

cessus de suppuration putride. On observe par conséquent dans ces cas les phénomènes que nous avons déjà étudiés à l'occasion de la perforation de l'œsophage. Le corps étranger peut être extrait ou avalé après qu'il a produit tous ces dégâts. On comprend que ces lésions puissent aussi être le résultat des tentatives d'extraction. Le cas suivant en est un bon exemple.

Un homme avait avalé son râtelier pourvu d'un crochet en or. La pièce s'arrêta dans l'œsophage, mais le malade put encore avaler un verre de vin quelques heures après l'accident. A l'examen, on trouva le larynx très sensible à la pression. Après un grand nombre de tentatives infructueuses, on parvint à saisir la pièce avec une pince de Guattani et à l'extraire, après avoir dégagé le crochet des replis de la muqueuse dans lesquels il était engagé. Le malade mourut néanmoins au sixième jour, après avoir présenté au cou une grosse tumeur emphysémateuse qui ne permettait même pas l'introduction d'une sonde œsophagienne.

La guérison s'observe très rarement après une perforation de l'œsophage. Toutefois, on paraît avoir observé une terminaison heureuse dans certains cas compliqués où le corps étranger, après avoir perforé l'œsophage et pénétré dans le larynx ou la trachée, a été expulsé dans un accès de toux. Dans les cas suivis de suppuration diffuse, on ne connaît que deux guérisons.

Le premier cas a été observé par Robert. Au 12^e jour après l'accident, on a pu retirer l'os de la portion thoracique de l'œsophage. Il survint une médiastinite suppurée et une pleuro-pneumonie. Le malade a guéri.

L'autre cas a été observé à la clinique de v. Langenbeck. Il s'agissait aussi d'un os qu'il fut impossible de trouver malgré un certain nombre d'explorations. La douleur violente survenue pendant l'accident et l'apparition d'un pneumothorax droit indiquaient clairement que l'œsophage était perforé. Bientôt la plèvre droite se remplit de liquide. Au 8^e jour, Langenbeck fit l'empyème et évacua une grande quantité de liquide putride, sans toutefois trouver l'os qui probablement avait été avalé après la perforation. La plaie de la plèvre se ferma au bout de 8 semaines.

La suppuration putride des tissus voisins s'observe encore dans les cas où le corps étranger, sans perforer l'œsophage, a produit une ulcération et une eschare de l'organe par simple compression. Dans certains cas, on n'observe pas d'eschare proprement dite, mais une lente ulcération de l'œsophage.

Galais rapporte l'histoire d'une idiote de 28 ans qui avait avalé un anneau en cuivre. Il survint de la dysphagie, mais la malade pouvait encore avaler des bouillies. En même temps, aphonie, dyspnée, toux et développement d'une phtisie qui emporta la malade dans l'espace de 6 semaines. Elle avait été explorée à plusieurs reprises, mais jamais la sonde n'avait rencontré de corps étranger : une sonde un peu volumineuse rencontrait bien un obstacle en donnant la sensation d'un repli de la muqueuse qui se tendait ; mais une sonde mince passait très facilement. A l'autopsie, on trouva l'œsophage comme fermé, au niveau de la pre-

mière vertèbre dorsale, par un sphincter au-dessous duquel il existait une dilatation. L'anneau était placé horizontalement et sa lumière, qui se confondait avec celle de l'œsophage, laissait passer les aliments et la sonde. En avant, l'œsophage et la trachée étaient ulcérés : en arrière, les parties qui embrassaient l'anneau étaient détruites et la vertèbre correspondante cariée.

Enfin il existe des cas dans lesquels le corps étranger est resté longtemps dans l'œsophage sans produire de dégâts.

Little a vu un râtelier monté en or rester pendant 4 ans dans l'œsophage ; Gastellier a observé un cas dans lequel un écu de 6 livres est resté pendant 10 mois dans le pharynx ; Voss a enlevé du pharynx au bout de 3 mois 1/2 une plaque en or, etc.

