

particulier, et le chirurgien dans sa décision devra surtout consulter les principes généraux qui règlent sa conduite dans les grandes opérations.

Dans l'exposé que nous avons fait de ces indications, nous n'avons guère eu en vue que celles qui dépendent des différentes formes de *goître*. Les autres tumeurs du corps thyroïde sont rares en effet: les unes, comme les *kystes hydatiques*, ne peuvent guère être diagnostiquées, et, quand on les reconnaît, doivent être traitées comme les kystes séreux suppurés dont elle revêtent les caractères cliniques. Les autres sont des *tumeurs malignes*, et celles-ci sont absolument au-dessus des ressources de l'art. Leur destruction complète est le seul moyen dont l'efficacité temporaire soit démontrée. Mais, en présence des dangers qui accompagnent l'extirpation, en présence de la certitude d'une récidive ou d'une métastase, nous pensons qu'il vaudra mieux se borner à des cautérisations partielles; en détruisant avec les flèches caustiques les parties de la thyroïde où les lésions sont le plus avancées, on pourra peut-être rendre l'évolution du cancer à la fois plus lente et moins pénible pour celui qui en est atteint.

E. Une dernière indication se présente: le chirurgien est appelé non point pour s'opposer aux progrès de la tumeur, mais afin de parer aux accidents immédiats qu'elle provoque et surtout à la suffocation.

Si celle-ci n'est qu'imminente, si l'on a encore le temps d'établir un diagnostic avant d'agir, il faut tâcher de reconnaître si la dyspnée est due à une simple congestion ou à une thyroïdite: dans ce cas les émissions sanguines, les dérivatifs (ventouses sèches, frictions, douches froides, application de glace sur la tumeur) en ont parfois raison. S'il existe un abcès, on l'ouvrira largement: si un kyste fait une saillie très-considérable, on cherchera en le ponctionnant à diminuer la pression que le goître exerce sur les voies respiratoires. Enfin, si ce dernier appartenait à la variété des tumeurs plongeantes, on pourrait éprouver l'influence du déplacement.

Mais le plus souvent les accidents se présenteront avec une intensité qui ne permettra même pas de songer à ces divers moyens accessoires. L'indication formelle d'ouvrir une voie artificielle à la respiration qu'entrave la compression de la trachée, ne laisse alors plus d'autre alternative au chirurgien, et la *trachéotomie* est son seul recours.

IV. — MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Malgré le nombre assez considérable de monographies publiées sur les diverses maladies du pharynx et de l'œsophage, il n'existe dans la littérature médicale aucun ouvrage didactique traitant d'une manière spéciale de l'ensemble de ces maladies. Nous devons, cependant, mentionner une tentative dans ce genre de la part de Hamburger, qui a fait une étude toute particulière des affections de l'œsophage et a consigné

les résultats de ses recherches dans une série de *Leçons cliniques*. Celles-ci paraissent, toutefois, peu connues en France, malgré l'analyse étendue qui en a été faite par le docteur Hénocque.

HAMBURGER, *Klinik der Œsophaguskrankheiten* (*Medizinische Jahrb.*, Bd. XVIII, 1869; Bd. XIX et XX, 1870). — HÉNOCQUE, *Gaz. heb.*, 1870, n° 14, et 1872, n° 13.

EXPLORATION DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

Les procédés d'exploration du conduit pharyngo-œsophagien ont été perfectionnés dans ces dernières années; quelques-uns même, d'invention récente et peu répandus parmi nous, mériteraient peut-être d'être plus souvent employés. Le docteur Sainte-Marie (1), qui a pris pour sujet de thèse l'étude des différents modes d'exploration de l'œsophage, range ces derniers dans trois catégories, suivant qu'ils sont empruntés aux sens du *toucher*, de la *vue* et de l'*ouïe*.

