

La richesse de l'appareil instrumental dont nous disposons est le témoin irrécusable des difficultés qu'éprouve le chirurgien aux prises avec le corps étranger. Pince¹, crochets, panier de de Græfe, parapluie de Fergusson, tous ces instruments ont été tour à tour préconisés, critiqués, modifiés... et délaissés après un perfectionnement final. Ils doivent céder le pas aux instruments simples, pratiques, qu'on confectionne en un tour de main, au moment du besoin. Et nous laisserions volontiers dans l'oubli tous ces instruments, si l'un d'eux n'était d'un emploi si fréquent et si dangereux, qu'il faut, sans plus tarder, instruire son procès.

Dans la manœuvre du panier de de Græfe, nous constatons d'ordinaire que l'instrument entre bien, sans créer la moindre lésion. A son retour, il arrive très souvent que l'appareil s'accroche, tantôt au bord inférieur du cricoïde, tantôt aux parois de l'œsophage. Le malade souffre, mais on croit qu'on tient le corps étranger; on cherche à l'entraîner, on ne réussit qu'à fixer davantage le panier; nouvelle tentative, nouvel insuccès. Et le panier doit rester en place des heures, 1, 2 ou 3 jours même.

Dans un cas que l'un de nous a rapporté, le panier de de Græfe faisait corps étranger depuis plusieurs heures, quand le chirurgien arriva auprès du petit malade. A sa vue, l'enfant fut pris d'angoisse au souvenir des souffrances qu'il avait endurées et à la perspective des nouvelles manœuvres qu'il allait subir. Il se débattait violemment; on parvint cependant à dégager le panier par le tour de main que voici : une tige de baleine, armée d'une éponge, fut conduite jusqu'au panier de de Græfe. L'éponge se logea dans la cavité du panier. Tige et panier purent, solidairement, être abaissés de 2 centimètres, puis, l'éponge préparant la voie, ce train d'un nouveau genre exécuta sa sortie sans encombre. — Alors même qu'il ne donne pas d'échecs, qu'il sort en entraînant le corps étranger, le panier de de Græfe est dangereux : il fixe si mal le corps étranger qu'au niveau de l'arrière-bouche celui-ci peut basculer, obturer le larynx et créer un péril imminent. Ajoutez à cela que des tentatives répétées avec cet instrument ont eu pour conséquence la fièvre, l'emphysème du cou, des abcès. L'un d'eux, qui s'étendait de l'apophyse basilaire à la 5^e vertèbre dorsale, entraîna la mort dans le marasme et l'inanition. Nous abandonnons donc résolument l'appareil compliqué de de Græfe, inutile souvent, dangereux toujours. Un sifflet, un sou sont-ils dans l'œsophage? nous pratiquons le cathétérisme avec une sonde urétrale à bécuille du n^o 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 tiède² et nous retirons doucement la sonde. Elle 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, en retirant la sonde libératrice.

(¹) Pince de Mathieu ou de Collin.

(²) BENEKE a montré que la capacité de l'estomac est de 40 centimètres cubes chez le nouveau-né, de 160 centimètres cubes à 15 jours, de 700 à 2 ans.

Ce procédé donne d'excellents résultats; il est toutefois préférable de l'employer dans un temps aussi rapproché que possible du moment où s'est produit l'accident. Nous l'avons vu cependant donner un succès, quatre jours après l'introduction du corps étranger. Aussitôt celui-ci dégagé, les symptômes disparaissent chez l'enfant avec une étonnante rapidité. En pareille circonstance, nous avons vu la douleur demeurer, chez l'adulte, des jours entiers.

Dans nombre de cas, le chirurgien doit faire acte d'ingéniosité. Ce sont les circonstances qui commandent l'appareil à mettre en œuvre. Témoin l'observation classique de Bright, de Kentucky¹.