Un grand nombre de corps étrangers trouvent pourtant leur chemin vers l'estomac. Malgré sa conformation et son volume peu en rapport avec le canal qu'il a à parcourir, le corps étranger parvient à l'estomac où il reste ou d'où il sort pour commencer une nouvelle série de migrations le long des parties inférieures du tube digestif. Nous étudierons plus loin la façon dont s'effectue cette migration. Un grand nombre de corps étrangers est rejeté dans les efforts de vomissements et nous pouvons ajouter que des corps très volumineux sont ainsi expulsés sans provoquer une lésion de l'œsophage.

Mais, dans un cas donné, nous ne pouvons jamais prévoir si, après la mobilisation du corps étranger, cette lésion de l'œsophage aura lieu ou non, et cela rend très difficile la situation du médecin. Seul le fait du danger, dont se rendent parfaitement compte le malade et son entourage, encourage le médecin à se décider pour une intervention dont il ne prévoit pas l'issue et qui peut même être dangereuse pour le malade.

Quels sont donc les moyens et les instruments auxquels nous pouvons avoir recours dans ces cas ?

En fait d'instruments, on en trouve un nombre considérable. Mais Bell disait déjà qu'un jeune médecin fera bien de ne pas dépenser son argent pour leur acquisition. Et on peut dire la même chose des instruments inventés depuis ce sage précepte de Bell.

De nombreuses pinces œsophagiennes existaient déjà au XVII^e siècle : Fabrice v. Hilden, Dionis, Heister, Garengot, Brambilla, Eckhold, Rudtorffer, Weiss, Richerand, Gendron Missioux, Blondeau, Cloquet, Mathieu, Ollier, Robert et Collin ont encore enrichi l'arsenal chirurgical. Il existe des pinces à deux, trois et quatre branches articulées et des non-articulées, à branches plates et creuses, lisses et rugueuses. Plus la pince est compliquée, moins elle vaut.

La pince américaine (fig. 133) est la plus sûre et la plus simple.

Dans beaucoup de cas, on peut se contenter d'une simple pince courbée à polypes.

Les anciens avaient déjà un grand nombre des crochets et de pinces à œsophage. Petit se servait d'une anse métallique fixée sur une tige de baleine. Le marteau œsophagien de Petit et Mesnier se composait d'une balle en plomb attachée à une ficelle ou à une baguette qu'on faisait avaler et qu'on retirait ensuite. Eckhold

se distingue parmi tous : il a fait construire un panier œsophagien, un parapluie œsophagien, un sac œsophagien et une cage œsophagienne. Révirie et Baudens s'occupèrent beaucoup des parapluies œsophagiens qui, à la façon de vrais parapluies, étaient introduits fermés sous le corps étranger ; on les ouvrait ensuite et on les retirait ainsi avec le corps étranger.

Parmi tous les crochets ou paniers œsophagiens, celui de Græfe pour saisir les pièces de monnaie est le plus simple. En fixant une éponge sur un bout d'une tige de baleine, et le panier de Græfe sur l'autre, on possède un instrument qui est une combinaison de repoussoir et de crochet et que tout médecin doit avoir (fig. 134). Le panier de Græfe peut rendre de grands services. Krishaber a retiré avec cet instrument, de la gorge d'un enfant de 4 ans, une médaille de cuivre des dimensions d'une pièce de un franc.

Giraldès conseillait avec



Fig. 133. — Pince américaine.

Fig. 134. — Panier de Græfe avec éponge.

raison d'endormir le malade, car pendant les tentatives d'extraction la pièce de monnaie peut se placer transversalement, de sorte que son extraction n'est possible qu'avec un œsophage relâché.

Dans les cas que nous rapportons plus loin, on trouvera un certain

nombre d'indications sur la façon de se conduire quand on échoue avec les instruments ordinaires.

Dans les cas d'aiguilles, d'arêtes de poisson ou d'autres petits corps anguleux, Dieffenbach se servait d'une longue plume d'oie ou de cygne, dont les barbes étaient roulées et tournées de façon à former une sorte de jabot. Après avoir bien huilé la plume, on la poussait dans l'œsophage sous le corps étranger, et on la tournait plusieurs fois sur son axe ; le corps étranger se prenait en quelque sorte dans les barbes et pouvait être retiré avec la plume. Le procédé est du reste ancien.

Il y a quelques années, un médecin a publié un cas dans lequel il est parvenu à retirer de l'œsophage un os en se servant d'un procédé très ancien. Il prit une bougie tressée en cire et après l'avoir enfoncée dans l'œsophage il l'a simplement retirée : l'os s'enfonça dans la cire et revint avec la bougie.

