

introduites avec beaucoup de douceur, si l'on veut éviter tout accident. On fait usage soit d'une sonde métallique à boule, soit d'une sonde à tige de baleine, munie de bouts olivaires de volume et de forme variables, ou bien encore d'une bougie ou sonde élastique semblable à celle dont on se sert pour l'urètre, mais d'un plus gros calibre.

Le cathétérisme se fait le plus souvent par la bouche, mais quelquefois aussi par la cavité nasale. Les instruments élastiques ne doivent pas être trop mous, sinon ils se replient sur eux-mêmes, et, d'autre part, ils ne doivent pas être trop durs afin qu'ils se prêtent à la forme de la courbure pharyngienne. Les sondes à boule d'une épaisseur moyenne se prennent moins facilement dans les replis de la muqueuse ou dans d'autres obstacles semblables que des sondes d'un petit calibre. La difficulté consiste seulement dans l'introduction de la sonde jusqu'au commencement de l'œsophage; les obstacles que l'on rencontre au delà de ce point sont presque toujours pathologiques. Chez les malades récalcitrants (aliénés), il faut ouvrir la bouche de force et dans ce but nous conseillons l'instrument de ROSER souvent cité et dont nous donnons ici le dessin. Pour maintenir la bouche ouverte on peut se servir d'un instrument en forme de mâchoire, percé au milieu d'un trou pour le passage de la sonde. Le malade est assis, la bouche ouverte et la tête légèrement renversée en arrière, et le long du doigt on guide le bout de l'instrument sur le dos de la langue jusqu'à la paroi postérieure du pharynx; alors on fait pénétrer la sonde de haut en bas le long de la face postérieure du conduit pharyngo-œsophagien, tandis qu'on élève le bout que l'on tient dans la main. Il faut éviter une trop forte inclinaison de la tête en arrière, position qui favoriserait l'introduction de la sonde dans le larynx¹. Cet accident se manifeste le plus souvent par des troubles respiratoires et par la sortie de l'air par la sonde. Cependant ces signes ne sont pas absolument certains, car de l'air sort aussi quelquefois de l'estomac; d'autre part la sonde introduite dans la trachée ne laisse passer que très peu d'air, et ce signe fait totalement défaut lorsqu'on se sert d'une bougie. L'introduction d'un peu d'eau dans la sonde ne nous laissera pas longtemps dans le doute. Le moyen le plus sûr consiste à suivre l'instrument avec le doigt. Lorsqu'il s'agit de nourrir le malade, on verse dans le tube, à l'aide d'un entonnoir, des bouillons concentrés.

Si l'on ne parvient pas à introduire la sonde par la bouche ou que l'on veuille la laisser à demeure, on la fait passer par le méat moyen des fosses nasales. Lorsque le bout est arrivé dans le pharynx, on élève le manche de l'instrument, et si l'on peut alors faire ouvrir la bouche au malade, on saisit le bout de la sonde et on l'attire en bas soit avec les

1. Du reste la tête peut être renversée si fortement en arrière que la courbure pharyngienne du conduit pharyngo-œsophagien s'efface presque entièrement, et que dans cette position une tige rigide droite peut être poussée jusque dans l'estomac (FRENDELENBURG).

doigts, soit avec un crochet mousse. Dès que la sonde a franchi cette courbure, elle glisse le long du pharynx et arrive moins facilement dans la trachée que lorsqu'elle a été introduite par la bouche.

§ 72. — **Lésion du pharynx et de l'œsophage par des substances chimiques caustiques (acides ou alcalines).** Le plus souvent ce sont des acides concentrés, comme les acides sulfurique, chlorhydrique et nitrique, qui, dans un but de suicide ou par méprise, sont introduits dans la bouche. Plus rarement la lésion est produite par des solutions alcalines, par la potasse caustique, la soude ou la chaux.

