

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL GASTRO-PULMONAIRE.

PHARYNX ET ŒSOPHAGE.

Le *pharynx*, étendu depuis la base du crâne jusqu'au bord inférieur du cartilage cricoïde, répond en avant; où il manque de parois propres, à l'ouverture postérieure des fosses nasales, à celle de la bouche, à l'épiglotte et au larynx. L'*œsophage*, qui lui fait suite, offre un diamètre beaucoup moins considérable et, dans l'état de vacuité, ses parois internes se touchent et restent en contact. Incliné un peu à gauche dans la région cervicale, il est profondément placé derrière la trachée-artère, en rapport de chaque côté avec les filets de communication du grand sympathique, le nerf récurrent, l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne. Nous reviendrons encore, en parlant de l'œsophagotomie, sur ces dispositions anatomiques.

Cathétérisme. Le *cathétérisme* du pharynx et de l'œsophage sert à reconnaître la présence d'un corps étranger et à en opérer l'extraction ou la propulsion, à donner passage à des substances alimentaires ou médicamenteuses, enfin à dilater, cautériser ou faire saillir certains points de ce conduit.

Le cathétérisme peut être pratiqué par les narines ou par la bouche. A cet effet, l'instrument le plus simple et le plus commode est une longue sonde de gomme élastique (*fig. 457*), de 0^m,008 à 0^m,01 de diamètre, connue sous le nom de *sonde œsophagienne*.

On se sert aussi de bougies de cire ou de baleine (*fig. 458, 459*), terminées par une extrémité conique, ou offrant des renflements olivaires, en corne, en ivoire ou en caoutchouc, pour opérer des dilatations. On doit avoir à sa disposition plusieurs sondes, présentant des renflements d'un diamètre variable (*fig. 460, 461, 462*). Nous nous servons habituellement d'olives d'ivoire, graduées, et susceptibles de se visser sur une tige ou manche en baleine. Nous commençons par les plus petites et nous arrivons successivement aux plus volumineuses. On a placé sur la même tige plusieurs renflements dont le premier est le moins volumineux et doit frayer la voie à ceux qui le suivent (*fig. 463*). L'expérience ne confirme pas les avantages attribués à cette disposition; le peu de longueur de la portion de tige qui sépare les renflements donnant une trop

grande rigidité à l'instrument. Toutes ces sondes s'engagent par la bouche; mais lorsqu'on se propose de nourrir artificiellement les malades par des injections alimentaires, dans les cas de tumeurs, de rétrécissements, d'ulcérations, de plaies ou de refus d'alimentation par des aliénés, et que l'instrument doit rester en place pendant plusieurs jours, on l'introduit par le nez. La cavité buccale reste libre, et la parole est moins gênée.

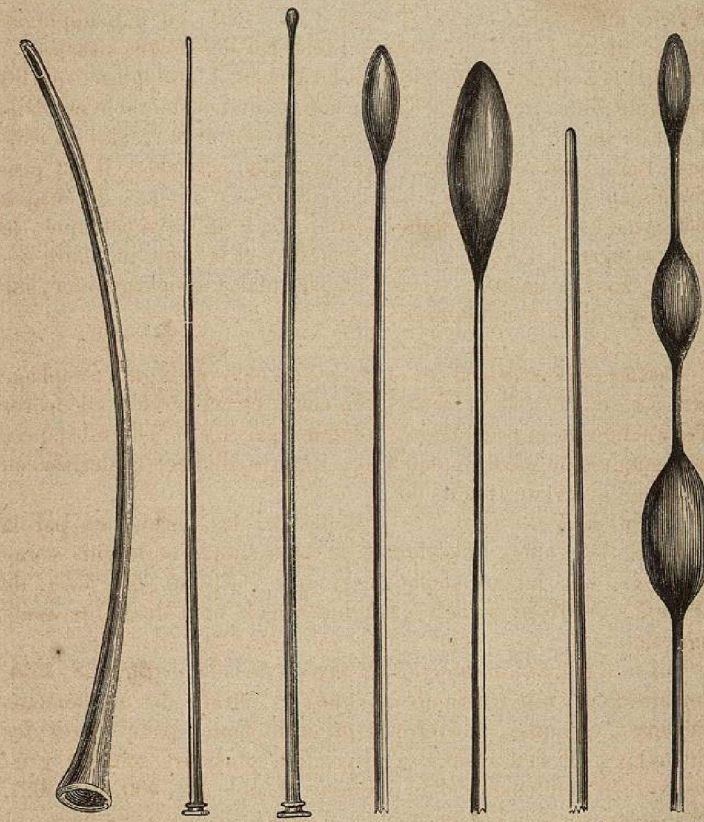


Fig. 457. Fig. 458. Fig. 459. Fig. 460. Fig. 461. Fig. 462. Fig. 463.