2^o *Propulsion*. — L'extraction par la bouche a été tentée sans résultat ou bien nous savons qu'elle n'a pas chance de réussir : le corps étranger est régulier, volumineux, incapable de causer des accidents en cheminant le long de l'intestin; ce corps s'est arrêté au voisinage de l'estomac : la propulsion est tout indiquée. Nous l'effectuerons par deux méthodes : a) L'une est la méthode de douceur par excellence. Nous nous contentons de prescrire des bouillies, des purées de pomme de terre ou de haricots, capables d'entraîner le corps étranger. b) L'autre est une méthode plus dangereuse, d'application plus délicate. Elle consiste à repousser dans l'estomac le corps étranger, au besoin préalablement fragmenté. Quelques cuillerées de sirop de chloral, une injection de morphine préviendront les spasmes de défense; nous aurons fait prendre un peu d'huile, un blanc d'œuf pour lubrifier le canal, nous exerçons avec la sonde² des pressions qui, sous peine de fausses routes, doivent être lentes, douces et soutenues. Un ressaut de la sonde, une douleur du malade, le morceau d'os ou la bille sont dans l'estomac. Dans tout autre cas que celui que nous avons spécifié, pratiquer la propulsion, c'est ajourner le danger.

3^o *Extraction par voie artificielle*. — L'extraction par voie artificielle vient en dernier ressort.

Elle est indiquée toutes les fois qu'ont échoué les manœuvres d'extraction buccale ou les essais de propulsion à l'estomac.

Elle doit être pratiquée d'emblée quand le corps étranger est ancré dans la muqueuse, quand il oblitère complètement la cavité œsophagienne³, quand il a eu le temps de déterminer par sa présence des ulcérations⁴ et des complications septiques autour de l'œsophage⁵.

Les opérations qu'on peut être appelé à pratiquer sont : l'œsophagotomie cervicale ou thoracique, la gastrotomie, la gastro-œsophagotomie.

I. *Œsophagotomie cervicale*. — Avant 1890, il n'existait qu'une dizaine d'œsophagotomies pratiquées, chez l'enfant, pour corps étranger.

(¹) Un enfant, en jouant, laissa un hameçon dans l'œsophage d'un de ses petits camarades. Bright prit une balle de plomb, la perfora, l'enfila au crin qui tenait l'hameçon. Et sur le crin comme conducteur, il laissa glisser cette balle qui par son poids descendit, détachant l'hameçon.

(²) Si l'on se sert d'une sonde armée d'une éponge, assurons-nous de la bonne fixation de l'éponge pour ne pas nous exposer à la mésaventure du chirurgien qui laissa « un morceau de linge » à côté du corps étranger (1772).

(³) En pareil cas, la voix est souvent rauque; il existe des accès de suffocation. La salive est rejetée par la bouche en notable abondance.

(⁴) La salive que crache le malade est teintée de sang.

(⁵) Le cou est douloureux au palper.

Une des premières observations est due à Arnott¹. Schœnborn opéra un nourrisson de 11 mois qui mourut; Maclean intervint avec succès chez un enfant de 16 mois. Arnold, Billroth, Péan, May et Nolley pratiquèrent la même opération avec un succès variable. Depuis cette époque, les interventions se sont multipliées (Alexandroff, Jalaguier, Broca, Lemaistre, Sebilléau, etc.). Il est possible de se faire une idée de la taille œsophagienne, d'interroger fructueusement une statistique.

« Pour donner ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, l'œsophagotomie, comme la kélotomie, doit être aussi précoce que possible, pour prévenir