Krishaber, après avoir échoué dans ses tentatives pour retirer une pièce de monnaie avec le crochet, procéda de la façon suivante. Il fixa sur une sonde en ivoire une petite éponge sèche qu'il poussa sous le corps étranger ; il fit ensuite boire au malade une grande quantité d'eau, et quand l'éponge se fut gonflée, il la retira avec le corps étranger. Ce procédé n'est qu'une modification de celui de Tostain.

Un homme de 39 ans avait avalé un os de mouton qu'on pouvait sentir avec la sonde au milieu de l'œsophage, mais qu'il était impossible de retirer avec une pince ni de repousser dans l'estomac. On put passer au-dessous du corps étranger avec le crochet, mais l'instrument ne put plus être retiré et resta dans l'œsophage pendant 2 jours, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on parvint à le libérer avec une sonde en caoutchouc et à repousser en même temps l'os dans l'estomac. Au bout de 11 jours, le malade se présenta avec son os qu'il avait vomé. Il mourut quelques jours après et à l'autopsie on trouva l'œsophage perforé dans deux endroits ; au niveau de la seconde perforation se trouvait un autre os qui avait perforé le poumon au niveau d'anciennes adhérences pleurales (Adelmann).

Très curieux sont les cas dans lesquels il s'agit de hameçons avalés.

a) Deux garçons de 4 à 5 ans jouent au bord d'un canal. Le plus âgé propose de jouer « au pêcheur » et s'octroie le rôle du poisson. Il prend alors l'hameçon et l'avale ; le plus jeune qui avait le rôle du pêcheur tire sur le fil si bien que l'hameçon se pique dans l'œsophage et que le « poisson » se met à crier. Le médecin appelé au secours prend une balle en plomb d'un diamètre double de celui de l'hameçon, la perfore, la fait glisser le long du fil et la fait avaler. La balle par son poids dégagea l'hameçon qui a pu ainsi être ramené avec la balle (Baud).

b) Dans un cas semblable, A. Leroy fit glisser sur le fil une balle de plomb et par-dessus un roseau creux. En pressant avec le roseau contre la balle, il dégagea l'hameçon et retira ensemble l'hameçon, la balle et le roseau.

Une paysanne, chez laquelle un gros morceau de viande s'était arrêté dans l'œsophage, saisit un fil de fer qui se trouvait à côté d'elle, le recourba à une de ses extrémités et se le poussa dans la gorge pour retirer le morceau de viande. Mais la partie recourbée du fil accrocha la muqueuse de l'œsophage de sorte qu'il fut impossible de retirer cet instrument primitif. L'extrémité libre du fil de fer, qui se trouvait au niveau des grosses molaires, fut tout d'abord solidement fixée

à un fil de soie sur lequel on fit glisser une grosse sonde élastique pour dégager ainsi le crochet. Mais cela ayant échoué, on glissa par-dessus la sonde un gros tube en caoutchouc, avec lequel on parvint à contourner le crochet, à le dégager par une pression en bas et à le retirer ensuite (Rothmund).

Une jeune fille avait avalé, pour se suicider, de petits ciseaux qui s'arrêtèrent à un demi-pouce au-dessous de l'épiglotte, les anneaux en bas. Capelletti poussa tout d'abord entre les branches des ciseaux un crochet mousse, afin d'empêcher la descente plus profonde du corps étranger qu'il saisit ensuite, à la pointe, avec une pince courbe, et retira ainsi crochet mousse, ciseaux et pince le tout ensemble.

Un homme de 33 ans avait avalé un obturateur, qui resta à l'entrée de l'œsophage. Toutes les tentatives pour saisir le corps étranger échouèrent. Au 4^e jour, on fit une incision qui s'étendait de l'angle de la mâchoire au sternum, on découvrit le pharynx et l'œsophage, on ouvrit ce dernier par une incision longue d'un demi-pouce et on retira par la plaie le corps étranger, transversalement logé au niveau du cartilage cricoïde. Suture de la plaie. Alimentation avec une sonde œsophagienne et des lavements nutritifs (E. Cock).