A. Exploration par le toucher.

Les procédés d'exploration fournis par le sens du toucher comprennent: a. la *palpation*; b. le *toucher digital*; c. le *cathétérisme*.

a. La *palpation* de la région cervicale antérieure permet souvent de reconnaître la présence d'un corps étranger volumineux, d'une tumeur.

b. Le *toucher digital* consiste dans l'introduction d'un ou plusieurs doigts enfoncés aussi profondément que possible dans l'arrière-gorge, pendant que la tête du malade est placée dans l'extension. Ce mode d'exploration n'est véritablement applicable qu'à la portion inférieure du pharynx et non à l'œsophage, puisque le doigt n'a guère plus de 7 à 8 centimètres et que la distance des incisives à l'orifice œsophagien est de plus de 13 centimètres. Par ce mode d'exploration on peut, néanmoins, se rendre compte de la présence d'un corps étranger ou d'une tumeur.

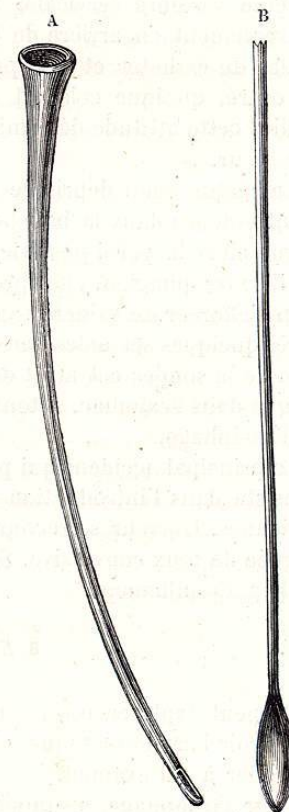


Fig. 23. — A, Sonde œsophagienne. — B, Sonde à bout olivaire.

(1) *Des différents modes d'exploration de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1875.

c. Le *cathétérisme* a beaucoup plus d'importance et constitue le mode d'exploration par excellence de l'œsophage. Cette exploration se fait avec une sonde de grosseur variable (fig. 23, A), en gomme ou en baleine. Elle peut être creuse ou pleine. Lorsqu'on se borne à une simple exploration, on se servira plus volontiers d'une sonde pleine à bout olivaire (fig. 23, B). Quoique la sonde œsophagienne puisse être introduite, soit par la bouche, soit par les fosses nasales, c'est le plus souvent au cathétérisme par la bouche que l'on a recours, lorsqu'il s'agit de faire l'exploration du pharynx et de l'œsophage.

Le malade sera assis toutes les fois que cela sera possible, la tête légèrement infléchie, de façon à régulariser la courbe saccadée qui, de la sixième vertèbre cervicale, s'étend aux deux premières dorsales. Le renversement en arrière de la tête expose à une direction trop antérieure du cathéter et à sa pénétration dans les voies aériennes. On sait en outre, quoique cela ait une importance secondaire, que, d'après Follin, cette attitude détermine une constriction de l'orifice œsophagien supérieur.

La langue étant déprimée avec le doigt indicateur gauche profondément enfoncé dans la bouche, on fait glisser sur ce doigt la sonde, qui gagne alors la paroi postérieure du pharynx. Lorsque la sonde atteint l'orifice œsophagien, elle éprouve une légère résistance qu'il ne faut pas trop s'efforcer de vaincre : généralement l'œsophage cède de lui-même après quelques secondes, sans que l'on ait eu besoin d'augmenter la pression de la sonde ; cet arrêt dépassé, l'instrument glisse alors facilement jusque dans l'estomac, si toutefois il n'existe aucun obstacle sur le trajet de l'œsophage.

Le principal accident qui puisse survenir au moment du cathétérisme consiste dans l'introduction de l'instrument explorateur dans les voies aériennes. L'erreur se reconnaîtra facilement à la douleur vive, accompagnée de toux convulsive. Si la sonde est creuse, il s'y produit un véritable gargouillement.

B. Exploration par la vue.

On peut explorer assez complètement la cavité pharyngienne à l'aide du miroir laryngoscopique, et nous indiquerons plus tard la manière de procéder à cet examen.

