

on ne peut guère les expliquer qu'en admettant qu'il existait déjà une disposition anormale d'origine congénitale.

§ 89. — Suivant le siège et la largeur de leur orifice, les diverticules ont une tendance plus ou moins grande à se remplir d'aliments, ce qui nous explique toute leur symptomatologie. Quelquefois les symptômes ne surviennent que d'une façon périodique, ou bien le malade sait, par une pression exercée sur un point précis du cou, empêcher l'entrée des aliments dans le diverticule.

Lorsque le diverticule est rempli de masses alimentaires, le malade réussit encore souvent à en vider le contenu par une pression sur le cou; sinon la poche se dilate de plus en plus par l'introduction de nouvelles substances et fait saillie à côté de l'œsophage dans le tissu conjonctif rétro-viscéral. Elle comprime ainsi l'œsophage lui-même ainsi que la trachée; lorsqu'elle est située dans la cavité thoracique, elle peut aussi exercer une compression sur les poumons. Les aliments séjournent plus ou moins longtemps dans le sac diverticulaire, puis sont rejetés par régurgitation et par pression; ils sont le plus souvent dans un état d'altération qui se traduit même parfois par une odeur putride. Au cou on constatera la présence d'une tumeur dont la consistance molle, ressemblant à celle du jabot de la poule, aidera à poser le diagnostic. La tumeur est sujette à des variations; elle est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, et la palpation donne un bruit particulier dû au mélange de liquide et de gaz dont est formé le contenu. La sonde peut être aussi utilisée pour le diagnostic; dans les ectasies, malgré les fortes flexuosités du conduit, la sonde pénètre facilement et on peut lui imprimer des mouvements étendus; dans les diverticules on peut également, il est vrai, introduire une sonde et la faire mouvoir dans une cavité, mais on ne réussit pas à la faire pénétrer plus profondément. Un signe caractéristique du diverticule, c'est que tantôt la sonde est arrêtée dans la poche diverticulaire, et tantôt elle pénètre librement jusque dans l'estomac en passant à côté de l'orifice du diverticule. La sonde doit être maniée avec prudence. Chez un de mes malades un cathétérisme fait sans aucune espèce de violence fut suivie de fièvre et d'une pneumonie avec expectoration de mauvaise odeur; à mon grand contentement cette complication se termina heureusement au bout de quelques jours.

D'après la description que nous venons de donner on comprend que, dans certains cas, l'affection qui nous occupe gêne fort peu le malade, qui peut vivre 30 ou 40 ans après l'apparition des premiers symptômes, tandis que dans d'autres cas elle entraîne en peu de temps le plus haut degré d'inanition; en outre, dans les diverticules principalement, les masses alimentaires en décomposition ulcèrent et perforent les parois et sont le point de départ d'un abcès rétro-viscéral se terminant le plus souvent par la mort. D'autres malades vivent longtemps dans d'affreux

ses souffrances; ils sont continuellement tourmentés par une faim qu'ils ne peuvent jamais satisfaire complètement. Même lorsqu'ils sont en état de s'accorder une nourriture de choix, c'est à peine si la faim est apaisée pendant une heure.

§ 90. — Dans beaucoup de formes légères d'ectasie les malades ne vont pas consulter de médecin. D'ailleurs le traitement est ici bien limité; on se contentera de dilater les rétrécissements, s'il en existe; on conseillera au malade de manger lentement et de vider la poche par des pressions sur le cou; enfin on pourra être appelé à alimenter le malade au moyen de la sonde œsophagienne. Par contre dans les formes graves de diverticules, un traitement opératoire doit sans aucun doute être conseillé lorsque le diagnostic est certain.

Déjà KLUGE avait conseillé de mettre le sac à découvert à l'aide d'une incision et de le lier au niveau de son collet. On pourra, dans le cours de l'opération, décider s'il ne serait pas préférable de sectionner le collet du diverticule et d'enlever ce dernier, puis de fermer par des sutures la plaie de l'œsophage. Pendant les huit premiers jours le malade sera nourri à l'aide de la sonde œsophagienne.