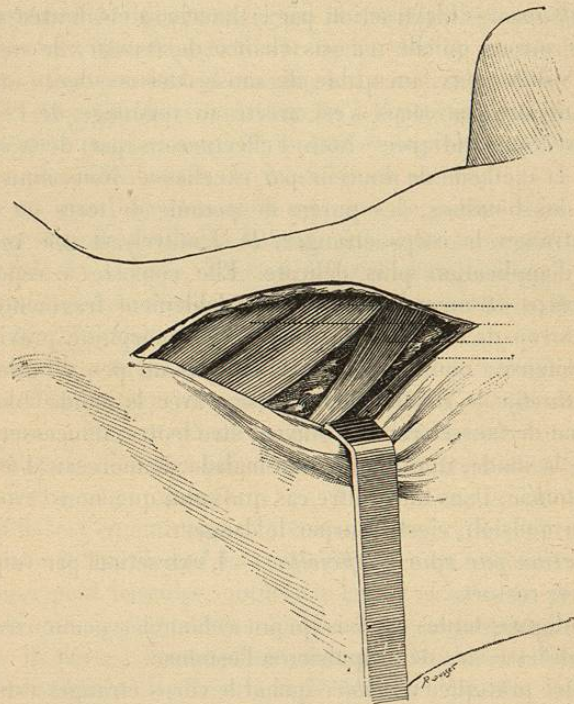


Fig. 8. — Œsophagotomie cervicale; 2^e temps; découverte des muscles sous-hyoïdiens (d'après Lenormant).

l'ulcération et le sphacèle des tuniques œsophagiennes, la péri-œsophagite, l'infiltration septique vers le médiastin, tous accidents qui sont prompts à se produire. A l'heure actuelle, grâce à l'antisepsie, l'œsophagotomie bien réglée devient bénigne. La gravité ne vient que des lésions pariétales dues à la prolongation de séjour du corps ou aux vaines tentatives d'extraction, et de l'affaiblissement lié aux difficultés de l'alimentation que crée la dysphagie. La statistique montre la léthalité opératoire croissant avec les délais. » (Forgue et Reclus.)

Rappelons donc ici, brièvement, les temps et les difficultés du manuel

(¹) Le cas d'Arnott est publié in *Med. chir. Transactions*, vol. XVIII.

opératoire, que l'expérimentation cadavérique, seule, nous a permis d'apprécier.

Commençons par nous assurer que le corps étranger est toujours en place, pour ne pas nous exposer à faire une opération inutile¹.

Marquons le milieu de notre incision au bord inférieur de l'anneau cricoïdien; faisons cette incision cutanée aussi longue que possible; il faut du jour, beaucoup de jour; chez l'enfant le cou est gras et court, et l'œsophage cervical n'a guère plus de 2 à 3 centimètres. L'incision s'étend du sternum² au voisinage du bord supérieur du thyroïde. Elle est faite à gauche, s'il est possible: de ce côté l'œsophage est mis à découvert par l'inflexion de la trachée qui se dévie légèrement de la ligne médiane pour se porter à droite.

Un coussin dur relève les épaules; la tête est détournée, le cou tendu. Reconnaissons le bord antérieur du sterno-mastoïdien; sa saillie est souvent difficile à palper chez l'enfant. C'est sur elle que nous sectionnons successivement la peau, le peaussier, l'aponévrose cervicale superficielle. Isolons le bord antérieur du muscle repère; réclinons-le en dehors; le paquet

vasculo-nerveux apparaît, parfois masqué par de volumineux ganglions lymphatiques. Dès lors, mettons à nu le cléido et l'omo-hyoïdien; le tranchant du bistouri est tourné contre la trachée; il cherche à se faire une

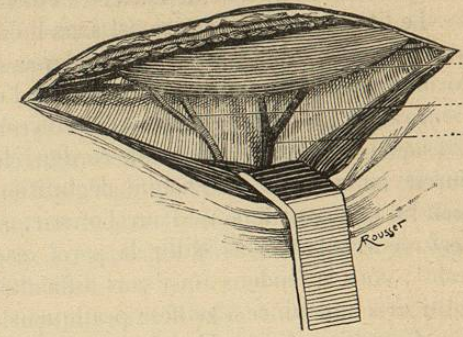


Fig. 9. — Œsophagotomie cervicale, 5^e temps (d'après Lenormant).

