes de liquide, il meurt de faim et de soif et réclame du secours; toutes les tentatives pour passer une olive ou une bougie ont échoué : que faire ?

Vous devez tenir grand compte, dans votre détermination, du siège et de la nature du rétrécissement. J'élimine d'abord le cas qui est de beaucoup le plus rare, celui où le rétrécissement occupe la portion cervicale; l'indication serait évidemment de pratiquer l'œsophagotomie externe; mais je le répète, l'obstacle réside à peu près constamment sur la portion thoracique, et n'est par conséquent pas directement accessible.

Deux ressources sont à notre disposition : l'œsophagotomie interne et l'ouverture de l'estomac ou gastrostomie pour y introduire directement les aliments.

L'œsophagotomie interne ne me semble pas applicable au rétrécissement cancéreux, car à la période de la maladie où l'intervention devient indiquée, l'œsophage est entouré de tous côtés par des masses épithéliales occupant souvent une grande hauteur, qui obturent et dévient le conduit. Si une incision est peu profonde, elle sera inutile; si elle est très profonde, elle exposera à de graves accidents immédiats et sans compensation bien sérieuse.

Mais il n'en est pas de même pour le rétrécissement cicatriciel

ou fibreux. Il s'agit là d'une bride, d'un anneau limités, circonscrits, dont on connaît à l'avance le siège et l'étendue. Dans ces conditions, nul doute que l'œsophagotomie interne doive être pratiquée. J'ai obtenu par cette opération un succès remarquable en 1872. Il s'agissait d'un jeune homme qui, pendant la campagne du Mexique, avala par mégarde un petit verre d'acide sulfurique croyant avaler de l'eau-de-vie. Je pratiquai l'incision de la bande cicatricielle et pus ensuite passer rapidement les plus grosses olives de la série. J'ai revu le malade plusieurs années après; il était resté complètement guéri.

Je ne crois pas nécessaire de décrire en détail le manuel opératoire de l'œsophagotomie interne, qui ne présente d'ailleurs aucune difficulté; elle consiste à pousser une lame coupante quand on est parvenu sur le point rétréci; l'essentiel est d'avoir un bon instrument; je m'étais servi de celui de M. Collin.

Faut-il pratiquer la gastrostomie (1)? Quelle est la valeur de cette opération?

Il convient encore de distinguer suivant que l'on a affaire à un rétrécissement fibreux ou cancéreux. Dans le premier cas, si le chirurgien ne juge pas à propos pour un motif quelconque de faire l'œsophagotomie interne, son devoir est d'ouvrir l'estomac, puisque c'est le seul moyen de salut pour le malade. L'opération est d'autant plus indiquée, que l'affection de l'œsophage n'est pas mortelle par elle-même, et qu'à la rigueur, une fois le danger de mort conjuré, il sera possible de reprendre la dilatation et peut-être d'arriver à un résultat assez favorable pour refermer la plaie stomacale. Je suivis cette conduite pour le malade atteint de rétrécissement fibreux, dont j'ai parlé plus haut. A sa rentrée à l'hôpital, il présentait des signes d'œsophagite et de péri-œsophagite qui me firent repousser l'œsophagotomie interne. La gastrostomie fut suivie du retour rapide des forces, mais cet homme ayant été cruellement plaisanté sur sa manière de manger, préféra se laisser mourir de faim plutôt que de vivre dans de pareilles conditions, bien qu'il eût instamment réclamé l'opération.

La gastrostomie appliquée aux rétrécissements cicatriciels ou fibreux est donc une opération rationnelle et parfaitement indiquée.

En est-il de même pour le rétrécissement cancéreux? La ques-

(1) J'étudierai le procédé opératoire de la gastrostomie à propos des affections de l'abdomen.

tion est beaucoup plus discutable. Que l'on n'ait pas le courage de refuser à un malheureux qui la demande une opération susceptible d'apporter un peu de soulagement à son état, je le comprends ; mais, pour mon compte, si j'accepte de la faire, je ne la conseille pas. On a pensé que la gastrostomie pratiquée à une période peu avancée de la maladie entraverait la marche du néoplasme en supprimant l'irritation provoquée par le passage des aliments. Cela est possible et même probable ; l'existence pourrait être alors réellement prolongée, résultat très douteux quand on agit à la dernière période, mais quel est donc l'homme qui se soumettrait à une pareille opération sans y être poussé par une impérieuse et évidente nécessité ?

