réséquer toute la chaîne cervicale et même le premier ganglion thoracique.

La résection du grand sympathique au cou est une opération bénigne, qui paraît donner de bons résultats. Sur 10 malades opérés par Jonnesco, 6 ont été guéris et 4 améliorés

Sur une femme atteinte de goître avec exophthalmie j'ai pratiqué la résection partielle du grand sympathique.

Dès le lendemain, l'œil avait diminué et contrastait avec le volume de l'œil du côté non opéré. Les phénomènes cardiaques ont diminué, et la malade était si améliorée qu'elle a pu retourner chez elle et continuer ses occupations.

La même opération a été faite dans l'*épilepsie* et dans le *glaucome*.

A côté des *opérations indirectes*, qui portent sur le nerf grand sympathique, je dois placer les opérations directes qui s'adressent au goître lui-même. Tillaux a le premier pratiqué cette opération et, à l'heure actuelle, on n'est pas encore complètement fixé sur la valeur définitive des opérations *directes* ou *indirectes*.

CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage sont de forme et de nature variées à l'infini. Mais ce qu'on voit le plus souvent, c'est le dentier qu'une personne âgée avale, surtout pendant la chloroformisation, les pièces de monnaie que les enfants avalent par mégarde ou en jouant, ou enfin les morceaux d'os qui restent dans l'œsophage. Je cite ces faits parce qu'ils sont connus et de pratique courante. En réalité, les corps étrangers peuvent revêtir toutes les formes. Ils peuvent être mous ou durs, réguliers ou irréguliers.

Vous arrivez immédiatement après l'accident. — Le sujet vient d'avaler un corps étranger. Il est gêné. Il suffoque. N'hésitez pas à faire ouvrir la bouche et à mettre le doigt dans la gorge, à explorer toute la région aussi loin que

votre doigt peut pénétrer. Si vous êtes assez heureux pour rencontrer le corps étranger, vous le retirerez facilement.

Si, au contraire, vous le sentez sans pouvoir le saisir, aidez-vous de la lumière et de pinces pour aller le saisir.

Tout à fait exceptionnellement, et si le *malade suffoque*, vous aurez recours à la trachéotomie d'urgence.

Le corps étranger n'est pas senti. — Il est dans l'œsophage. Faites-vous donner tous les renseignements à cet égard et méfiez-vous d'être dupe de la sensibilité du malade.

Des personnes ayant avalé une épingle se figurent l'avoir toujours dans le pharynx, quand elle a été depuis longtemps expulsée. Il en est de même des sous.

De toute nécessité, il faut constater la présence du corps étranger, à l'aide du cathétérisme.

A l'aide d'un cathéter à boule, muni d'une petite olive, faites donc l'exploration de l'œsophage.

Cherchez alors à enlever le corps étranger par les *voies naturelles*.

Pour pratiquer l'extraction, il faut *connaître* le corps étranger et vous faire présenter un *corps analogue*. Si vous ne l'avez pas *senti* et si vous *n'avez pas sous les yeux un patron*, n'entreprenez jamais l'extraction. A l'heure actuelle, la chose est facile. Il suffit de faire la radiographie, qui démontre avec une grande netteté les corps étrangers.

S'il s'agit d'une pièce de monnaie, inutile d'endormir l'enfant, prenez le crochet de Kirmisson, qui est un instrument excellent et de toute sécurité. Introduisez-le derrière le corps étranger en suivant la paroi postérieure du conduit et faites-le revenir en frottant contre la paroi antérieure de l'œso-

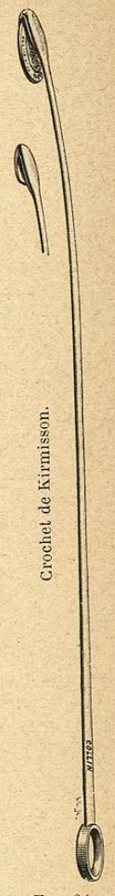

FIG. 81.

phage, le sou ou le double sou viendra avec la plus extrême facilité. Évitez le panier de Graeffe, instrument détestable, quoi qu'on en ait dit. Un instrument qui peut rester accroché dans l'œsophage pendant des heures, un instrument qui peut arracher les aryténoïdes, est un instrument condamné.

