DE

L'ŒSOPHAGOTOMIE

EXTERNE

PAR

L. FÉLIX TERRIER

DOCTEUR EN MÉDECINE

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine

Lauréat de l'École pratique (médaille d'or, 1866), ancien interne lauréat des hôpitaux.

PARIS

GERMER BAILLIÈRE LIBRAIRE-ÉDITEUR

17, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17

1870

DE

L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

INTRODUCTION

Le but que nous nous sommes proposé d'atteindre en écrivant ce travail, a été de démontrer aux chirurgiens que l'œsophagotomie proprement dite, ou mieux l'œsophagotomie externe, est une opération relativement simple, dont le manuel opératoire est presque facile, et n'expose en rien à des dangers formidables, comme on l'a trop souvent répété.

D'après les faits que nous avons pu réunir, cette opération donne des résultats très-satisfaisants, puisque sur 31 observations d'œsophagotomie externe pratiquée, soit pour des rétrécissements de l'œsophage, soit surtout pour extraire des corps étrangers introduits dans le conduit pharyngo-œsophagien, il n'y a que 10 opérations suivies de mort. Ajoutons, d'ailleurs, que dans la plupart de ces cas, l'issue fatale ne peut être imputée à l'opération elle-même ou à ses suites, qui le plus souvent sont très-bénignes, plus bénignes peut-être chez l'homme que chez les animaux, comme nous le verrons en exposant brièvement les résultats fournis par la médecine vétérinaire et la chirurgie expérimentale.

Est-ce à dire pour cela que l'œsophagotomie doive être pratiquée dès qu'on aura affaire à un corps étranger arrêté dans la partie supérieure de l'œsophage, ou bien lorsqu'un rétrécissement situé dans la même région donnera naissance à des symptômes quelque peu alar-

mants? Evidemment non; comme toutes les opérations, l'œsophagotomie externe a ses indications et ses contre-indications, mais nous pouvons dire, dès à présent, que ses indications sont plus nombreuses qu'on ne l'a pensé jusqu'ici. Pour mieux rester dans la vérité, nous pouvons assurer que depuis longtemps déjà les chirurgiens avaient parfaitement saisi les indications de l'opération; mais il est probable que beaucoup d'entre eux ont été arrêtés par cette idée préconçue que l'œsophagotomie était d'une exécution difficile, et nécessitait par cela même un sang-froid et une habileté exceptionnels.

Nous espérons prouver, d'accord en cela avec un certain nombre d'auteurs, que cette opinion est relativement fausse et qu'elle méritait être modifiée par une étude plus sérieuse de la question.

Nous aurions voulu compléter ce travail par un examen de l'œsophagotomie interne, bien que cette dernière opération diffère entièrement de l'incision externe du conduit œsophagien, par ses indications, par son manuel opératoire, enfin par le peu de bons résultats qu'elle a fournis jusqu'ici. Malheureusement nous n'avons pu réaliser ce projet, à cause du manque de temps.

En terminant, nous regardons comme un devoir de remercier MM. Verneuil, Giraldès et Le Fort pour les renseignements précieux qu'ils ont bien voulu nous communiquer sur la question que nous avons étudiée; enfin, que MM. Cheveer, de Boston, F. Arnold de Mirandola, et Willett de Londres, reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance pour les travaux et les indications qu'ils ont bien voulu nous adresser.

DÉFINITION. — DIVISION DU SUJET.

La plupart des anciens chirurgiens et même des chirurgiens modernes, ont désigné sous le nom d'*œsophagotomie* l'opération qui a pour but d'ouvrir l'œsophage au cou, soit pour en retirer un corps étranger, soit pour traiter ou pallier aux accidents qui résultent de la présence d'un rétrécissement œsophagien.

Il est évident que cette définition est mauvaise ou plutôt que la dénomination d'œsophagotomie donnée à une telle opération est incomplète. Si l'on compare les opérations que l'on pratique sur le conduit œsophagien à celles qu'on fait sur les autres conduits, et en particulier sur l'urèthre, on sent qu'il est de toute nécessité de diviser l'œsophagotomie en deux espèces parfaitement distinctes : l'œsophagotomie *externe* et l'œsophagotomie *interne*.