1^o *Cathétérisme par les fosses nasales.* Le malade étant assis, la tête légèrement renversée en arrière, et soutenue par un aide, le chirurgien introduit la sonde de gomme élastique dans l'une des narines et la pousse rapidement, s'il est exercé, jusque sur la paroi pharyngienne postérieure; portant le doigt ou un crochet mousse,

par la bouche, derrière le voile du palais, il courbe l'extrémité de la sonde, pour la dégager et l'accommoder à la direction du conduit qu'elle doit parcourir : il ne lui reste plus qu'à la pousser doucement et en ligne droite jusque dans l'œsophage, où elle s'engage sans obstacle. On peut aussi, pour éviter que la sonde arc-boute contre la colonne vertébrale, la conduire à travers les fosses nasales au moyen d'un mandrin courbe, qui contourne en arrière le voile du palais et est retiré dès que la sonde apparaît dans l'arrière-bouche. Ce mode de cathétérisme est pénible et beaucoup moins aisé que par la bouche, mais il est le plus avantageux quand en a besoin de laisser les sondes à demeure pour nourrir les malades. On peut, au reste, après avoir conduit la sonde par la bouche, la ramener dans les fosses nasales au moyen d'un fil, que l'on fixe après l'avoir porté dans l'arrière-bouche avec l'instrument de Belloc. M. Sédillot a prolongé ainsi pendant plusieurs mois l'existence d'un homme atteint d'un cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée; la sonde était introduite sans mandrin par les narines : on avait soin de la tremper dans de l'huile et d'en recourber légèrement le bec pour ne pas heurter perpendiculairement la paroi pharyngienne postérieure. Cette sonde restait ordinairement quarante-huit heures en place; elle n'amena jamais aucun accident par son contact prolongé avec les parties. Le malade finit par succomber à une perforation de l'œsophage et de la plèvre droite, et à l'épanchement qui en résulta. La pièce pathologique a été montrée à la Société médicale de Strasbourg. Les lésions offraient d'autant plus d'intérêt qu'elles avaient été reconnues pendant la vie par M. Coze et par M. Hirtz.

2° *Par la bouche.* Lorsque la bouche peut s'ouvrir librement, le cathétérisme œsophagien offre peu d'obstacles. Il suffit de faire renverser fortement la tête en arrière et de déprimer la langue du malade avec le doigt indicateur gauche, que l'on peut porter jusqu'à l'épiglotte; puis, faisant glisser la sonde le long de ce doigt, on la conduit jusque sur la paroi postérieure et latérale du pharynx, pour éviter de heurter le larynx ou d'y pénétrer, et on la ramène ensuite dans la direction de la ligne médiane. Ce temps de l'opération doit être exécuté avec précaution et rapidité, afin de ne pas entraver la respiration, qui cesse d'être gênée dès que l'extrémité de la sonde a dépassé le cartilage cricoïde et est entrée dans l'œsophage. On s'est beaucoup occupé des moyens de ne pas engager l'instrument dans les voies aériennes; mais la suffocation imminente indiquerait promptement l'erreur; il est donc impossible de croire aux observations dans lesquelles les malades respiraient pendant longtemps et supportaient même des injections de

bouillon dans la trachée, comme l'a rapporté Desault. L'introduction de la sonde œsophagienne est quelquefois difficile chez les personnes irritables, qui sont saisies de nausées, d'accès de toux, de suffocation, et qui s'agitent avec effort; il faut alors réitérer les tentatives, afin d'accoutumer les parties au contact du corps étranger. Si la présence de la sonde laissée à demeure dans la bouche était très-gênante, il faudrait la ramener dans les fosses nasales au moyen d'un fil conduit par la sonde de Belloc. Il ne serait pas prudent de laisser cette sonde en place trop longtemps de suite et sans examen, car elle pourrait ulcérer par pression quelque point des parties en contact avec elle.

Si la bouche était maintenue fermée dans un cas de tumeur ou d'ankylose et que le cathétérisme fût nécessaire, il faudrait tirer parti de l'absence de quelques dents pour introduire la sonde, ou en extraire une ou deux pour lui livrer passage : mais, dans tous ces cas, il serait difficile d'arriver dans l'œsophage, en raison de la direction vicieuse de l'instrument, et il vaudrait mieux l'engager par les fosses nasales.

Corps étrangers. Les mémoires d'Hévin et de Sue, joints aux nombreuses observations qui ont paru depuis eux, ont fait connaître presque toutes les variétés de corps étrangers arrêtés dans le pharynx et l'œsophage; la fréquence de cet accident, jointe aux dangers qu'il provoque, tels que l'ulcération des parties et la suffocation, en a fait multiplier les moyens de traitement. Sous ce rapport, tous les corps étrangers doivent être divisés en ceux qu'il serait dangereux de laisser dans les voies digestives, comme les morceaux de verre, les lames de couteau, les fourchettes etc.; et en ceux qui peuvent être poussés sans crainte dans l'estomac, tels que les substances alimentaires.

Le chirurgien ayant reconnu, par les moyens de diagnostic dont il dispose, la nature, la forme, le siège, le degré de fixité du corps étranger et la gravité des accidents qu'il détermine, se décide à le pousser dans l'estomac, ou à le retirer par la bouche, ou enfin à l'extraire par l'opération de l'œsophagotomie.

Le moyen le plus avantageux et le plus employé pour faciliter la déglutition des substances alimentaires volumineuses arrêtées dans l'arrière-bouche ou à l'orifice œsophagien, est de faire boire les malades. On conseille aussi de frapper fortement de la main entre les épaules. On augmente ainsi l'énergie de la déglutition et l'on



Fig. 464.