Le panier de Kirmisson est, au contraire, inoffensif, et réussit à enlever toutes les pièces de monnaie chez l'enfant. Pour mon compte personnel, je n'ai jamais échoué avec ce crochet, et j'avais toujours échoué avec le panier de Graeffe, que je n'employais, d'ailleurs, toujours qu'à regret.

Je pose donc en principe que, pour les pièces de monnaie dûment constatées par la radiographie ou par la perception avec la sonde, le crochet de Kirmisson doit les enlever séance tenante. Si le corps étranger est, au contraire, rond comme un noyau, il peut se faire que le crochet ne réussisse pas. Je n'ai pas d'expérience de ces cas. Mais, alors, les pinces œsophagiennes peuvent être employées et, si l'on échoue, la *propulsion* dans l'estomac peut être pratiquée à l'aide d'une éponge montée sur une baleine.

Il existe, d'ailleurs, *d'autres procédés* qu'il faut connaître.

Celui de Félizet est à la portée de tous. Il peut être employé sans danger. Voici comment il est décrit : « Nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde uréthrale à béquille n° 18. Le contact une fois pris, nous imprimons à l'extrémité de la sonde des mouvements de rotation qui l'insinuent comme une vrille, jusqu'au-delà de l'obstacle, jusqu'à l'estomac. Nous injectons alors, suivant l'âge de l'enfant, 200, 500, 800 grammes d'eau boriquée tiède, et nous retirons doucement la sonde. Son œil accroche, au retour, la pièce de monnaie, tandis que nous continuons notre irrigation ; un effort de vomissement survient ; il achève de dégager le corps étranger, que nous enlevons avec une singulière facilité, fixé à l'extrémité de la sonde. »

Quel que soit le procédé qu'on a suivi pendant cette première séance et immédiatement après l'accident, il est nécessaire de s'arrêter à temps, de ne pas trop prolonger les tentatives, de soumettre le malade au repos et de prendre son temps.

L'extrême urgence n'est pas de mise, sauf s'il y a des accidents de suffocation.

Beaucoup de corps étrangers passent tous seuls dans l'estomac, surtout chez l'adulte.

B. **Vous êtes appelé plusieurs jours après l'accident.** — Ici le diagnostic doit se faire par la *radiographie*. Un jour de plus ou de moins n'importe guère, et le diagnostic est trop sérieux pour ne pas utiliser tous les moyens à notre disposition.

Les cathétérismes inutiles sont à éviter, à cause de l'inflammation que le corps étranger a pu produire.

Essayez encore : 1° l'extraction par les voies naturelles ; 2° la propulsion dans l'estomac, si l'extraction n'a pas réussi et si le corps est susceptible d'être digéré ou s'il n'offre pas trop d'aspérités.

Pour les enfants, je ne conseille jamais d'aller plus loin.

L'*œsophagotomie externe* est la dernière ressource à laquelle il faut avoir recours. Terrier a donné le précepte de ne jamais abandonner un malade, qui a un corps étranger de l'œsophage, qu'après l'avoir refoulé ou extrait par les voies naturelles ou l'œsophagotomie.

La mortalité de cette opération est cependant de 20 0/0, pour les opérations faites dans les trois premiers jours, et de 38 0/0, lorsque cet intervalle est dépassé (relevés de Gross et de Fischer). Si on opère tout de suite après l'accident, la mortalité paraît presque nulle, d'après les relevés de Frœlich (17 observations). Cependant, je crains que les observations relevées par Frœlich ne soient pas démonstratives, parce que beaucoup d'insuccès ne sont pas publiés.