Une femme de 66 ans, après avoir avalé un os, fut prise d'un crachement de sang. L'exploration intérieure ne donna aucun résultat. Mais à l'extérieur on voyait sur le côté gauche de la trachée, au-dessous du cartilage cricoïde, un nodule qui mesurait un demi-pouce de diamètre. Il se forma à ce niveau un abcès en même temps que les troubles de déglutition s'exagéraient encore. L'incision de l'aponévrose derrière le sterno-hyoidien donna issue à une grande quantité de pus, mais le corps étranger ne fut trouvé ni dans le pus, ni dans la cavité de l'abcès. Les jours suivants, les aliments passèrent par la plaie. Guérison (W. Thomas).

Une femme de 66 ans souffrait de troubles de déglutition depuis cinq jours qu'elle avait avalé un os. Le cathétérisme fait avec une sonde montra l'existence d'un corps étranger dans la portion cervicale de l'œsophage, au niveau de la fourchette sternale. Une tentative d'extraction faite avec le crochet échoua et on fut déjà content d'avoir pu ramener l'instrument. Le soir il survint un emphysème du cou, et on fit immédiatement l'œsophagotomie, qui fut très laborieuse à cause de la tuméfaction des tissus, de la présence d'un goitre et d'un éclairage déficient. Quand l'œsophage fut ouvert, il fut impossible de retrouver le corps étranger soit avec le doigt, soit avec la sonde, mais en revanche on put constater l'existence d'une perforation de l'œsophage en avant et à droite. Drainage de la plaie; alimentation de la malade avec une sonde. Au 4^e jour, suppuration de la plaie, puis phlegmon rétro-œsophagien. Mort au 6^e jour. L'os, de 3 cent. 1/2 de longueur et de 4 centimètres d'épaisseur, fut trouvé dans le rectum (Kœnig).

Tous ces cas se rapportent à une époque où l'on ne connaissait pas encore l'œsophagoscopie. Avec l'œsophagoscope très simple de Stærk, on peut facilement découvrir le corps étranger et l'attaquer en voyant ce qu'on fait : le libérer, faire la version et l'extraire finalement. C'est de cette façon que procédèrent Stærk et Mikulicz dans un certain nombre de cas de corps étrangers de l'œsophage. Je crois même que c'est justement dans ces cas que l'œsophagoscopie peut rendre ses plus grands services. Si les appareils d'extraction arrivent à être perfectionnés — et Leiter en a construit un certain nombre — l'œsophago-

tomie sera réservée aux cas de corps étrangers très volumineux enclavés dans les parties supérieures de l'œsophage.

Souvent les hypochondriaques et les hystériques viennent se plaindre d'un corps étranger imaginaire qu'ils disent s'être arrêté dans le pharynx. Tel le malade de Wattmann, disant qu'il avait une pièce de monnaie dans l'œsophage et indiquant l'os hyoïde dont il prenait la face antérieure pour le bord de la pièce. Chez les hystériques, il faudra toujours penser à la boule hystérique. Mais on ferait fausse route en prenant toujours ces cas pour l'effet de l'imagination. Un hypochondriaque ou une hystérique peuvent très bien avoir avalé un corps étranger, et quand avec des renseignements véridiques on trouvera le cou sensible en un point correspondant au trajet de l'œsophage, il faudra procéder à une exploration méthodique. La situation est la même quand il s'agit de petits enfants que les parents soupçonnent seulement d'avoir avalé un corps étranger. Les troubles de déglutition sont quelquefois peu accusés, malgré la présence dans l'œsophage d'un corps étranger volumineux, d'une pièce de monnaie, par exemple, placée verticalement de façon à ce que sa surface coïncide avec l'axe de l'œsophage. Dans ces cas, les aliments liquides et les bouillies peuvent descendre sans difficulté. Ainsi W. Thomas a rapporté le cas d'un garçon chez lequel la pièce de monnaie arrêtée dans l'œsophage ne fut refoulée dans l'estomac qu'au bout de 10 jours; pendant tout ce temps il y a eu, en fait de symptômes, une dysphagie très légère. Enfin il arrive souvent qu'un corps étranger s'était réellement arrêté dans l'œsophage, mais qu'il est descendu après avoir légèrement blessé la muqueuse, et que le malade éprouve la sensation d'avoir encore « quelque chose » dans l'œsophage.

