

avec le muscle les vaisseaux et nerfs de la région, qu'un écarteur attirera en masse en dehors.

On peut être embarrassé par la présence du muscle omo-hyoïdien et, si l'on ne peut le récliner facilement, le meilleur parti à prendre est de le sectionner. De même, l'artère thyroïdienne inférieure sera incisée entre deux ligatures.

Le lobe gauche du corps thyroïde peut, dans quelques cas, être hypertrophié et masquer complètement la trachée et l'œsophage. Il faut le récliner en dedans, mais on ne fera aisément cette manœuvre qu'après avoir sectionné les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, dont les chefs seront réunis après l'opération.

On arrive alors sur la trachée, et l'on reconnaît en général sans trop de difficulté l'œsophage qui vient saillir en arrière et de côté, ayant sur la partie libre de sa face antérieure le nerf récurrent gauche.

Avant l'ouverture du conduit, il est nécessaire de reconnaître ce nerf afin d'éviter de le sectionner en ouvrant l'œsophage, accident qui est arrivé plusieurs fois. Pour courir moins de risques de l'intéresser, il sera utile de pratiquer l'incision œsophagienne aussi près que possible de la face postérieure de ce conduit.

Après cela, il ne reste qu'à ouvrir l'œsophage sur lequel on fait une incision de 4 à 5 centimètres, aussi bas que le permet le champ opératoire.

Si, par suite d'inflammation ou de toute autre cause, on arrivait difficilement à distinguer l'œsophage, une sonde à bout olivaire, ou même recourbée, introduite par la bouche, permettrait de le trouver facilement.

Soins consécutifs. — Une sonde en caoutchouc rouge, conduite par la plaie jusque dans l'estomac, est laissée à demeure pendant une dizaine de jours: on aura soin de la fixer par un point de suture à l'une des lèvres de l'incision. Chez notre opéré elle fut retirée vers le dix-septième jour, et l'alimentation fut immédiatement reprise par les voies naturelles; mais dix à douze jours nous paraissent suffisants.

Naturellement, on ne fera pas de suture, ou seulement un ou deux points; tamponnement léger à la gaze iodoformée ou salolée.

Duplay et Terrier sont d'avis de suturer quand l'œsophage n'est pas trop altéré: mais ces conditions n'existent pas; et dans les cas où la suture a été pratiquée elle n'a pas donné une guérison plus rapide; les fils ont cédé et tout s'est passé comme si l'on avait laissé la plaie non réunie.

On peut permettre l'alimentation par la bouche dès le douzième jour. Chez notre malade, nous avons prolongé quelque peu cette période, à cause de l'altération de l'œsophage.

Un fait qui paraît certain, c'est la rareté sinon l'absence des rétrécissements consécutifs à l'œsophagotomie. Sur 110 ou 120 observations de sujets opérés et guéris, nous voyons seulement Krönlein et Billroth obligés d'intervenir deux fois sur les mêmes malades, mais pour des corps étrangers déjà volumineux (noyaux de prune, fragment d'os) arrêtés dans l'œsophage. Pour nous, plus de trois ans et demi après notre opération, nous n'avons pas trouvé de difficulté au cathétérisme pratiqué avec une grosse olive.

Œsophagotomie. — **Gastrostomie préalable.** — Dans les cas où l'ancienneté du séjour du corps étranger, son volume, son irrégularité, permettraient de redouter la dilacération de l'œsophage au moment des tentatives d'extraction, on pourrait, comme nous l'avons conseillé et tenté, faire la gastrostomie préalable. Le malade peut s'alimenter, et l'on n'a pas à se préoccuper de faire passer une sonde à demeure dans un conduit dont les parois sont plus ou moins altérées. Cette prudence est justifiée par ce fait qu'à la suite de l'œsophagotomie externe, on a été parfois dans l'impossibilité de placer une sonde à demeure, ce qui eut pour conséquence la mort par inanition.

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE PAR LA VOIE MÉDIASINALE.