Pour mon compte personnel, deux fois j'ai fait l'opération avec deux insuccès. Il s'agissait d'enfants, et l'accident datait de dix jours. Dans un cas, la mort est survenue le quatrième jour ; dans l'autre, au bout de trois semaines. A cette époque, on ne connaissait pas encore le crochet de Kirmisson.

L'œsophagotomie externe, au moins chez l'enfant, n'est donc pas une opération bénigne, tant s'en faut.

L'opération est plus difficile chez l'enfant que chez l'adulte. On fait une incision sur le bord interne du sterno-mastoïdien,

on écarte le muscle et on cherche les vaisseaux, qu'on récline. On cherche ensuite le lobe du corps thyroïde, et, derrière lui, on trouve la trachée et l'œsophage qui la déborde à gauche et qui se présente sous la forme d'un muscle à fibres longitudinales. On fixe le conduit, on l'attire entre les lèvres de la plaie, et on l'ouvre.

On a proposé aussi la *gastrostomie*, quand le corps étranger était situé à la partie inférieure de l'œsophage (Richardson, Bull).

Enfin, Quénu, Hartmann et Potarca ont proposé l'œsophagotomie par la voie médiastinale après résection costale et refoulement de la plèvre.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

La *dysphagie*, c'est-à-dire la difficulté d'avaler les aliments solides et plus tard les liquides, tel est le symptôme capital des rétrécissements.

Ces rétrécissements sont, en pratique, de trois ordres : 1° spasmodiques ; 2° cicatriciels ; 3° organiques.

1° Un homme ou une femme se plaignent de ne pas avaler facilement, mais ils disent que cette gêne n'existe pas toujours, et que, par moments, la déglutition est très facile. Pour peu que le sujet soit un névropathe, pensez au spasme ;

2° Le malade vous raconte qu'il a avalé, par mégarde, une substance caustique ou un liquide brûlant, qu'il a été très malade, au début, mais que tout a été calmé pendant un certain temps, et, depuis quelques mois, la gêne de la déglutition revient et s'aggrave. Vous avez affaire à un rétrécissement cicatriciel ;

3° Enfin si le malade, déjà âgé, se plaint d'une dysphagie qui, apparue depuis peu de temps, s'aggrave tous les jours sans cause connue, s'il a déjà maigri, malgré le peu de durée de l'affection, n'hésitez pas à diagnostiquer un rétrécissement

organique, ce qui, en pratique, équivaut au diagnostic du *cancer de l'œsophage*.

Contre tous ces rétrécissements, il y a lieu de pratiquer le *cathétérisme* de l'œsophage, comme méthode exploratrice et curatrice.

Cathétérisme de l'œsophage. — Pour pratiquer le cathétérisme, il faut se rappeler certains détails anatomiques. L'œsophage est long de 22 à 25 centimètres. La distance qui sépare l'orifice supérieur de l'œsophage des arcades dentaires est d'environ 15 centimètres. Tout instrument destiné à explorer l'œsophage ou à pénétrer dans l'estomac doit donc avoir une longueur de 50 centimètres environ pour l'adulte.

La direction de l'œsophage n'est pas absolument rectiligne. Mais, au point de vue pratique, pendant le cathétérisme, on peut faire abstraction de cette déviation, pourvu que l'instrument soit flexible et qu'on le conduise avec douceur.

Il est plus important de savoir que l'œsophage subit trois rétrécissements : le premier, à son origine ; le second, à 7 centimètres plus bas, à l'endroit où le conduit se dévie à droite ; le troisième, à sa terminaison. Le point le plus rétréci mesure encore 14 millimètres. Une olive de 14 millimètres doit donc pouvoir toujours passer dans l'œsophage normal de l'adulte. Chez le nouveau-né, le calibre est de 6 millimètres.