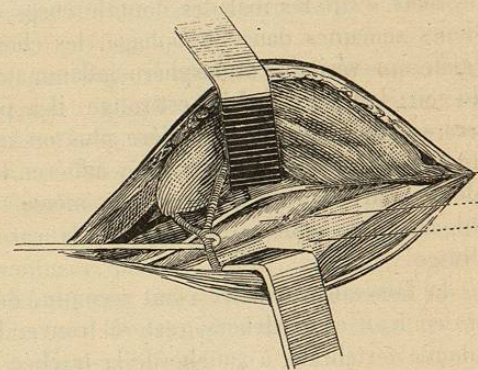


Fig. 10. — Œsophagotomie cervicale; fin du 5^e temps; le lobe thyroïdien est soulevé pour découvrir l'œsophage (d'après Lenormant).

(¹) Le 17 février 1897, on nous amène un enfant de 2 ans qui a avalé une pièce de 5 centimes. L'enfant est gai. Il ne paraît pas souffrir. Le cou est libre. On pratique sans succès le cathétérisme de l'œsophage.

Le 18 février, la radiographie révèle l'existence d'un corps étranger au niveau du bord supérieur de la clavicule.

Le malade entre le 19 février dans le service. Le lendemain, l'œsophagotomie est décidée. Avant d'opérer, nous voulons nous assurer que le corps étranger n'a pas subi de déplacement depuis qu'on en a fait la radiographie. Nous pratiquons le cathétérisme et une injection d'eau boriquée. En introduisant la sonde pour la seconde fois, nous constatons que toute sensation de résistance a disparu. La pièce de monnaie a dû « dévaler » dans l'estomac. L'enfant mange, séance tenante.

Le corps étranger est rejeté par l'anus le 1^{er} mars.
(²) Il y a intérêt à inciser le plus bas possible, car le corps étranger s'arrête d'ordinaire, à l'origine du segment thoracique, derrière le manubrium et parfois plus bas encore.

voie entre ces deux muscles; il les sectionne au besoin. Le corps thyroïde et, parfois, le thymus apparaissent: un premier écarteur récline en dedans la trachée et l'œsophage; un second attire en dehors le paquet vasculo-nerveux, dès que le bord interne de l'artère a été suffisamment dénudé.

Le lit où reposait l'artère est sous l'œil; le lobe thyroïdien est isolé de quelques coups de bistouri, puis relevé; « le doigt sent en haut la petite corne thyroïdienne, en bas la trachée et l'œsophage ». La thyroïdienne supérieure est à un bout de la plaie; la thyroïdienne inférieure à l'autre bout. L'œsophage apparaît comme un cordon charnu, rouge et contractile; il se durcit au moment de chaque déglutition; assurons-nous encore que c'est bien lui que nous tenons. Pour l'ouvrir, redoublons d'attention; fuyons le nerf récurrent; faisons saillir la paroi œsophagienne avec une sonde urétrale¹; nous la fendons ainsi sans difficulté. A défaut de sonde, attirons la paroi avec une pince à griffes; pratiquons une ponction qu'un coup de ciseau transforme en section. L'œsophage est ouvert.

Tel est le schéma de l'intervention dans les cas où la pénétration du corps étranger est de date récente. La sonde cannelée libère aisément la carotide sans dénuder sa paroi.

Mais « sur les malades dont le corps étranger a séjourné pendant plusieurs semaines dans l'œsophage, les choses se présentent autrement. Il existe une véritable atmosphère inflammatoire autour de la région viscérale du cou; le tissu cellulaire est rouge; il a perdu sa laxité; en dedans, l'artère se confond, d'une manière plus ou moins intime, avec « l'ensemble trachéo-œsophagien », et peut y adhérer tout à fait. Dans ces cas, il faut libérer l'artère avec prudence ou même laisser en place le paquet vasculo-nerveux, pour ne pas ouvrir la carotide en cherchant un plan de clivage.

Le faisceau vasculaire étant reconnu, découvert, et, si possible, isolé et tiré en haut et en dehors, reste à trouver l'œsophage, juste en avant de la colonne vertébrale, à gauche de la trachée déviée en dedans par la traction de l'écarteur interne. Cet œsophage peut être méconnaissable. Il est utile, alors, d'y glisser par le nez une sonde en caoutchouc vulcanisé.