Comme les sondes anglaises ordinaires fournissent peu de renseignements dans ces cas, il est préférable de faire l'exploration de l'œsophage avec une sonde pourvue d'une olive ou d'une boule en ivoire ou en métal.

A l'occasion de la célèbre fourchette avalée par un homme et retirée par Léon Labbé par la gastrotomie, Collin (de Paris) a construit une sonde œsophagienne modifiée plus tard par Duplay et se rapprochant beaucoup de la sonde vésicale de Thompson. Elle se compose d'une olive en argent qui se visse sur une tige métallique très flexible pourvue d'une échelle divisée en centimètres. Le son obtenu au moment où la sonde heurte le corps étranger est renforcé par un tambour qui se trouve à l'extrémité libre de la tige, et transmis au chirurgien à l'aide d'un tube en caoutchouc qu'on introduit dans l'oreille.

Les difficultés sont particulièrement marquées quand un individu atteint de rétrécissement de l'œsophage avale un corps étranger, qui vient se placer à l'entrée de la sténose. Dumreicher a particulière-

ment insisté sur ces cas. Comme il est impossible de refouler le corps étranger dans l'estomac, il ne reste plus qu'à le retirer par en haut, et si l'on échoue, il faut faire l'œsophagotomie dans les rétrécissements haut situés, et la gastrostomie dans les rétrécissements qui siègent sur les portions inférieures de l'œsophage.

Dans un cas observé à la clinique de Dumreicher et publié par Mosetig, il s'agissait d'un noyau de prune qui vint tomber sur le rétrécissement et qu'il fut impossible de retirer. La malade, une fille de 14 ans, mourut d'inanition. Dans un cas de ce genre, on aurait dû faire la gastrostomie. — Dans un autre cas, un pépin de citron s'opposait à l'introduction de la sonde. On parvint enfin à introduire un catgut de 2 mm. 1/2 de diamètre, et la déglutition se rétablit immédiatement, mais en même temps il se développa une pleurésie foudroyante qui emporta le malade en 24 heures. A l'autopsie, on a trouvé que la sonde avait pénétré dans une petite ulcération produite par le corps étranger, et de là dans le médiastin; les aliments avalés suivirent la même voie et provoquèrent l'inflammation, qui se termina par la mort du malade.

Dans deux cas de corps étrangers chez des individus atteints de rétrécissement de l'œsophage, Billroth fit avec succès l'œsophagotomie. Dans un cas, il s'agissait d'un bouton; l'opération a été faite au 4^e jour, et l'on a pu saisir le corps étranger et l'extraire par la plaie. Dans l'autre cas, on avait à faire à un noyau de cerise: l'opération a été faite au 5^e jour après l'accident. S'il s'agit d'un morceau de viande arrêté dans le rétrécissement, on peut essayer de le faire digérer (avec de l'acide chlorhydrique et de la pepsine), comme le fit Balch une fois avec succès.

§ 8. — Pharyngotomie et œsophagotomie.

Pharyngotomie. — Nous avons tout d'abord à étudier l'opération désignée improprement par Malgaigne sous le nom de laryngotomie sous-hyoïdienne, et pour laquelle Langenbeck proposa le nom de *pharyngotomie sous-hyoïdienne*. Cette opération mérite réellement le nom de pharyngotomie, car c'est bien la cavité du pharynx qu'on ouvre en incisant sa paroi antérieure, formée par la membrane hyo-thyroïdienne.

Cette membrane, renforcée dans sa partie moyenne par le ligament hyo-thyroïdien moyen, est recouverte en avant par les muscles qui se dirigent vers l'os hyoïde, le sterno-hyoïdien, l'omo-hyoïdien et le thyro-hyoïdien; sa face postérieure, couverte par la muqueuse, se continue avec l'épiglotte. Quand on divise transversalement cette membrane, le larynx s'abaisse et la distance qui le sépare de l'os hyoïde devient double. Comme la face postérieure de cette membrane n'est couverte que par la muqueuse du pharynx, sa division correspond à l'ouverture de la paroi antérieure du pharynx.