L'excision du sac peut être pratiquée avec le plus de sûreté lorsqu'on a préalablement établi une fistule stomacale d'après la méthode de VERNEUIL ou de TRENDELENBURG. Dans ces conditions on peut extirper le sac d'une façon tout à fait aseptique. Nous ne croyons pas que cette extirpation présente des difficultés. Lorsque la plaie du cou est guérie, et que, par le cathétérisme, on a constaté la perméabilité de l'œsophage, on peut ensuite provoquer la guérison de la fistule stomacale.

Corps étrangers du pharynx et de l'œsophage.

§ 91. — Les corps étrangers les plus différents ont déjà été trouvés dans le pharynx et l'œsophage. La plupart d'entre eux y arrivent avec les aliments et les boissons; toutefois on ne manque pas d'exemples nombreux d'individus chez lesquels des objets avalés dans un but de suicide se sont fixés dans l'œsophage; c'est ce qu'on observe principalement chez les aliénés. On voit même des saltimbanques, dans le but d'amuser le public, introduire dans l'œsophage des objets capables de blesser ce conduit, comme des couteaux, des fourchettes, des sabres.

Pour que l'on ait une idée de la variété des objets qui ont été avalés accidentellement ou volontairement, je donne ci-après la classification qu'en a faite ADELMANN:

1) Corps à surface rugueuse, formée de pointes et d'arêtes tranchantes: fragments d'os, arêtes de poisson, tuyaux de pipes, aiguilles, épines, clous, éclats de bois, bouts de sonde, flèches, chevilles, épis de graminées, hameçons, rateliers, obturateurs, pièces de monnaie, couteaux, fourchettes.

2) Corps à surface lisse.

a) De consistance molle : morceaux de viande, animaux vivants, fruits, œufs, gâteaux, mouchoirs, balles à jouer.

b) De consistance dure : cailloux, anneaux, boutons, tasses en métal, dés, cadenas, cuillers, morceaux de bois ou de cuir.

3) Corps de nature inconnue.

Les phénomènes produits par les corps étrangers arrêtés dans le pharynx et l'œsophage varient suivant deux directions : tantôt ce sont ceux d'un rétrécissement, tantôt ceux d'une blessure du conduit. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la classification des corps étrangers pour comprendre que ces deux séries de phénomènes ne sont pas toujours nettement séparées; une pièce de monnaie ou un caillou peuvent aussi bien oblitérer l'œsophage que le blesser par leur circonférence plus ou moins tranchante; toutefois il y a des corps qui agissent presque uniquement en oblitérant et d'autres en blessant le conduit alimentaire.

Les corps étrangers produisent les phénomènes en question principalement en certains points étroits du conduit. Les corps volumineux tels qu'un ratelier ou un obturateur, n'arrivent pas, en général, jusqu'à ces parties plus étroites, mais sont déjà retenus dans le pharynx; par contre les objets plus petits s'arrêtent le plus volontiers au point où le pharynx se continue avec l'œsophage ou au niveau du cardia. Les mouvements de déglutition qui ont fait descendre le corps étranger, les essais du malade pour s'en débarrasser par des efforts de déglutition et de vomissement, peuvent en amener immédiatement la fixation; c'est ainsi que le corps étranger devient une source de dangers pour le malade. La pointe d'une arête de poisson peut perforer les parois de l'œsophage ou un hameçon s'implanter dans un point déterminé du conduit; d'autre part les tentatives d'extraction du corps étranger peuvent conduire au même résultat.