Le seul danger de l'œsophagotomie externe est la blessure du nerf récurrent. Celle-ci est cependant presque impossible à réaliser dans l'opération sur le cadavre. Quand, en effet, on porte en dedans et en bas la trachée, ainsi que cela se pratique dans l'œsophagotomie, le segment gauche de la face antérieure de l'œsophage se découvre, mais le récurrent n'apparaît pas. Le nerf reste accolé à la trachée; il se laisse récliner avec elle et, si on veut le trouver, il faut le chercher sous l'écarteur, dans le tissu cellulaire paratrachéal où il chemine au milieu de plusieurs ganglions lymphatiques. On peut même assez récliner la trachée en dedans pour voir toute l'étendue transversale de la face antérieure de l'œsophage: le récurrent demeure encore obstinément caché sous l'écarteur, même si on opère très bas, à la naissance du cou.

(¹) Ou avec la sonde de VACCA BERLINGHIERI qui porte un ressort destiné à faire saillir la paroi de l'œsophage.

Il en est tout autrement quand il y a des lésions de périœsophagite; alors, la trachée, qui manque de souplesse, n'obéit pas à la traction; elle ne laisse pas à découvert la face antérieure de l'œsophage et n'entraîne pas avec elle le nerf récurrent. Pour éviter la blessure de celui-ci, il faut donc le chercher et le découvrir, ce qui n'est pas toujours facile, car il peut être perdu dans le tissu cellulaire enflammé qui entoure l'œsophage et la trachée, et se confondre avec lui.

L'ouverture de l'œsophage doit être pratiquée en dehors et en arrière du nerf; mais, en raison des lésions inflammatoires qui font adhérer la paroi latérale de l'œsophage, au point où s'est établi le contact tangentiel du corps étranger avec la carotide, on peut se trouver obligé de reporter en avant, non loin du récurrent, l'incision de l'œsophage. D'où la nécessité de voir le nerf pour éviter sa blessure. » (Sebileau.)

L'œsophage est ouvert¹. Le corps du délit² s'offre à l'œil et à la pince; parfois on doit le faire basculer pour assurer sa sortie. Le corps étranger est-il placé au-dessus de la taille œsophagienne? on peut le repousser vers la bouche ou s'aider, pour l'extraire, de manœuvres buccales. Siège-t-il au-dessous de l'incision? on le saisit avec une pince. « Au cours de semblables manœuvres, le corps peut démarrer et filer dans l'estomac³. » La suture terminera l'opération.

Cette suture, disons-le, n'est pas toujours aisée, car on opère profondément. Quand la paroi œsophagienne est tout à fait saine, quand le corps étranger est sorti sans inoculer les tissus cruentés, on doit coudre, successivement, la muqueuse puis la musculuse. On suture la peau, en dernier lieu, en drainant, si l'on veut, l'angle inférieur de la plaie.

Mais, le plus souvent, on trouve, en opérant, un œsophage dont les tuniques sont plus ou moins contuses, plus ou moins enflammées. On se bornera alors à suturer la peau et à drainer. Selon les circonstances, on utilisera soit un tube de caoutchouc, soit un tamponnement à la gaze stérile qu'on place au point déclive de la plaie opératoire.

Comment alimenter le petit malade? C'est là un point très important, que le chirurgien doit régler avant de quitter son opéré.

Les deux jours qui suivent l'intervention, l'enfant ne doit rien prendre; tout au plus, permettra-t-on un lavement d'eau bouillie pour éteindre la soif, un ou deux lavements alimentaires pour calmer la faim. Le rinçage de la bouche ne doit être autorisé que chez les enfants d'un certain âge. Chez les tout petits, on se contentera de passer sur la langue un tampon d'ouate imprégné d'eau bouillie. Les soins consécutifs doivent varier avec les modifications qu'on a dû introduire dans le manuel opératoire.