Dans la séance du 4 février 1891, M. Quénu a communiqué à la Société de chirurgie, en son nom et en celui de M. Hartmann, un nouveau procédé pour pénétrer chirurgicalement dans le médiastin postérieur. Il décrit les divers temps de l'opération de la manière suivante :

1° Incision verticale des téguments à égale distance de la ligne médiane et du bord spinal de l'omoplate; l'épine scapulaire en indique la limite supérieure, le bistouri s'arrêtera inférieurement après un trajet de 12 à 15 centimètres;

2° Incision de quelques fibres trapéziennes;

3° Incision du rhomboïde; c'est le seul muscle qu'il soit nécessaire de sectionner;

4° On tombe alors sur le bord externe du muscle sacro-lombaire qu'on récline en dedans pour arriver directement sur l'angle postérieur des côtes;

5° Résection costale portant sur les deuxième, troisième, quatrième et cinquième côtes, dans une étendue de 2 centimètres.

On crée ainsi un orifice suffisant pour introduire la main, décoller et refouler la plèvre et le poumon, et arriver très facilement dans le médiastin postérieur.

L'auteur choisit le côté gauche pour l'opération. A gauche, en effet, la plèvre se porterait directement d'arrière en avant le long des corps vertébraux pour gagner le sternum.

A droite, au contraire, après avoir tapissé les corps vertébraux, la

plèvre s'insinuerait sous l'œsophage et le tapisserait postérieurement en formant un cul-de-sac dans toute la partie située au-dessous de la crosse de la veine azygos.

Quénu et Hartmann ont eu surtout en vue l'extraction des corps étrangers fixés dans l'œsophage.

Potarca s'est livré à des recherches sur le même sujet et ses travaux sont des plus intéressants.

Au début, il a cherché, lui aussi, à pénétrer dans le médiastin postérieur par le côté dorsal gauche, mais il a vite acquis la conviction qu'attaquer l'œsophage par ce côté était chose impraticable « tant à cause des nombreux vaisseaux intercostaux qui barrent le chemin qu'à cause de l'aorte qui contracte des adhérences intimes avec la plèvre médiastine gauche ».

Une série de coupes pratiquées sur des sujets congelés lui a montré que la plèvre médiastinale droite n'empêche pas du tout d'arriver à l'œsophage, à la condition de ne pas dépasser la huitième ou neuvième vertèbre dorsale. Depuis ce point la voie vers l'œsophage par le côté droit n'est plus libre, la plèvre recouvrant entièrement l'œsophage. Mais si l'on reste au-dessus de ce niveau, excepté la grande veine azygos, on ne trouve pas du côté droit, d'organes importants : cette veine n'est pas un obstacle sérieux ; on peut la refouler, ou la sectionner entre deux ligatures ; elle constitue même un point de repère précieux, car dès qu'on l'a rencontrée au fond de la plaie, on sait qu'immédiatement en avant se trouve l'œsophage.

Du côté gauche, choisi de préférence par Quénu et Hartmann, on rencontre l'aorte qui barre le chemin et oblige à passer en avant ou en arrière d'elle. D'après Potarca, il serait impossible de passer en arrière à cause des réseaux artériels et veineux situés entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Hartmann dit qu'il passe en avant, mais sur ce point ses expériences et celles de Potarca sont en désaccord complet. A partir de la quatrième dorsale, la plèvre médiastinale gauche recouvre l'aorte ; or les chirurgiens parisiens affirment avoir pu facilement la refouler, tandis que Potarca déclare qu'il n'a pu, malgré toutes les précautions, éviter la perforation du sac pleural. Potarca affirme, en outre, que les auteurs précités n'ont pu atteindre l'œsophage entre la racine des bronches et le diaphragme. Pour arriver à ce résultat, il faudrait que la fenêtre thoracique gauche intéressât des portions costales inférieures à la cinquième. Il a tenté de telles interventions du côté gauche, sur le cadavre, et a toujours retrouvé les difficultés causées par l'adhérence intime de la plèvre avec l'aorte. « On peut se demander si, dans des cas où le corps étranger se serait arrêté au voisinage du cardia, l'opération de la gastrotomie ne serait pas préférable à l'œsophagotomie intrathoracique.