La définition de l'œsophagotomie donnée plus haut ne peut donc s'appliquer qu'à l'œsophagotomie externe. Dans ces dernières années, en effet, on a préconisé la section de dedans en dehors des rétrécissements œsophagiens, et c'est cette opération qui a été appelée œsophagotomie interne.

Comme on le voit par ces définitions, l'œsophagotomie externe diffère très-notablement de l'œsophagotomie interne, aussi son étude doit-elle être tout à fait séparée, contrairement à ce qui a lieu à propos de l'uréthrotomie. Dans un certain nombre de cas, cependant, on comprend que l'œsophagotomie interne ou externe puisse être employée pour combattre un rétrécissement œsophagien, mais ces conditions sont tout à fait exceptionnelles, et, le plus ordinairement, les indications de l'une de ces opérations excluent complétement la possibilité de pratiquer l'autre. Un malade, par exemple, se présente avec un rétrécissement œsophagien d'origine inflammatoire, et qui occupe une partie de la portion thoracique de l'œsophage, évidemment il est impossible de penser exclusivement à l'œsophagotomie externe, tandis que certains auteurs ont préconisé l'emploi de l'œsophagotomie interne. Dans d'autres cas, au contraire, le rétrécissement siégeant au cou, on pourra avoir recours à l'œsophagotomie externe de préférence à l'interne, plus spécialement lorsqu'il s'agira de pallier aux accidents d'inanition produits par une coarctation d'origine organique.

Parmi les observations d'œsophagotomie externe que nous avons pu rassembler, et surtout parmi celles qui ont trait à l'extraction de corps étrangers introduits dans les premières voies digestives, nous en avons rencontré un certain nombre qui ont été désignées par les auteurs eux-mêmes sous le nom de *pharyngotomie*. C'est que, en effet, l'incision extérieure faite au conduit pharyngo-œsophagien n'est pas toujours limitée à l'œsophage, elle peut empiéter sur le pharynx et même intéresser presque exclusivement la paroi pharyngienne. Fallait-il donc décrire d'abord l'œsophagotomie externe, puis revenir sur la pharyngotomie; nous ne le croyons pas. Les indications de l'opération, le manuel opératoire, ne diffèrent pas sensiblement dans les deux cas; enfin, il peut arriver, avons-nous déjà dit, que l'incision soit faite à la jonction du pharynx ou de l'œsophage, ce qui entraînerait la description d'une troisième opération ou pharyngo-œsophagotomie. La délimitation anatomique établie entre le pharynx et l'œsophage est certes aussi précise que celle qui sépare la trachée du larynx; et l'on pourrait arguer de ce fait pour combattre notre ma-

nière de voir. Nous ferons remarquer, toutefois, que ces limites ne sont pas toujours faciles à déterminer pour le chirurgien, et que la dernière partie du pharynx, celle que précisément l'on a sectionnée quelquefois, se sépare difficilement de la partie la plus élevée de l'œsophage. Ajoutons que cette remarque nous paraît d'autant plus exacte, que le chirurgien pratique toujours l'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien par sa partie latérale, c'est-à-dire en un point où le pharynx et l'œsophage semblent se continuer directement l'un avec l'autre. D'un autre côté, il faut bien noter que l'opération de la laryngotomie diffère notablement par ses indications et même par son manuel opératoire de celle de la trachéotomie : dans quelques cas elles peuvent être combinées comme l'œsophagotomie avec la pharyngotomie, mais c'est exceptionnel ; et, dans ces cas mêmes, le manuel opératoire est encore soumis à des règles toutes spéciales. Rien d'analogue, avons-nous dit, à propos de l'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien, mêmes indications ; ce sont des corps étrangers presque toujours ; même mode d'opération, même pansement. Somme toute, il n'y a donc pas de raison majeure qui puisse justifier une distinction tranchée pour le chirurgien ; aussi, sous le nom d'œsophagotomie externe comprendrons-nous l'ouverture du conduit *pharyngo-œsophagien* dans la région cervicale.

L'œsophagotomie externe peut être faite dans deux circonstances :

1° Lors de la présence d'un corps étranger ordinairement arrêté à la partie supérieure du conduit pharyngo-œsophagien.

2° Dans le cas de rétrécissement organique ou non, de la même portion du tube digestif.