L'opération se fait de la façon suivante. On fait au-dessous de l'os hyoïde, parallèlement à son bord inférieur, une incision de 5 centi-

mètres, qui divise la peau et l'aponévrose; une autre incision divise ensuite transversalement les muscles. Quand on aperçoit le ligament solide qui forme la portion moyenne de la membrane, on le saisit entre deux pinces et on le divise couche par couche jusqu'à ce qu'on tombe sur quelques fibres musculaires qui se trouvent encore devant la muqueuse du pharynx. On pousse sous la membrane une sonde cannelée, sur laquelle on coupe les tissus restés encore intacts. La muqueuse du pharynx, qui se présente à ce moment, est incisée et dans l'incision on introduit des ciseaux avec lesquels on divise la muqueuse parallèlement à l'os hyoïde. On aperçoit alors l'épiglotte, qu'on peut attirer à travers la plaie. Cette incision peut servir à extraire les corps étrangers inaccessibles par la bouche, à enlever un néoplasme développé sur l'épiglotte ou sur les cartilages aryténoïdes, ou siégeant sur la paroi latérale du pharynx entre la muqueuse et la couche musculaire.

L'opération terminée, on suture la plaie et on nourrit le malade avec une sonde œsophagienne.

Dans quelques cas, on est obligé de faire la trachéotomie préventive et au besoin le tamponnement de la trachée.

J'ai fait cette opération, sans trachéotomie, deux fois sur le même individu, pour enlever un néoplasme de la face postérieure de l'épiglotte et une tumeur du premier cartilage aryténoïde. Depuis, j'ai eu l'occasion de faire cette opération plusieurs fois.

Œsophagotomie. — Les indications de l'ouverture de l'œsophage, ou œsophagotomie, sont les suivantes:

a) Lorsqu'un corps étranger ne peut être retiré de l'œsophage et qu'on peut le mobiliser et l'enlever par la plaie;

b) Lorsqu'un rétrécissement cicatriciel résiste à toutes les méthodes de dilatation et qu'il peut être rendu perméable à travers la plaie (par division ou dilatation).

On fait encore l'œsophagotomie pour l'établissement d'une fistule œsophagienne, pour pouvoir alimenter le malade dans le cas de rétrécissement inattaquable par en haut ou ne pouvant être attaqué qu'en risquant de provoquer de graves lésions (rétrécissements cicatriciels très étendus de la portion supérieure de l'œsophage, carcinomes, compression par une tumeur inopérable). Cette opération n'est en somme qu'une *œsophagostomie*, puisqu'elle n'a en vue que l'établissement d'une fistule œsophagienne.

Enfin, dans certains cas, on fait l'œsophagotomie pour fendre un diverticule.

Verduc paraît être le premier qui ait proposé l'œsophagotomie pour l'extrac-

tion des corps étrangers. La première opération a été faite par Tarenget, à ce qu'il paraît, dans un cas de rétrécissement. La première œsophagotomie pour corps étranger fut exécutée par Goursault (1738). La seconde n'a été faite qu'en 1797 par Ricchi. Tandis que Hévin acceptait en entier les indications de Verduc, d'après Sabatier, Callisen, Ch. Bell, Richerand, l'œsophagotomie devait être réservée aux cas où le corps étranger forme une tumeur visible à l'extérieur. Guattani perfectionna cette opération (1757), dont il traça les règles après l'avoir plusieurs fois exécutée sur des chiens.

Kœnig a pu réunir 52 cas d'œsophagotomie publiés dans la littérature médicale. Dans 33 cas où l'opération fut faite pour des corps étrangers, il y eut 26 guérisons. Dans 18 cas, l'opération a été faite pour des rétrécissements, le plus souvent de nature cancéreuse, une fois pour un diverticule ; la plupart des opérés moururent peu de temps après l'opération ; deux ont survécu 3 mois, un 6 mois et un 16 mois.