Bien qu'en général nous devons distinguer deux groupes de phénomènes pouvant être déterminés par la présence d'un corps étranger dans le pharynx et l'œsophage, cependant il n'est pas possible d'affirmer d'avance que tel ou tel corps donnera lieu à l'une ou l'autre série de symptômes. Un os fixé dans l'œsophage peut constituer un obstacle mécanique, mais il peut aussi blesser le conduit; une aiguille causera le plus souvent une lésion de l'œsophage, mais, si son axe longitudinal vient à se placer transversalement, elle pourra aussi constituer un obstacle; d'autre part un os, une aiguille, ou même un corps beaucoup plus volumineux, peut arriver dans l'estomac sans que son passage donne lieu à aucun symptôme, ou bien le corps étranger blesse le conduit et reste fixé sans produire d'abord de phénomènes de quelque gravité.

Examinons maintenant chaque groupe de symptômes isolément. Le meilleur exemple d'occlusion est celui dans lequel une grosse bouchée de viande dure s'est arrêtée dans l'œsophage. Il en résulte immédiatement une obstruction complète du conduit et une compression du larynx

et de la trachée, qui peut dans bien des cas donner lieu à des symptômes très graves d'asphyxie. Le malade, dont la face devient cyanosée, fait, avec l'expression d'une angoisse extrême, des efforts désespérés pour vaincre l'obstacle, efforts qui le plus souvent sont couronnés de succès, ou du moins sont suivis d'une atténuation des symptômes. Mais si le corps étranger n'est ni avalé ni rejeté au dehors, il produit généralement des phénomènes de rétrécissement tout à fait typiques; aucune goutte de liquide ne peut arriver à l'estomac. Naturellement l'occlusion n'est pas toujours aussi complète et permet alors le passage de petites quantités de liquide. Le malade n'accuse pas de douleur.

Bien différents sont les symptômes produits par la pénétration d'une arête de poisson dans les parois du conduit. Quelquefois l'arête ou un autre corps aigu ou anguleux vont se loger dans les replis de la muqueuse limitant les gouttières laryngo-pharyngiennes et ne produisent que la sensation d'une lésion passagère, et souvent même dans la suite, jusqu'à l'apparition de phénomènes graves, ils ne trahissent leur présence que par une sensation d'irritation qui peut elle-même faire complètement défaut; d'ailleurs, lorsque ce symptôme existe réellement, on ne peut l'utiliser pour le diagnostic, car les malades l'accusent aussi lorsque le corps étranger n'a fait que blesser la muqueuse sans rester fixé dans le conduit. Cependant la présence du corps étranger peut se manifester par une douleur violente au moment de la déglutition. Les véritables phénomènes de rétrécissement sont parfois tout à fait insignifiants; dans d'autres cas l'irritation par le corps étranger peut être le point de départ de contractions spasmodiques rendant la déglutition extrêmement pénible; enfin si le corps étranger s'est placé dans une position défavorable, c'est-à-dire perpendiculaire à l'axe de l'œsophage, il produira des troubles mécaniques directs de la déglutition. La combinaison des différentes séries de phénomènes que nous venons de décrire, nous permettra de construire facilement le tableau symptomatique habituel des corps étrangers du conduit pharyngo-œsophagien.

Dans tous les cas nous avons à notre disposition d'autres moyens de diagnostic. La plus grande partie du pharynx est accessible au doigt, et l'on peut se servir avec avantage du laryngoscope dans certains cas, particulièrement lorsqu'ils'agit de reconnaître la présence de petits corps étrangers dans les replis de la portion inférieure du pharynx. Enfin la sonde complètera le diagnostic des corps situés plus profondément; tantôt elle permettra de constater une obstruction complète du conduit, tantôt elle fera reconnaître la présence d'un corps dur n'obstruant pas l'œsophage. La sonde œsophagienne et le cathéter à boules et à tige de baleine, seront introduits selon les règles formulées plus haut. Pour découvrir les corps en métal on se servira de préférence du cathéter à boule métallique. Malheureusement la sonde ne rend parfois aucun service; elle glisse à côté du corps étranger sans le découvrir.