Les effets varient suivant le degré de concentration de la substance chimique et suivant la quantité introduite. Lorsqu'un acide minéral concentré a été avalé en grande quantité, il en résulte bientôt une destruction chimique de toute l'épaisseur des parois du pharynx et de l'œsophage, et la mort arrive au bout de peu de temps avec des symptômes de collapsus; mais si la solution est étendue, elle produit seulement une corrosion superficielle de la muqueuse avec formation de bulles. Le liquide caustique peut ne pénétrer que jusqu'à l'œsophage et produire jusque-là une brûlure suivie de l'élimination des couches superficielles de la muqueuse, tandis que la plus grande partie de l'œsophage reste intacte; dans ce cas les symptômes consistent dans la douleur, le gonflement de la muqueuse, et plus tard l'expulsion de lambeaux sphacelés de cette membrane. Mais le plus souvent la lésion s'étend plus bas, comme le prouvent les hématomés fréquentes, les douleurs violentes le long de l'œsophage ou dans l'estomac, les phénomènes de collapsus, la face pâle et froide, la petitesse du pouls, la rétention d'urine et la soif intense, enfin les troubles considérables de la déglutition et de la phonation. Ici l'œsophage, dans presque toute son étendue, se trouve transformé en une escarre sombre; quelquefois certaines parties sont profondément détruites tandis que d'autres sont à peine atteintes ou tout à fait intactes. La muqueuse de l'estomac subit des altérations analogues. Les phénomènes produits par les alcalis caustiques sont, au point de vue anatomo-pathologique, tout à fait semblables à ceux qui résultent de l'action des acides. La potasse caus-

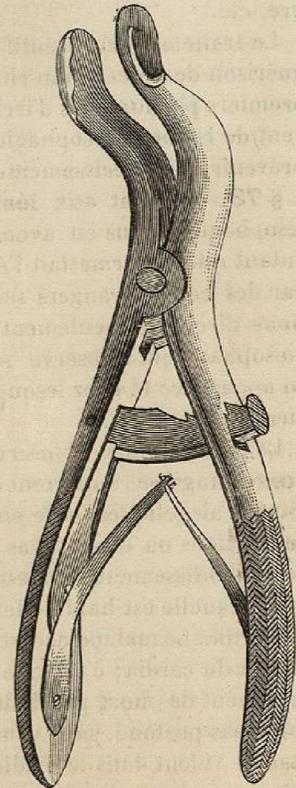


Fig. 104. — Dilatateur des mâchoires de Roser.

tique détermine encore plus facilement que les acides une escarre très étendue.

Le **traitement** consiste à évacuer autant que possible le liquide introduit et à en neutraliser les effets. On se servira dans ce but de la pompe stomacale. Si la substance introduite est un acide, on la neutralisera par la craie, la chaux ou le carbonate de potasse; si c'est un alcali, on fera prendre au malade des acides végétaux, du vinaigre, etc.

Le traitement consécutif est avant tout chirurgical et doit tendre à la guérison de l'ulcération chronique produite par la brûlure. Dès que les premiers phénomènes d'irritation auront disparu, on devra se servir souvent de la sonde œsophagienne, soit pour nourrir le malade, soit pour prévenir un rétrécissement.

§ 73. — Quant aux **lésions traumatiques** du conduit pharyngo-œsophagien, nous en avons déjà parlé à propos des blessures du cou, autant que le permettait l'étendue de cet ouvrage. Les lésions produites par des corps étrangers seront traitées dans le chapitre correspondant. Nous dirons ici seulement deux mots d'une solution de continuité de l'œsophage qui s'observe rarement, et survient chez des individus sains en apparence et chez lesquels le conduit alimentaire ne paraît présenter aucune altération.

Le petit nombre d'observations publiées de **rupture spontanée de l'œsophage** se rapportent en grande partie à des hommes ayant des habitudes alcooliques, et le plus souvent la rupture s'est produite à la suite de libations ou d'un repas copieux. ZENKER et ZIEMSEN admettent un ramollissement de l'œsophage pour expliquer la rupture de ce conduit, laquelle est habituellement longitudinale et siège dans le voisinage du cardia. Le malade accuse subitement une douleur très intense dans la région du cardia; c'est une sensation de déchirure accompagnée d'un sentiment de mort prochaine. Bientôt le malheureux tombe dans un collapsus profond, sans vomissements, car les gaz et liquides de l'estomac se vident dans le médiastin. En général, comme signe caractéristique, on voit se développer un **emphysème sous-cutané** ayant son point de départ au niveau de la clavicule et de la région du cou. Enfin des troubles graves de la respiration précèdent la mort. Sauf les injections de morphine il ne saurait être ici question d'un traitement.