9° TORTICOLIS.

Le torticolis est constitué par une attitude vicieuse du cou telle que la tête est inclinée latéralement et a subi un mouvement de rotation.

Des causes multiples peuvent amener la déviation du cou, par exemple : une cicatrice cutanée, une tumeur, une lésion osseuse, spontanée ou traumatique ; mais si dans ces cas la tête est inclinée d'un côté, le cou n'est pas tordu, ce n'est pas là le véritable torticolis.

Cette affection est d'ordre essentiellement musculaire ; elle est due à l'action prédominante de l'un des muscles du cou, plus rarement d'un groupe de muscles, sur les muscles congénères du côté opposé ; or, cette action prédominante s'exerce dans trois circonstances : tantôt le muscle est *rétracté*, raccourci, modifié dans sa structure ; il représente une sorte de corde inerte, inextensible, composée plutôt d'éléments fibreux que d'éléments musculaires : c'est le *torticolis par rétraction musculaire* et le muscle atteint est à peu près constamment le sterno-cléido-mastoïdien. Tantôt le muscle est seulement *contracturé*, les fibres musculaires n'ont pas subi de modifications de texture, elles ne sont pas en réalité raccourcies, et peuvent reprendre leur disposition normale, ce que démontre avec évidence l'anesthésie : c'est le *torticolis par contracture musculaire*, variété dans laquelle doit rentrer le *torticolis spasmodique*.

Dans un troisième cas, beaucoup plus rare que les précédents,

les muscles ne sont atteints ni de rétraction ni de contracture, mais seulement d'un défaut de synergie dans leur action. Ceux d'un côté l'emportent en puissance sur ceux du côté opposé, et le résultat est évidemment le même au point de vue de l'attitude de la tête, je l'appelle : *torticolis par action dynamique*.

Si cette division n'est pas classique, j'estime qu'elle mérite de le devenir, car elle répond à l'observation clinique. Elle est d'autant plus importante que chacun de ces trois cas exige un traitement spécial et il n'est pas indifférent de donner au praticien une bonne règle de conduite dans ces cas assez difficiles.

Torticolis par rétraction musculaire. — Cette espèce de torticolis est celle que Bouvier a spécialement étudiée dans ses leçons. Elle est d'ailleurs la plus commune. La lésion initiale porte à peu près toujours sur le muscle sterno-cléido-mastoïdien (quant à la cause de cette lésion elle-même, elle est inconnue et probablement d'origine nerveuse) et consiste dans une rétraction primitive de ce muscle ; par conséquent cette espèce de torticolis est congénitale. Le muscle forme sous la peau une corde dure, fortement tendue, saillante à ce point qu'on peut la saisir entre les doigts, inextensible. Cet état est *permanent* (ce qui différencie la rétraction de la contracture). Les deux chefs du muscle peuvent être affectés à la fois, mais la lésion atteint le plus souvent le chef sternal que le chef claviculaire. Si l'on veut redresser la tête du sujet, on sent une résistance invincible et la corde devient encore plus saillante. Mesurez la longueur du muscle de chaque côté et vous trouverez du côté rétracté une différence de 5, 6, 8, 10 centimètres en moins par rapport au côté opposé. L'attitude ne varie jamais et, lorsque l'enfant dort profondément, si l'on cherche à redresser la tête, on n'y réussit pas mieux qu'à l'état de veille ; il y a là une résistance matérielle.

L'attitude de la tête est celle que lui imprime l'action physiologique du sterno-mastoïdien ; elle est inclinée sur l'épaule correspondant au muscle rétracté et le menton est dirigé vers le côté opposé ; en même temps, la tête éprouve un léger mouvement de propulsion en avant. Cette attitude est d'ailleurs sensiblement la même, quelle que soit la variété à laquelle appartient le torticolis.

Un fait frappant, c'est le défaut de symétrie des deux côtés de la face. Il résulte non seulement de l'inclinaison de la tête, mais encore d'une atrophie très marquée du côté incliné.

Les malades n'éprouvent pas de douleurs.