D'autre part Potarca, se rappelant les tentatives infructueuses faites par Severanu pour extraire par la voie cervicale un dentier fixé dans la portion thoracique, estime qu'il vaut mieux choisir la voie médiastinale.

Manuel opératoire. — Voici maintenant le manuel opératoire suivi par cet auteur.

1° Le sujet couché sur le ventre, faire, à égale distance du bord spinal de l'omoplate droite et des apophyses épineuses des vertèbres dorsales, une incision de 15 centimètres de longueur et dont le centre correspond au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Section successive des plans suivants : de la peau, fascia superficialis, aponévrose du trapèze, aponévrose du rhomboïde, fibres inférieures des deux petits dentelés ; passer dans l'interstice du sacrolombaire et du long dorsal, pour couper et désinsérer le muscle transversaire épineux ;

2° Résection sous-périostée de 3 centimètres de la troisième, quatrième et cinquième côte dont les sections rasent les apophyses transverses des vertèbres correspondantes. Il décolle ensuite la plèvre des fragments vertébraux des côtes, et de la colonne vertébrale, sans la perforer. On aperçoit alors au fond de la plaie la grande veine azygos dont la crosse correspond au niveau de la quatrième vertèbre dorsale. Immédiatement devant elle, on reconnaît l'œsophage, qui est à une profondeur de 10 centimètres de la plaie cutanée.

DE LA GASTROTOMIE POUR EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS ARRÊTÉS DANS LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'ŒSOPHAGE.

Jusqu'à ces dernières années, la seule opération qui ait été pratiquée pour extraire les corps étrangers de l'œsophage ayant résisté aux diverses manœuvres d'extraction était l'œsophagotomie. En 1886, Richardson, appelé à donner ses soins à un homme qui avait avalé un dentier, trouva le corps situé très bas, au-dessus du diaphragme et, n'espérant pas arriver à l'extraire par une incision œsophagienne, proposa et fit la gastrotomie.

Il fut amené à cette idée par la connaissance d'un certain nombre de cas de gastrotomies pratiquées pour dilater des rétrécissements du cardia ou de la partie inférieure de l'œsophage (1).

Dans tous ces cas, l'ouverture faite à l'estomac a toujours été très petite et juste suffisante pour l'introduction de bougies ou de dilataateurs de petit diamètre.

Richardson dit qu'il n'a pas rencontré dans la littérature de cas où l'œsophage ait été exploré avec les doigts et la main introduits dans l'estomac.

(1) Faits de LORETTA, BERGMANN, SCHATTAUER, WEINLECHNER, RANDOLPHE VINSLOW.

Après avoir fait des recherches anatomiques sur lesquelles nous reviendrons plus tard, Richardson se décida à pratiquer l'opération de la gastrotomie, et il le fit de la façon et dans les conditions suivantes (1) :

Opération. — Une incision de 6 pouces de long (15 centimètres) fut faite à un pouce et demi (38 millimètres) et parallèlement au bord des deux côtes sur l'hypocondre gauche. Elle commençait au bord externe du droit de l'abdomen à 3 pouces (76 millimètres) du cartilage xiphoïde et s'étendait en dehors et en bas; paroi abdominale rapidement incisée couche par couche, hémostase parfaite et ouverture du péritoine. L'ouverture abdominale est maintenue par un crochet en T à chaque extrémité. L'estomac apparut vide, dans sa situation normale. Examen externe du cardia et de tout l'estomac pour voir si le corps pourrait être trouvé et délogé par des manœuvres. Rien ne fut découvert, soit dans l'estomac, soit dans l'orifice diaphragmatique. L'estomac fut alors tiré aussi loin que possible hors de la cavité abdominale et placé sur une serviette stérilisée.

Une petite incision d'un pouce et demi (38 millimètres) fut d'abord faite à travers la paroi stomacale, commençant au pylore et s'étendant en haut et en arrière à égale distance des deux courbures. Les parois étaient très épaisses et vascularisées. Hémorragie assez abondante due à un réseau vasculaire volumineux et sinueux; on l'arrêta avec des pinces hémostatiques lisses.