Pour l'œsophage, les modes d'exploration que l'on peut emprunter à la vue sont de peu d'importance en raison de la situation profonde de l'organe. Cependant L. Waldenburg (1) a imaginé une sorte de *speculum œsophagien*, composé d'un tuyau conique en métal, et dont la longueur est variable depuis 6 centimètres jusqu'à 12. On introduit cet instrument dans l'œsophage et on éclaire sa cavité avec le miroir pharyngien. L'ap-

(1) *Berliner klinische Wochenschrift*. 1870, n° 248.

plication de cet *œsophagoscope* nous semble assez difficile et ne paraît pas être encore entrée dans la pratique.

C. Exploration par l'ouïe.

J'ai appliqué à l'exploration de l'œsophage, et surtout à la recherche des corps étrangers, un instrument imaginé par Collin pour démontrer la présence de corps étrangers dans l'estomac. Je décrirai plus tard cet instrument avec les modifications que je lui ai fait subir pour l'adapter à la recherche des corps étrangers de l'œsophage.

Dans ces dernières années, Hamburger a fait connaître une nouvelle méthode d'exploration de l'œsophage, consistant dans l'auscultation médiate de ce conduit. L'étude de cette méthode a été depuis reprise par Morell-Mackensie (1), par Clifford Allbutt (2), par Sainte-Marie, mais elle reste encore très-limitée dans ses applications.

Pour ausculter l'œsophage, on se place à la gauche du malade qui sera assis et croisera ses bras sur la poitrine. La main gauche de l'observateur surveillera les mouvements du cartilage thyroïde et partant le commencement de la déglutition. Pendant ce temps on applique le stéthoscope où l'oreille, soit à la région cervicale à gauche et immédiatement en arrière du larynx et de la trachée, soit à la région thoracique immédiatement à gauche du rachis, depuis la première jusqu'à la huitième vertèbre dorsale. On fera alors avaler au malade une gorgée de liquide et l'on observera la nature du bruit de déglutition.

A l'état physiologique, il se produit un bruit analogue à celui d'un petit corps fusiforme qui parcourerait rapidement un conduit. A l'état pathologique ce bruit peut être altéré dans sa durée, dans son intensité, dans sa continuité, il peut s'accompagner d'un frottement, d'un sifflement, d'un gargouillement. Enfin il peut se produire plus ou moins rapidement après lui un bruit de régurgitation. Nous indiquerons plus tard, à l'occasion des diverses maladies de l'œsophage, les signes diagnostiques qui peuvent être fournis par l'auscultation.

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

1° Contusions et plaies.

a. Les *contusions* du pharynx et de l'œsophage sont presque toujours produites de dedans en dehors, soit par le cathétérisme, soit par les tentatives pour extraire un corps étranger, soit par l'introduction brusque

(1) *The Lancet*, 30 mai 1874.

(2) *The British med. Journ.*, oct. 1875.

d'un corps plus ou moins mousse, qui, pénétrant à travers la bouche vient heurter la paroi postérieure du pharynx.

Le danger résultant de semblables blessures consiste principalement dans le gonflement inflammatoire qui ne tarde pas à survenir dans les points contus et qui détermine de la dysphagie et quelquefois des troubles respiratoires graves, lorsque le gonflement s'étend à l'ouverture supérieure du larynx. On a vu un abcès rétro-pharyngien se former à la suite de ces traumatismes.

b. Les *plaies* du pharynx et de l'œsophage sont produites par des instruments *piquants, tranchants, contondants*, ou par des *armes à feu*, dont l'action peut s'exercer, soit de *dedans en dehors*, soit de *dehors en dedans*.

Il n'est pas rare de constater des lésions plus ou moins étendues du pharynx chez les individus qui ont tenté de se suicider en se tirant un coup de pistolet ou de fusil dans la bouche. Indépendamment des blessures des lèvres, des joues, de la langue, du palais, on constate, dans ces cas, des brûlures et des déchirures plus ou moins étendues de la muqueuse du pharynx, dont la paroi postérieure a été parfois traversée par le projectile qui est venu se loger dans les corps vertébraux.