Le meilleur procédé opératoire est le suivant. Le malade est couché la tête un peu élevée. On fait sur le côté gauche du cou une incision qui descend parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien, du cartilage cricoïde jusqu'au manubrium du sternum ; lorsqu'il existe

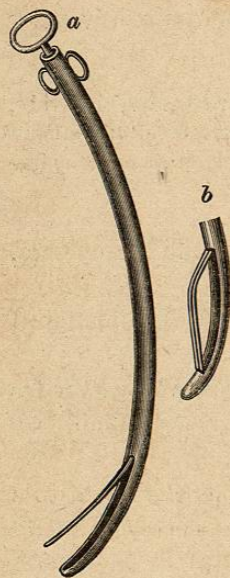


Fig. 135. — Conducteur œsophagien de Vacca Berlinghieri.

un goître ou lorsque le cou est très court, l'incision commence plus haut ; si l'espace manquait, on pourrait diviser le chef interne du sterno-mastoïdien à son insertion inférieure. Le sterno-mastoïdien une fois dénudé, on divise l'aponévrose sous-hyoïdienne et on déchire avec un instrument mousse le tissu cellulaire quise trouve entre la glande thyroïde et la gaine des vaisseaux. Les vaisseaux sont ensuite attirés avec un crochet mousse en dehors, la glande thyroïde en dedans, où elle est maintenue avec le doigt recourbé en crochet. Le muscle omo-hyoïdien peut être coupé. Au fond de la plaie, on aperçoit le muscle long du cou, et à l'angle inférieur, l'artère thyroïdienne inférieure. L'œsophage se trouve sous la trachée, dont il dépasse le bord gauche, et se présente sous forme d'un bourrelet aplati. Si l'œsophagotomie a été faite pour un corps étranger arrêté dans la portion cervicale de l'œsophage, on trouve une saillie dans laquelle on reconnaît très facilement l'œsophage. Si l'on ne reconnaissait pourtant pas l'œsophage à la direction longitudinale et à la couleur pâle de ses fibres musculaires, on pourrait introduire dans l'œsophage une sonde conductrice ou *ectropœsophage*. Cet instrument, imaginé par Vacca Berlinghieri, se compose d'un tube légèrement incurvé renfermant une tige

qui fait proéminer la paroi de l'œsophage (fig. 135 a). Luer a modifié cet instrument en remplaçant la tige par un arc pourvu à sa convexité d'une rigole sur laquelle on peut inciser franchement la paroi soulevée de l'œsophage. Si l'on opère sans sonde conductrice, on incise l'œsophage sur un pli soulevé par deux pinces. Il faut savoir que souvent la muqueuse fuit devant le couteau et n'est pas divisée par la première incision ; on la saisit alors avec un crochet et on l'incise avec des ciseaux. Si l'on fait cette opération pour un corps étranger, le diamètre de la plaie doit correspondre à celui du corps étranger. Pour extraire un corps étranger de forme ronde, le mieux est de se servir d'une curette mousse ; les corps étrangers allongés et aplatis sont saisis avec des pinces.

Si l'on opère pour un rétrécissement, on ouvre l'œsophage au-dessus du rétrécissement qu'on divise sur une sonde ou qu'on extirpe au besoin totalement ou en partie.

Si l'opération a été faite pour un corps étranger, on peut suturer au catgut la plaie de l'œsophage et même la plaie cutanée, en laissant de la place pour le drain. On applique ensuite un pansement antiseptique. Le malade est nourri avec la sonde œsophagienne qu'on introduit par la bouche avec de grandes précautions. Ou bien on peut laisser la plaie de l'œsophage ouverte, tapisser les couches externes avec de la gaze iodoformée et introduire par la plaie la sonde qu'on laisse à demeure.

Guattani a proposé d'arriver sur l'œsophage entre le sterno-thyroïdien et la trachée ; Eckhold, entre les deux chefs du sterno-mastoïdien. Nélaton voulait qu'on incisât sur la ligne médiane, qu'on écartât ou qu'on divisât les deux sterno-hyoïdiens, qu'on coupât entre deux ligatures la partie moyenne de la glande thyroïde, dont le lobe gauche devait être décollé de la trachée.

Œsophagectomie. — La résection de l'œsophage ou œsophagectomie (Hüter) a été proposée par Billroth comme une opération radicale dans le cancer bien limité de la partie supérieure de l'œsophage. Le procédé opératoire est fort simple : dénudation de l'œsophage par une longue incision, isolement de la tumeur, division de l'œsophage au-dessous du néoplasme, ablation de la tumeur au delà de ses limites supérieures, suture du bout inférieur de l'œsophage dans la plaie.

ALBERT-BROCA. I

38