Après deux essais infructueux pour introduire des instruments dans l'œsophage à travers cette petite ouverture, incision agrandie suffisamment pour permettre l'introduction de la main et de l'avant-bras. L'intérieur de l'estomac fut nettoyé avec des éponges et on fixa les bords de la plaie par des crochets en T. Quelques difficultés pour trouver le cardia. Le médius et l'index furent alors introduits dans l'œsophage jusqu'à ce que fût senti le râtelier dont les dents tournées en bas étaient enchâssées dans une masse de granulations molles. La main fut retirée et une longue pince introduite dans l'œsophage, sur l'index comme conducteur. Les essais d'extraction furent infructueux. La main réintroduite dans l'estomac put, par des manœuvres faites avec douceur, détacher l'extrémité gauche du corps, puis celle du côté droit, et le corps fut alors facilement saisi et extrait sans instruments.

La muqueuse stomacale fut réunie par une suture continue au fil de soie, pour pouvoir réprimer l'hémorragie qui se produirait à l'enlèvement des pinces.

Surface péritonéale réunie par trente-six sutures de Lembert au fil de soie espacées de 3/16 de pouce (1^{mm},5). La réunion était parfaite. L'estomac fut alors rentré dans l'abdomen et des sutures ordinaires à deux étages appliquées sur la plaie extérieure. Quoique peu de sang se fût échappé, la cavité péritonéale fut soigneusement époncée. A la fin de l'opération, le pouls du malade était plein et fort.

Opéré le 5 août, le malade partait en convalescence le 18 septembre.

L'année suivante, un autre chirurgien américain, J. Bull, s'inspirant des observations de Richardson et encouragé par son succès, prati-

(1) RICHARDSON, *Boston med. Journal*, 1883, p. 567-73.

quait encore la gastrotomie pour extraire un noyau de pêche arrêté à la partie inférieure de l'œsophage d'un jeune garçon. L'âge du malade et la nature du corps lui firent choisir un manuel opératoire particulier et nous trouverons dans la publication les motifs qui l'ont amené à employer ce procédé aussi ingénieux.

29 août. — Juste une semaine après l'accident, l'opération était pratiquée en présence de quelques chirurgiens. Anesthésie à l'éther. Une sonde à boule d'ivoire fut passée et rencontra le corps toujours à 13 pouces des dents. On donna deux ou trois petits coups sur le corps, pensant que, grâce à la suppression du spasme, le corps pourrait être refoulé. Essais infructueux de passer au delà du corps une fine bougie et un crochet d'argent.

La cavité abdominale fut ouverte par une incision médiane de 3 pouces de long (77 millimètres), s'étendant du cartilage de la neuvième côte à 2 pouces environ au-dessus de l'ombilic, l'extrémité supérieure de l'incision étant déterminée par le point où disparaît la matité hépatique. On découvrait ainsi une portion de la paroi antérieure de l'estomac, et sa grande courbure à environ 2 pouces 1/2 du pylore, tandis que, dans l'angle supérieur, on apercevait le bord inférieur du lobe gauche du foie. L'index pouvait sentir les battements du cœur à travers le diaphragme, mais ne rencontrait pas de corps étranger à l'orifice œsophagien. L'estomac était vide. On reconnaissait le pylore, et on choisissait pour l'ouverture stomacale un point situé à 3 pouces (77 millimètres) du pylore et à égale distance des deux courbures, endroit où les vaisseaux superficiels sont moins volumineux. Cette portion de l'estomac fut attirée hors de l'incision abdominale et deux fils de soie passés à travers la paroi stomacale en ligne verticale à une distance de deux pouces (5 centimètres) l'un de l'autre. Entre les deux fils, incision d'un pouce un quart (32 millimètres) par laquelle s'échappent des gaz et quelques gouttes de liquide brunâtre. Deux nouveaux fils de soie furent passés à travers les extrémités de l'incision stomacale, de façon à bien les tenir, et, après avoir placé des éponges aux angles de l'incision abdominale, le doigt fut introduit dans l'estomac, directement en arrière vers la colonne, puis en haut jusqu'à l'ouverture du cardia. Le doigt obturait complètement la blessure, de façon que rien ne pouvait s'échapper de l'estomac. Grâce à cela, l'auteur put refouler la paroi stomacale de façon à pousser le doigt aussi loin que possible. Dans cette manœuvre, la paroi antérieure avec les fils qui la retenaient suivait le doigt dans la cavité stomacale et était repliée sur lui, comme le scrotum invaginé dans l'examen du canal inguinal. Le corps ne put être senti que lorsque le doigt fut entré complètement dans l'œsophage.