Le conduit pharyngo-œsophagien peut, en outre, être perforé de dedans en dehors ou inversement. Une perforation de dedans en dehors peut être produite par des corps étrangers, par des ulcérations et surtout par un carcinome. La cavité pharyngo-œsophagienne peut ainsi communiquer avec les différentes parties voisines, avec le tissu péri-œsophagien, la plèvre, le péricarde, les voies aériennes, les vaisseaux; d'autre part une perforation peut se produire de dehors en dedans, soit qu'un phlegmon détruise les parois de l'œsophage, soit qu'un néoplasme

se propage à ce dernier, soit enfin qu'un anévrisme contracte des adhérences avec les parois pharyngo-œsophagiennes pour s'ouvrir ensuite dans ce conduit.

Nous renvoyons aux chapitres spéciaux la description des différents phénomènes que l'on peut observer, et nous ne nous attacherons ici qu'à un seul symptôme, qui survient lorsqu'une ulcération de l'œsophage détruit un vaisseau, ou qu'un anévrisme s'ouvre dans l'œsophage; nous voulons parler de l'**hémorragie**. On a observé dans l'œsophage des hémorragies rapidement mortelles provenant de l'aorte descendante. Dans un seul cas c'est un corps étranger qui avait blessé l'aorte; plus souvent des ulcérations, surtout carcinomateuses, avaient établi la communication fatale de l'œsophage avec ce vaisseau, ou enfin, comme nous l'avons déjà dit, un anévrisme s'était ouvert dans l'œsophage. Dans ces cas le malade succombe presque toujours à la première hémorragie. Mais la mort peut arriver lentement lorsque le sang provient de vaisseaux moins volumineux, comme la carotide ou la sous-clavière; dans un cas cette dernière avait été blessée par un corps étranger dans son trajet anormal entre la colonne vertébrale et l'œsophage. On a aussi observé des hémorragies graves par l'artère pulmonaire, la petite veine azygos (hemi-azygos), la thyroïdienne inférieure. Dans les cas où la lésion intéresse des vaisseaux peu volumineux, on pourrait sans doute songer à une ligature. ANNANDALE arrêta au moyen d'une ligature une hémorragie provenant de la thyroïdienne inférieure blessée par un corps étranger. Mais dans ces cas aussi l'hémorragie est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art.

Enfin nous avons encore à parler des cas dans lesquels des **varices de l'œsophage** ont été le siège d'hémorragies graves et même quelquefois mortelles. Le pharynx et la partie inférieure de l'œsophage présentent assez souvent des dilatations variqueuses des veines; on observe surtout les varices de la portion inférieure de l'œsophage lorsqu'il existe dans le foie des obstacles à la circulation de la veine porte (cirrhose du foie, syphilis, atrophie sénile, déformation du foie par le corset).

On comprend que le traitement soit ici impuissant. Il n'est même pas toujours possible de reconnaître si le sang vient de l'œsophage ou de l'estomac. Si l'on fait abstraction des cas dans lesquels l'hémorragie provenant d'une petite ulcération s'arrête spontanément, les individus affectés d'une forte hémorragie par l'œsophage meurent ordinairement sans que l'on puisse rien tenter pour les sauver.

§ 74. — Les **processus inflammatoires de l'œsophage** n'ont une véritable importance pour le chirurgien qu'en tant qu'ils peuvent occasionner plus tard un rétrécissement de ce conduit. Nous avons déjà parlé de la forme d'inflammation la plus importante au point de vue étiologique, c'est-à-dire de l'œsophagite toxique (§ 72); il ne nous reste donc plus qu'à donner un court aperçu des autres formes d'inflammations de