A-t-on pu suturer l'œsophage, on permettra le lait pris à petites doses, à intervalles rapprochés.

(¹) Il est arrivé d'inciser le corps thyroïde pour l'œsophage.

(²) On cite le cas de chirurgiens qui prirent le tubercule de Chassagnac pour un corps étranger.

(³) Dans une opération de Péan, il fut très difficile « même en s'aidant du doigt et de la sonde cannelée... de voir et de sentir l'œsophage, bien qu'il contiât le corps étranger. Cependant, dès qu'il fut mis à découvert, l'auteur pensa, avant de l'ouvrir, qu'il serait bon de tâcher d'exercer à travers les tuniques une propulsion de bas en haut, de façon à refouler, autant que possible, le corps étranger dans ce sens, assez pour pouvoir le sortir de la cavité buccale. Ces manœuvres réussirent pleinement. »

Dans le cas contraire on devra recourir à la sonde à demeure pour porter dans l'estomac les liquides alimentaires. La sonde à demeure est « placée dans le nez ou la bouche, elle est parfois intolérée; introduite par la plaie opératoire, elle est mieux supportée, mais elle gêne la cicatrisation, permet parfois le reflux des matières et doit être promptement supprimée, avant le 4^e ou le 5^e jour. Il sera le plus souvent possible, d'ailleurs, d'introduire sans fausse route, pour les deux repas de la journée, une sonde molle. C'est à ce parti que plusieurs opérateurs se sont arrêtés, devant l'intolérance du malade pour la sonde à demeure. »

Nous le répétons avec intention : notre description d'œsophagotomie est toute « platonique »; nous n'avons jamais pratiqué, ni vu pratiquer, l'œsophagotomie sur l'enfant vivant. Tout ce que nous tenions à faire, c'était énumérer les difficultés que nous avons trouvées, en médecine opératoire. Ces difficultés sont le fait, d'abord, des organes qui sont là nombreux, menus, au contact, et qu'il faut à tout prix respecter. L'abondance du tissu graisseux doit aussi entrer en ligne de compte, ainsi que la présence du thymus et d'un chapelet ganglionnaire dont les grains sont parfois énormes.

Il faut encore compter, sur le vivant, sur des difficultés nouvelles qui sont fonction des complications de péri-œsophagite qu'a pu déterminer le corps étranger.

II. *Œsophagotomie thoracique.* — Quand le corps étranger occupe le thorax, quand il est trop bas pour être extrait par œsophagotomie cervicale, trop haut pour être justiciable d'une gastrotomie, on est en droit de tenter, comme ultime ressource, l'œsophagotomie thoracique.

C'est Ivan J. Nasiloff (1888), qui proposa le premier de pratiquer la taille œsophagienne dans le médiastin postérieur. Trois ans plus tard, Quénu et Harthmann ont montré que pareille intervention était possible sans grands délabrements, à condition de pénétrer par le côté latéro-vertébral gauche. Potarca (1895) conseille d'aborder l'œsophage par le côté droit. Mais Forgue, qui pratiqua le premier l'opération sur le vivant, se range à l'opinion de MM. Quénu et Harthmann.

Nous nous bornons à résumer ici l'intéressante observation de Forgue :

« Il s'agissait d'un enfant de 8 ans qui avait avalé un gros sou, trois mois auparavant.

Un de nos confrères avait vainement tenté l'extraction du corps étranger avec le panier de de Græfe : l'alimentation était devenue difficile, la déglutition douloureuse, et l'enfant ne s'alimentait que de lait; il avait considérablement maigri et pâli, accusait une douleur thoracique profonde, avait des accès de suffocation et de fréquentes crises de toux quinteuse, après lesquels il expectorait des crachats muco-purulents striés de sang; il présentait des signes de bronchite, surtout marqués à droite, et l'on trouvait de ce côté une zone de submatité pulmonaire; des vomissements alimentaires, auxquels se mêlaient des traces de sang, venaient compliquer le tableau.