Le noyau de pêche se présentait ayant une de ses faces aplatie enchatonnée dans la muqueuse, et un léger effort fut fait pour le soulever avec l'ongle, de façon que son extrémité se tourne en bas. Une pince recourbée fut immédiatement passée sur le doigt, le corps fut saisi, et la paroi antérieure de l'estomac fut alors attirée au dehors avec les fils, le doigt continuant à boucher l'ouverture stomacale. Un ou deux efforts d'extraction avec cette pince et une autre pince droite furent infructueux, quoique le corps fût bien saisi.

Le chirurgien se décida alors à pousser le corps de bas en haut. Le doigt fut introduit, une fine bougie passée par le cardia jusqu'à la bouche, et une petite éponge d'un pouce de diamètre sur un pouce et demi de long fixée à

L'extrémité inférieure de la sonde avec un fort fil de soie dont on laissa un bout assez long. L'éponge tirée en haut rencontra une faible résistance, mais le corps, quoiqu'il parût se déplacer, ne put être retiré. Une éponge plus grosse fut alors attachée au fil de soie resté libre. Elle réussit à entraîner le corps jusque dans la bouche, où on le saisit avec les doigts.

Pendant ces manœuvres, les premiers fils de soie passés dans l'estomac retenaient celui-ci en dehors de l'incision abdominale, tandis que les seconds, placés aux angles de l'incision stomacale, rendaient plus facile l'introduction du doigt dans l'intérieur.

Quelques gouttes de liquide brun s'échappaient de temps en temps, mais étaient absorbées par les éponges placées de chaque côté de l'incision.

La guérison était complète au bout de quinze jours.

L'auteur attire l'attention sur quelques points de sa méthode opératoire :

1° La petitesse de l'incision stomacale juste suffisante pour livrer passage à un doigt;

2° L'invagination de la paroi antérieure de l'estomac;

3° L'usage de fils passés dans les parois stomacales, dont la traction amène l'oblitération de l'incision sur le doigt, de façon que celui-ci agit comme un tampon et prévient l'issue des liquides;

4° La modération des manœuvres faites sur l'estomac, qui n'a jamais été attiré au dehors de plus de deux pouces et dans la cavité duquel il n'y a jamais eu qu'un doigt.

Il reconnaît que, s'il n'a pas dû introduire la main dans l'abdomen, cela tient au jeune âge et à la minceur de la paroi abdominale de son malade, mais que chez l'adulte il serait nécessaire de passer la main et une partie de l'avant-bras dans la cavité péritonéale pour pouvoir refouler la paroi stomacale jusqu'à l'orifice du cardia sur le doigt introduit dans l'incision stomacale.

Il ajoute qu'il n'a pas cru devoir prolonger les tentatives d'extraction par l'estomac, de crainte de déchirer les parois œsophagiennes peut-être ulcérées, tandis que l'extraction par la bouche lui paraissait sans danger, vu l'état de la muqueuse assurément saine dans la partie supérieure et la petitesse du corps. Ce dernier était, selon lui, situé au niveau du bord supérieur de la cinquième côte.

Il estime que l'opération de Richardson est très précieuse pour les corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage, et il base son jugement sur l'innocuité des deux opérations pratiquées par Richardson et lui-même dans ce but, ainsi que sur une statistique de Richardson des gastrotomies faites pour des corps étrangers de l'estomac.