Notre travail sera donc divisé en deux principaux chapitres ; dans l'un nous examinerons les indications et les contre-indications de l'œsophagotomie pour enlever les corps étrangers ; dans l'autre, nous exposerons les mêmes indications et contre-indications à propos des rétrécissements œsophagiens.

D'autres chapitres seront consacrés à l'historique complet de l'opération, aux quelques renseignements qu'on peut retirer de la médecine vétérinaire et de la chirurgie expérimentale, renseignements qui nous ont été fournis pour la plupart par notre ami et maître M. le professeur Colin, d'Alfort. Nous terminerons, enfin, par l'examen de divers procédés opératoires préconisés et employés par les chirurgiens.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

D'après Velpeau (1), l'idée de pratiquer l'ouverture de l'œsophage pour en retirer des corps étrangers, serait plus ancienne qu'on ne le croit généralement, et l'apparition d'abcès du cou, renfermant des aiguilles, de petits os, etc., arrêtés dans le conduit œsophagien, aurait en quelque sorte montré la voie à suivre aux chirurgiens.

On sait en effet qu'Houllier, Glandrop et beaucoup d'autres ouvrirent des collections purulentes contenant des corps étrangers qui avaient perforé l'œsophage. Toutefois, malgré ces indications, il est probable que les opérateurs furent longtemps retenus par l'idée qu'ils se faisaient de la gravité extrême des plaies œsophagiennes ; aussi Hévin, dans son *Mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage* (2) attire-t-il avec raison l'attention des chirurgiens sur la possibilité de la guérison des plaies de ce conduit, possibilité qui n'est plus mise en doute de nos jours.

C'est Verduc qui paraît avoir le premier proposé l'œsophagotomie pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. Voici comment il s'exprime dans son *Traité de pathologie chirurgicale* (3). « Mais si le corps étranger ne peut sortir par tous ces moyens et que » le malade soit en danger d'être étranglé, je crois qu'on pourra fort » bien *hasarder* l'opération en faisant une incision à l'œsophage pour » avoir ce corps étranger. On fera la même chose qu'à la bronchoto-

(1) *Méd. opérat.*, 1839, t. III, p. 695.
(2) *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. I, p. 444, 1743.
(3) *Pathologie chirurgicale*, 1643, t. II, p. 857.

» mie, il faudra d'abord séparer les muscles bronchiques, pour aller » d'une main adroite chercher l'œsophage et faire une incision longi- » tudinale à l'endroit du corps étranger. Je vous avoue que cette » opération est *difficile*, mais il vaut mieux l'entreprendre que » d'avoir le déplaisir de voir mourir le malade. »

Verduc restreignait donc singulièrement les indications de l'opération, car ce n'était qu'à la dernière extrémité et lorsque le malade était en danger de mort par suffocation, qu'on pouvait, disait-il, se *hasarder* à opérer. Cependant Hévin assure que des praticiens sérieux ont dit à Verduc qu'ils avaient fait cette opération avec succès (1), malheureusement ces observations sont perdues pour la science, si toutefois l'assertion de Hévin est exacte, car nous n'avons rien trouvé dans l'ouvrage auquel cet auteur renvoie le lecteur. Comme Verduc, Hévin (2) conseille l'opération de la *pharyngotomie* pour tirer les corps étrangers, il adopte sa manière d'opérer ; mais c'est toujours pour les cas pressants, désespérés, et lorsque le malade est près de suffoquer. Ces conseils sont toutefois plus hardis que ceux d'Habicot qui, dans ces circonstances, proposa et pratiqua (3) d'urgence l'opération de la trachéotomie, opération parfaitement indiquée d'ailleurs dans certaines circonstances.

Le premier travail qui parut sur l'*œsophagotomie* est dû à Guattani (4). Cet auteur connaissait la proposition de Verduc et rapporte une observation où certainement l'opération était parfaitement indiquée et où malheureusement elle ne fut pas pratiquée. Frappé de ce fait, Guattani fit des expériences sur des chiens et essaya l'œsophagotomie sur le cadavre. Il faisait une incision sur la ligne médiane et cherchait à arriver sur le conduit œsophagien en contournant la trachée et en se dirigeant vers la gauche ; ce côté lui paraissait devoir être préféré, aussi entre-t-il au début de son mémoire dans quelques considérations anatomiques sur la position de l'œsophage et sur sa déviation normale à gauche de la ligne médiane.