Instruments. — On fait le cathétérisme de l'œsophage avec des bougies ou des sondes en gomme plus ou moins rigides. Les bougies cylindro-coniques de Bouchard sont très usitées pour la dilatation progressive. Un autre instrument, tout aussi répandu, est la tige de baleine terminée par une olive, dont le volume gradué permet de franchir le rétrécissement. Quand on veut pénétrer dans l'estomac pour y pratiquer le gavage ou le lavage de cet organe, on se sert d'une sonde en gomme terminée par un entonnoir.

Quel que soit l'instrument, les règles du cathétérisme sont les mêmes : Le médecin est assis devant le malade, qui ouvre la bouche. L'indicateur de la main gauche abaisse la langue pendant que l'extrémité du cathéter pénètre jusqu'au fond

du pharynx pour aller toucher la paroi postérieure qu'il doit suivre de près. C'est la paroi postérieure du pharynx qui est le point de repère le plus sûr. Le long de cette paroi, la bougie glisse jusqu'au niveau de l'orifice de l'œsophage. Dès lors, on n'a qu'à pousser doucement, sans exercer aucune violence. On sent le premier rétrécissement, et, quelques centimètres plus bas, le second; mais, avec douceur, on dépasse facilement ces rétrécissements dans l'œsophage normal, et l'on arrive jusqu'au bout en conduisant le cathéter sur la ligne médiane. La seule difficulté consiste parfois dans l'intolérance du malade pour la sonde au niveau de l'arrière-gorge. On parvient à vaincre cette difficulté par un badigeonnage à la solution de cocaïne.

Rétrécissement spasmodique. — La thérapeutique de ce rétrécissement est, en général, d'ordre médical. Il faut instituer un traitement pathogénique s'adressant au système nerveux. Tous les antispasmodiques sont à conseiller.

Dans un cas, j'ai trouvé la cause du spasme dans une pharyngite granuleuse, sur un homme nerveux. Il n'est pas douteux que, dans ce cas, le spasme était lié à une légère inflammation du conduit. Les lésions de l'extrémité inférieure de l'œsophage ou de l'estomac peuvent avoir le même résultat.

Le spasme sera combattu aussi par le cathétérisme, qu'on aura soin de pratiquer avec les bougies cylindro-coniques, pour exercer, en plus de la dilatation, une sorte de massage du conduit.

Rétrécissement cicatriciel. — C'est à la *dilatation progressive temporaire* qu'il faut avoir recours. Cette dilatation sera faite avec les bougies cylindro-coniques. Elle sera prudente. La bougie restera en place cinq à huit minutes. Le cathétérisme sera répété tous les deux ou trois jours. On ne dépassera pas 20 à 22 millimètres de diamètre chez l'adulte, 15 à 19 millimètres chez l'enfant (de deux ans à quinze ans).

Si la dilatation ne peut se faire, soit parce que le rétrécissement est infranchissable, soit parce qu'il est trop irritable, il ne reste qu'une ressource, la *gastrostomie*. Il faut

savoir que, dans ces cas, la gastrostomie est une excellente opération. Elle donne des survies très longues et permet parfois la guérison radicale. En effet, l'œsophage, mis au repos, est plus facile à dilater dans la suite. Dans d'autres cas, la dilatation a pu s'effectuer de bas en haut.

Le **rétrécissement cancéreux** de l'œsophage est malheureusement le moins facile à traiter. Je ne conseille pas le cathétérisme, même explorateur. J'ai vu des cancers de l'œsophage s'aggraver à la suite d'un ou de plusieurs cathétérismes. Il faut donc être sobre de manœuvres. La seule ressource est la *gastrostomie*. Faite de bonne heure, avant que le malade soit affaibli, la gastrostomie peut, dans ces cas, prolonger la vie. Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une opération purement *palliative*, qu'on ne doit même pas tenter à la dernière période de la maladie (Voyez *Chirurgie de l'estomac*).