Pour un corps étranger qu'on sentait à 32 centimètres de l'arcade dentaire, chez un sujet porteur, dit-il, d'un rétrécissement, Körte (1), ayant

(1) KÖRTE, *Congrès des chirurgiens allemands*, 1896.

inutilement tenté l'extraction par les voies naturelles, fit la gastrotomie, et parvint à introduire de bas en haut, par le rétrécissement qui siégeait immédiatement au-dessus du cardia, un drain armé de deux fils de soie et à attirer ainsi le corps étranger dans le pharynx. Le drain fut fixé dans le rétrécissement, le fil supérieur sortant par la bouche, l'inférieur par la plaie abdominale. Au bout de cinq jours, le drain fut enlevé, la fistule stomacale se ferma rapidement, guérison.

Ces observations montrent, de la façon la plus évidente, l'utilité de la gastrotomie pour extraire les corps étrangers de la partie inférieure de l'œsophage. Mais dans quelles conditions doit-on la pratiquer ?

Richardson a pris soin de l'indiquer lui-même, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire les conclusions auxquelles il est arrivé après de nombreuses recherches.

Il trouve que la distance des incisives supérieures au cardia est en moyenne de 14 pouces 1/2 (36^{cm},7). Cette dimension nous paraît un peu inférieure à ce qu'elle est réellement et nous en trouvons l'explication dans ce fait, que la mesure a été prise la tête étant en déflexion complète. La longueur du cartilage cricoïde au cardia est, d'après lui, de 7 pouces 1/2 en moyenne, soit 19 centimètres. Il conclut que tout corps étranger situé à plus de 13 pouces des incisives, ou plus de 6 pouces du cricoïde doit être extrait par la gastrotomie. Les raisons pour lesquelles on doit préférer cette opération à l'œsophagotomie dans ces cas sont les suivantes :

1° Toutes les fois que l'on pourra extraire un corps avec le secours seul des doigts, on devra y avoir recours, car on agit avec plus de sécurité et d'intelligence. Or le doigt introduit par une incision cervicale ne peut guère dépasser le bord inférieur de la crosse de l'aorte, tandis qu'à travers le cardia les doigts peuvent remonter jusqu'à 3 pouces (7^{cm},5) au-dessus de la terminaison de l'œsophage.

2° Les corps arrivés en ce point sont en contact moins intime avec les organes importants, le cœur, l'aorte, les plèvres; d'où une plus grande sécurité pour l'extraction par en bas. Plus haut, au contraire, à 3 pouces, l'œsophage est en rapport étroit avec ces organes, et il est dangereux de risquer la déchirure des parois œsophagiennes en ce point.

3° Le trajet que le corps aura à parcourir sera bien moindre, et si une lésion des tuniques de l'œsophage a provoqué des abcès de voisinage, il sera bien plus facile et plus sûr de faire vider ces collections dans l'estomac.

Nous croyons que ces observations sont parfaitement justes et suffisantes pour légitimer la gastrotomie.

La manière d'intervenir a été également étudiée par Richardson et il adopte, en somme, le manuel opératoire qu'il a employé dans le cas où il a pratiqué la gastrotomie.

L'incision oblique et parallèle aux côtes lui paraît préférable à toute

autre, lorsqu'on se propose d'introduire la main dans l'estomac. Si l'on croit pouvoir, avec le seul secours des instruments, arriver à extraire le corps, on peut alors faire l'incision médiane qui sera plus commode, quoique l'incision oblique permette la même manœuvre.

Cette dernière a encore l'avantage de permettre d'attirer au dehors une plus grande partie de l'estomac et de faciliter ainsi le choix du point où on l'ouvrira.

L'auteur, sans attribuer une grande importance aux inconvénients des manœuvres manuelles dans l'intérieur de l'estomac, recommande cependant d'essayer toujours le passage d'instruments par une petite boutonnière stomacale. Par cette méthode il a pu, dans plusieurs expériences cadavériques, arriver à saisir et à extraire des corps situés dans l'œsophage au delà de l'atteinte des doigts. Le meilleur moyen de pratiquer cette manœuvre est le suivant : L'estomac, attiré hors de l'incision abdominale, est maintenu par un aide qui tire sur lui suffisamment pour redresser la petite courbure. L'instrument est alors passé dans l'estomac par une petite ouverture et suit la poulie formée par le redressement des bords de la petite courbure. Pendant ce temps, la main gauche introduite dans la cavité péritonéale saisit le cardia par sa face externe et ne permet pas à l'instrument de s'égarer dans le cul-de-sac que vient former la grande courbure au niveau de l'orifice œsophagien.