Un autre genre de blessure du pharynx produite de dedans en dehors qu'il n'est pas rare d'observer, résulte de la pénétration brusque à travers la bouche d'un corps poussé par une main étrangère, ou par le fait d'une chute, alors que le sujet tenait ce corps entre ses lèvres. Dans ces circonstances, il s'agit toujours d'un instrument de forme allongée et terminé par une extrémité plus ou moins aiguë (épée, bayonnette, morceau de bois, fuseau, tuyau de pipe). L'instrument vulnérant pénétrant dans la paroi postérieure du pharynx peut atteindre la colonne vertébrale et la moelle épinière, blesser des vaisseaux et nerfs importants, ou même perforer complètement le cou d'avant en arrière. Il n'est pas très-rare de voir une partie de l'instrument, après s'être brisée, rester fichée dans l'épaisseur d'une vertèbre.

Quant aux plaies de l'œsophage produites de dedans en dehors, elles s'observent dans les cas de corps étrangers et principalement lors des tentatives d'extraction ou dans le cathétérisme. Ces blessures peuvent s'accompagner d'accidents graves. On cite un cas dans lequel la sonde alla perforer l'aorte; dans une autre observation, l'instrument pénétra dans la bronche gauche.

Les plaies produites de *dehors en dedans*, sont beaucoup plus fréquentes. Le pharynx est très-souvent atteint dans les plaies du cou siègeant au-dessus du cartilage thyroïde, et plus spécialement dans les tentatives de suicide avec un couteau ou un rasoir, lorsque l'instrument vulnérant est porté transversalement au niveau de l'espace qui sépare l'os hyoïde du cartilage thyroïde. La membrane thyro-hyoïdienne étant sectionnée, la cavité pharyngienne se trouve plus ou moins largement ouverte, et quelquefois même on a vu l'instrument vulnérant atteindre jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

Quoique les gros troncs artériels et veineux soient assez rarement blessés dans ce genre de traumatisme, on observe cependant quelquefois cet accident, et, dans tous les cas, il est assez fréquent de voir la blessure du pharynx se compliquer d'hémorrhagie résultant de la lésion de quelque vaisseau.

Une autre complication que l'on peut observer dans les plaies du pharynx à ce niveau consiste dans la section plus ou moins complète de l'épiglotte, qui, parfois entièrement séparée ou ne tenant plus que par un mince pédicule, vient tomber sur l'orifice supérieur du larynx et détermine l'asphyxie. Un instrument piquant (épée, baïonnette) ou un projectile de guerre, traversant le cou latéralement ou d'avant en arrière, peut encore intéresser le pharynx ou l'œsophage. Rarement ces blessures sont simples; elles se compliquent le plus souvent de plaies des vaisseaux et des nerfs du cou, et quelquefois la section du larynx ou de la trachée accompagne la blessure de l'œsophage. On a même vu, dans quelques cas de suicide pratiqué avec un instrument tranchant, la trachée et l'œsophage être coupés en travers, et la section ne s'arrêter qu'à la colonne vertébrale.

Enfin, les plaies de la portion thoracique de l'œsophage sont rares. Elles sont produites par des instruments piquants ou par des projectiles de guerre, et s'accompagnent de la lésion des poumons ou du cœur.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les plaies du conduit pharyngo-œsophagien diffèrent notablement, au point de vue clinique, suivant qu'elles sont petites ou larges.

Les plaies de petites dimensions, produites par un instrument piquant ou par un projectile, ne présentent aucun signe caractéristique, sauf l'issue à travers la solution de continuité des matières alimentaires et des boissons. La douleur dans la déglutition, la soif vive, le hoquet persistant que Mondière regardait comme pathognomonique, ne sauraient indiquer d'une façon certaine que le pharynx ou l'œsophage a été blessé.