Les radiographies montraient le sou fixé au niveau du sixième espace intercostal, franchement à droite de la silhouette des corps vertébraux. L'enfant fut couché sur le côté gauche, un coussin roulé glissé sous le thorax, la tête un peu inclinée en avant; je fis une incision verticale de 14 centimètres, sur l'angle des côtes entre la ligne épineuse et le bord spinal de l'omoplate, le milieu répondant à un travers de

pouce au-dessous de l'épine scapulaire. En trois coups, l'incision fut, à travers les masses musculaires, conduite jusqu'à la surface des côtes.

Les 6^e, 5^e, 4^e côtes furent dénudées à la rugine, de part et d'autre de l'angle, sur une étendue de 5 centimètres et réséquées. Le thorax était ainsi ouvert par une brèche qui me permit d'introduire les doigts sous le bord interne de la fenêtre thoracique, et de commencer le décollement de la plèvre pariétale. Je sentis très nettement la saillie mince du bord droit du sou enclavé au bout de mes doigts à une profondeur de 8 centimètres environ.

Je voulus poursuivre le dégagement de l'œsophage. Manœuvre infructueuse : l'œsophage devint mobile en avant; il me fut impossible à partir de ce moment de palper le contact du rebord du sou, impossible aussi de retrouver le plan de clivage entre l'œsophage et la plèvre. Mes tentatives durent cesser parce que l'enfant, depuis quelques instants, présentait des troubles d'asphyxie.

Les suites furent aseptiques et simples.

A 12 jours de là, je décidai une nouvelle tentative, mais je voulus préalablement essayer l'extraction par les voies naturelles : la thoracotomie faite antérieurement, et dont la brèche avait été maintenue par le tamponnement iodoformé, me paraissait une garantie rassurante vis-à-vis des infiltrations septiques dans le médiastin, s'il arrivait que l'extraction forcée fût suivie d'une perforation œsophagienne; d'autre part, je comptais, dans le cas où le chargement du corps eût présenté des difficultés, l'aider et contrôler par l'introduction des doigts dans la brèche : je n'eus pas besoin de ce dernier secours, j'arrivai à charger le sou sur le panier et à l'amener au dehors par une traction forte. » (Forgue.)

Gastrotomie. — Richardson a eu l'occasion d'extraire un corps étranger de l'œsophage par gastrotomie. On pourrait au besoin pratiquer concurremment une œsophagotomie cervicale.

Dans une observation de J. Bull (1887) le corps étranger ne put être extrait par l'estomac. Le corps fut repoussé de bas en haut avec une éponge; on lui fit exécuter, mais à rebours, le voyage qu'il avait déjà effectué. On put le saisir, avec les doigts, quand il apparut dans la cavité buccale.

V. — CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC

Anatomie et physiologie pathologiques. — L'anatomie de l'estomac présente quelques particularités intéressantes chez l'enfant, où, contrairement à ce qui se passera plus tard, la grosse tubérosité est mal dessinée, tandis que la région qui précède le pylore (antre pylorique) a un développement relativement considérable. De plus, l'estomac se cache sous le foie, volumineux chez les jeunes sujets, et il ne contracte aucun rapport direct avec la paroi abdominale. Un corps étranger pénètre dans l'estomac; il s'oriente du cardia au pylore s'il est de forme allongée; lourd et volumineux, il tombera au point le plus déclive du bord inférieur; chez l'adulte il n'eût pas manqué d'occuper le fond de l'estomac, en raison du développement de cette région. Les mouvements lents et doux de l'estomac expliquent assez la tolérance de l'organe à l'égard des corps étrangers : il supporte admirablement bien les obligations auxquelles il ne peut se soustraire.

Parfois le corps étranger détermine une péritonite plastique. La séreuse stomacale se soude au péritoine pariétal, ou encore au péritoine intestinal. Qu'une perforation se produise alors, précédée ou non d'un abcès? Nous