Si cette manœuvre ne réussit pas, il ne faut pas hésiter à ouvrir l'estomac d'une façon plus large, en évitant les réseaux vasculaires, et à introduire dans sa cavité la main pour aller à la recherche du corps. Dans ce dernier cas, l'incision oblique permet d'agir plus à l'aise, comme nous l'avons déjà dit.

Bull préfère l'incision abdominale médiane, parce que, dit-il, le cardia est ainsi plus à portée, étant lui-même à peu près sur la ligne médiane, et la colonne vertébrale servant de guide pour aller à sa recherche. Quoique dans son observation il n'ait pas introduit la main dans la cavité péritonéale, il croit que pour un adulte chez qui la paroi abdominale est moins souple, on ne pourrait agir de même ; mais, dans tous les cas, il pense que l'on peut se contenter d'une incision stomacale tout juste suffisante pour l'introduction du doigt. Celui-ci refoule devant lui la paroi antérieure de l'estomac et pénètre dans le cardia sans trop de peine.

Le traitement consécutif à l'opération est des plus simples. Des lavements nutritifs permettent au malade d'attendre au moins quarante-huit heures. Après ce temps, on peut donner quelques liquides par la bouche, et au bout d'une semaine le patient peut reprendre l'alimentation commune.

En tout cas, la gastrotomie semble être l'opération de choix pour les corps étrangers situés à la partie inférieure de l'œso-

phage. Ainsi qu'on a pu le voir au chapitre précédent, l'œsophagotomie a bien été pratiquée quelquefois pour des corps situés très profondément, mais au prix de quelles difficultés et de quels désordres ?

Aussi croyons-nous devoir conclure avec Bull : « Comme règle générale, on peut agir sur tous les corps engagés dans l'œsophage par une opération sur le cou, s'ils sont arrêtés à la portée du doigt opérant dans la blessure œsophagienne. Cette distance est de 6 pouces à partir du cartilage cricoïde, selon les mensurations de Richardson. Au delà de ce point, la gastrotomie serait nécessaire et probablement sûre et efficace. »

Nous croyons pouvoir tirer de ces travaux les conclusions suivantes :

1° La fourchette sternale correspondant à la troisième vertèbre dorsale, on peut admettre que l'œsophagotomie cervicale aussi basse que possible permet d'atteindre, à l'aide du doigt ou d'une pince, un corps étranger situé à quelques centimètres plus bas. Comme le dit justement Hartmann, l'obliquité en bas et en avant des côtes est un fait qu'il ne faut pas oublier, et région cervicale n'est pas synonyme de segment du cou correspondant aux vertèbres cervicales. Une incision cervicale permet d'aller plus bas qu'on ne le supposerait *à priori*.

2° Quant aux corps étrangers arrêtés au niveau de la bifurcation des bronches (cinquième dorsale), ou un peu au-dessous, jusqu'à la septième, huitième au maximum, si Hartmann, Krönlein, estiment qu'il faut encore chercher à les extraire par l'œsophagotomie externe, (et nous partageons cet avis), on ne peut disconvenir que la voie médiastinale ne soit parfaitement justifiée.

3° Mais plus bas, à partir de la huitième dorsale, en raison des rapports étroits de l'œsophage avec la plèvre, nous conseillerions de recourir à la gastrotomie.

XI

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS DE L'ŒSOPHAGE

Le titre même de ce chapitre indique que nous éliminerons de notre étude tous les faits de réduction du calibre de l'œsophage d'origine extérieure, par compression, déplacement, etc., ou tenant simplement à un spasme de sa tunique musculaire. Nous n'avons en vue que les *atrésies consécutives à la cicatrisation des plaies résultant de lésions traumatiques, de brûlures ou d'ulcérations*.

Étiologie. — Anatomie pathologique. — Le plus souvent, les rétrécissements cicatriciels succèdent à l'ingestion de liquides caustiques, ou brûlants : parfois une inflammation chronique de l'œsophage