Dans les plaies larges, au contraire, le diagnostic est beaucoup plus aisé. Lorsque le pharynx est ouvert au niveau de l'espace hyo-thyroïdien, l'œil pénètre dans la cavité pharyngienne; la salive, les boissons ingérées s'écoulent en partie ou en totalité par la plaie extérieure; la voix est altérée; la respiration est souvent gênée, quelquefois même il y a asphyxie imminente lorsque l'épiglotte sectionnée tombe sur l'ouverture supérieure du larynx.

Il en est de même dans les plaies larges de l'œsophage et surtout dans les plaies transversales, lorsque le larynx et la trachée sont coupés en travers. Les deux extrémités du conduit œsophagien s'écartent l'une de l'autre et peuvent être reconnues au fond de cette plaie béante. On observe encore la difficulté ou l'impossibilité de la déglutition, l'issue de la salive et des substances ingérées par la bouche, et souvent aussi les troubles de la respiration dus à la chute de ces substances dans les voies aériennes.

Les plaies du conduit pharyngo-œsophagien peuvent guérir sans laisser de traces. Elles exposent, cependant, à divers accidents plus ou moins graves. Sans parler des hémorragies, primitives ou consécutives, indépendantes de la blessure du pharynx et de l'œsophage, sans parler des troubles respiratoires dus à la lésion simultanée du larynx et de la trachée, ni des autres phénomènes résultant d'une plaie pénétrante de poitrine, on observe souvent, dans les jours qui suivent une blessure du conduit pharyngo-œsophagien, le développement d'accidents inflammatoires, tantôt bornés au tissu cellulaire, mais donnant parfois lieu à des fusées purulentes jusque dans le médiastin, tantôt étendus aux voies aériennes et s'accompagnant de troubles graves du côté de la respiration. Cette dernière complication est surtout à craindre dans les plaies du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, dans lesquelles la terminaison funeste est fréquemment due à l'œdème glottique.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, la cicatrisation s'opère en général assez rapidement, et dans les cas où la blessure a porté à la fois sur la trachée et l'œsophage, il est remarquable que la cicatrisation de ce dernier conduit s'opère beaucoup plus vite que celle du premier.

Il est assez rare d'observer des fistules persistantes à la suite des plaies du canal pharyngo-œsophagien. Cependant on en connaît quelques exemples. Trioen (1) et Gairdner (2) ont rapporté deux faits de fistules faisant communiquer la trachée et l'œsophage. L'air et les substances ingérées s'écoulaient à l'extérieur. Enfin les blessures de l'œsophage peuvent entraîner à leur suite des rétrécissements cicatriciels.

PRONOSTIC. — Difficile à établir d'après le nombre assez restreint de faits que l'on possède, le pronostic des plaies du pharynx et de l'œsophage doit être néanmoins considéré comme très-grave. Nous avons indiqué les complications immédiates ou secondaires qui peuvent entraîner la mort. Nous ajouterons que celle-ci peut encore survenir dans la convalescence d'une plaie de l'œsophage, par le fait de la rupture de la cicatrice résultant de l'ingestion d'un bol alimentaire volumineux, ainsi que Larrey (3) en a rapporté un exemple.

TRAITEMENT. — Nous laisserons de côté les nombreuses indications qui peuvent résulter des diverses complications, pour nous occuper exclusivement du traitement propre à la plaie du conduit pharyngo-œsophagien. Le malade devra être tenu à une diète sévère; on cherchera à tromper sa soif en humectant constamment sa bouche, mais en interdisant autant que possible les mouvements de déglutition. Les forces seront soutenues à l'aide de lavements nutritifs, et si le cathétérisme n'offre pas de difficultés et ne paraît pas avoir d'inconvénients sérieux, on devra alimenter le malade avec la sonde œsophagienne. Enfin lorsque

(1) *Observ. med. chirurg.* Leyde, 1745, p. 19.

(2) *Edinb. med. and surg. Journ.*, t. XVI, p. 353.

(3) *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 161.

la cicatrisation paraît assez complète pour pouvoir permettre l'ingestion d'aliments, on devra commencer par des substances liquides et surveiller avec le plus grand soin la déglutition des aliments solides afin d'éviter la rupture de la cicatrice.

Quant au traitement de la plaie elle-même, il doit, d'après la plupart des auteurs, consister presque exclusivement dans l'affrontement des tissus divisés obtenu par la position de la tête, comme dans les plaies du cou en général. La suture des lèvres de la plaie œsophagienne, que B. Bell et plus tard Jobert (de Lamballe) regardaient comme presque indispensable, et que quelques chirurgiens étrangers conseillent encore de nos jours, est, au contraire, généralement proscrite. Néanmoins, les succès obtenus par ce mode de traitement, surtout à la suite de l'œsophagotomie, me semblent de nature à modifier les idées actuellement reçues et à revenir sur cette proscription. Nous n'hésiterons donc plus à faire la suture de l'œsophage, à la condition de ne pas réunir la plaie des parties molles et à assurer seulement leur affrontement à l'aide de la position.

c. *Ruptures de l'œsophage.* — Pour compléter l'histoire des plaies de l'œsophage, nous signalerons la rupture ou déchirure de ce conduit survenant dans les efforts de vomissements.

On a contesté la possibilité de cet accident en dehors de toute lésion antérieure des parois œsophagiennes, et Velpeau a avancé que la rupture de l'œsophage, dans ces conditions, était due au ramollissement gélatiniforme de ce conduit. Cependant Boerhaave (1) a rapporté un cas de déchirure spontanée de l'œsophage produite dans des efforts de vomissements, sans lésion organique antérieure.

Quelques faits analogues ont été rapportés par divers auteurs, et, dans un mémoire récent, le docteur J. J. Charles (2), à l'occasion d'un fait de rupture de l'œsophage, rappelant la plupart des observations connues, établit que ces ruptures, rarement spontanées, paraissent être préparées par un ramollissement inflammatoire.

Ces ruptures, constamment mortelles, siègent le plus souvent à la partie inférieure du conduit et quelquefois immédiatement au-dessus du cardia. Elles s'annoncent par une douleur vive, une sensation de déchirement dans la poitrine, survenant dans un effort de vomissement.

2° Brûlures.

Les brûlures du pharynx et de l'œsophage ne sont pas extrêmement rares; le plus souvent elles sont produites par l'ingestion de liquides bouillants; elles peuvent l'être quelquefois par la déglutition d'un corps solide chaud. La lésion porte ordinairement à la fois sur l'épiglotte, sur

(1) Cité par Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 728.

(2) *The Dublin quarterly Journ.*, nov. 1870.

la langue et sur une plus ou moins grande étendue de la muqueuse buccale.

Si l'on excepte la douleur sur le trajet du conduit pharyngo-œsophagien et la dysphagie, les symptômes de la brûlure de l'œsophage sont le plus souvent masqués par les complications du côté des organes voisins, et la gravité de l'accident tient ordinairement à l'extension de la brûlure aux voies aériennes. Nous y reviendrons plus tard à l'occasion des brûlures du larynx.

Le diagnostic n'est embarrassant qu'en l'absence de commémoratifs chez les enfants ou chez les aliénés; mais les phlyctènes de la muqueuse buccale et de la langue feront reconnaître la nature de l'accident.

L'intérêt du pronostic est tout entier dans l'imminence du rétrécissement cicatriciel.

Quant au traitement, Bevean (1) et Thiessen (2) se prononcent pour l'emploi du calomel, que l'on ne craindra pas de donner jusqu'à salivation.

On peut rapprocher des brûlures les lésions qui suivent l'ingestion de substances caustiques.

Quoique l'histoire des empoisonnements par les acides minéraux ou les alcalis caustiques appartienne plutôt à la pathologie médicale, nous dirons cependant, à l'occasion des brûlures de l'œsophage et du pharynx, quelques mots des lésions que peuvent produire ces substances sur les parois du conduit œsophagien.

C'est généralement sous forme liquide que les acides minéraux ou les alcalis caustiques sont avalés, soit accidentellement, soit dans une intention de suicide. Les lésions varient avec la nature, le degré de concentration et la quantité du liquide caustique. Lorsque celui-ci est très-énergique et pris en grande quantité, il y a une destruction plus ou moins complète de la muqueuse du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac. Ce dernier est souvent perforé, et la mort survient en quelques heures déterminée par la péritonite. Dans des cas moins graves, une violente inflammation s'empare de la muqueuse et du tissu sous-muqueux du pharynx et de l'œsophage; des ulcérations se produisent, et leur cicatrisation entraîne le développement de rétrécissements plus ou moins graves.

Chez les individus qui ont avalé des acides minéraux concentrés ou des solutions alcalines caustiques, on trouve la muqueuse des lèvres, des joues, de la langue, du palais, plus ou moins excoriée, corrodée, de couleur grisâtre, jaunâtre, noirâtre, suivant la nature du liquide caustique. Il y a des vomissements continus, et les matières vomies, plus ou moins épaisses, ont une couleur foncée; les malades accusent une

(1) *Journ. de Dublin*, nov. 1866.

(2) *Journ. für Kinderkrankheiten*, 1867, nos 1 et 2, et *Archiv. gén. de méd.*, 1868.

douleur vive et brûlante à la gorge et le long de l'œsophage jusqu'à la région épigastrique. La déglutition est impossible ou extrêmement douloureuse. Souvent des troubles respiratoires ne tardent pas à survenir et paraissent être dus, ainsi que nous le dirons, à la pénétration des liquides caustiques dans les voies aériennes (voy. *Brûlures du larynx*). La mort peut survenir plus ou moins rapidement par suite de complications du côté de l'estomac et de la cavité abdominale. Mais la terminaison la plus habituelle, dans les cas de médiocre intensité, et celle qui intéresse plus particulièrement le chirurgien, c'est la formation d'un rétrécissement due à l'infiltration par la lymphe plastique des tissus sous-muqueux, ou à la cicatrisation d'une ulcération.

TRAITEMENT. — Quelle que soit la nature du liquide caustique, il importe d'en neutraliser l'effet aussi promptement que possible et de l'évacuer. On doit donc avoir immédiatement recours à l'usage de la sonde et de la pompe stomacale pour injecter une grande quantité d'eau ou de lait que l'on aspirera ensuite. On doit aussi laver toute la longueur de l'œsophage, puis, pour neutraliser plus complètement l'effet des substances ingérées, on prescrit le carbonate de soude ou de magnésie dans le cas d'empoisonnement par les acides; le vinaigre ou quelque autre acide végétal, l'huile, s'il s'agit d'un empoisonnement par les alcalis caustiques. L'opium sera administré pour calmer les douleurs. On prescrira des boissons émoullientes, du lait, en très-petites quantités. La diète sera sévère. Enfin, on surveillera attentivement la marche ultérieure de la maladie, et dès que l'on découvrira l'existence d'un rétrécissement, on le traitera par les moyens que nous indiquerons.

3° Corps étrangers.

L'étude des corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien présente un grand intérêt en raison des accidents graves qui peuvent résulter de leur présence et des difficultés pratiques auxquelles ils peuvent donner lieu. Depuis le remarquable mémoire de Hévin sur ce sujet, la science s'est enrichie de faits nombreux qui ont permis de compléter sur certains points nos connaissances, et de préciser davantage les indications thérapeutiques.

HEVIN, *Précis d'observ. sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage* (*Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie*, 1761, t. I, p. 444). — MONDIÈRE, *Observ. sur les accidents déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage* (*Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXX, p. 481). — BÉGIN, *Mém. sur les corps étrangers ingérés et passés dans les voies aériennes ou arrêtés dans l'œsophage* (*Mém. de méd. militaire*, 1833, t. XX, p. 377). — MARTIN, *Des corps étrangers de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1868.

ÉTIOLOGIE. — Les corps étrangers qui peuvent s'arrêter dans le pharynx ou l'œsophage diffèrent tellement par leur mode d'introduction,