Guattani ne connaissait pas les observations d'œsophagotomie déjà pratiquée sur l'homme, car celles-ci ne sont rapportées que dans l'*Histoire de l'Académie royale de chirurgie* (5). En 1738, Goursaud

(1) Verduc, *Le maître en chirurgie ou l'abrégé de la chirurgie de Guy de Chauliac.* — Ch. Sing, *Exérèse*, p. 23 et 24. Paris, 1691.

(2) *Loco citato.*

(3) *Question chirurg., etc.*, 1620. Paris, ch. XI, p. 73.

(4) *Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, t. III, p. 351, 1747.

(5) *Mémoires*, t. III, p. 14, 1757.

père aurait obtenu un très-beau succès chez un homme qui avait avalé un os; le corps étranger faisait saillie à gauche du cou et put être retiré par une incision pratiquée en ce point. Le second fait d'œsophagotomie suivie de guérison appartient à M. Rolland, chirurgien major du régiment de Mailly, malheureusement on n'a aucun détail sur cette opération.

Ainsi donc, en 1757, on connaissait deux observations d'œsophagotomie pratiquée pour l'extraction de corps étrangers arrêtés dans le conduit œsophagien, et ces deux opérations avaient été suivies de succès. Dès lors les chirurgiens auraient pû être tout disposés à imiter la conduite de Goursaud père et de Rolland, et cependant la troisième opération ne fut faite qu'en 1831, par Bégin. L'œsophagotomie a-t-elle donc été oubliée pendant cette longue période? Évidemment non, et l'histoire le prouve bien.

En 1763, Antonius Destremeau soutint à Paris, sous la présidence de T. Bordenave, une thèse intitulée : *De corporibus extraneis intra œsophagum hærentibus* (1). Cet auteur ne fait qu'exposer les idées de Hévin ; en général il est partisan de l'expectation, lorsque les corps étrangers ne peuvent être ni extraits par la bouche, ni repoussés dans l'estomac. Il ajoute cependant que si ces corps sont volumineux, s'ils remplissent totalement le conduit œsophagien, si enfin il y a danger de mort : « *Ad operationem, arduam licet confugiendum et secandus œsophagus.* » Il décrit cette opération d'après Guattani, mais il paraît ignorer totalement l'existence des faits de Goursaud père et de Rolland, rapportés dans l'*Histoire de l'Académie royale de chirurgie.*

Dans son *Traité des opérations de chirurgie* (2) A. Bertrandi expose assez longuement ce qui se rapporte à l'œsophagotomie dans le chapitre xx intitulé de la *Trachéotomie;* il rappelle les expériences de Guattani et décrit brièvement l'opération proposée par ce chirurgien. Bertrandi a répété avec succès les recherches de son compatriote italien et il ajoute : « Cette opération ne me paraît pas très-difficile même chez les hommes (3). » Cependant il conseille aux chirurgiens de s'exercer à la pratiquer sur le cadavre.

L'opinion de Bertrandi sur la gravité probable de l'œsophagotomie était intéressante à connaître, car elle parut oubliée par la plupart des chirurgiens qui sont venus après lui.

(1) *Thèses de chirurgie* de Haller, t. II.

(2) Traduit de l'italien par Solier de la Romillas, p. 424, 1 vol. Paris, 1769.

(3) *Loc. cit.*, p. 426.

En 1781, une thèse intitulée : *Programa de œsophagotomia*, fut soutenue à Paris par J. B. Sue (1). Cet auteur fait l'histoire de l'œsophagotomie, signale les résultats heureux de Goursaud et Rolland, et raconte qu'il entreprit lui-même quelques expériences sur des chiens auxquels il faisait avaler de petits os ; ces animaux, au nombre de quatre, n'auraient gardé de l'opération qu'une gêne passagère de la déglutition. J. B. Sue conseille donc l'intervention chirurgicale si le corps étranger est arrêté entre la glande thyroïde et la clavicule. Cependant cette intervention ne doit être regardée que comme ressource extrême, lorsque les malades sont en danger de mourir asphyxiés, et elle nécessite un certain courage de la part du chirurgien. J. B. Sue ne connaît pas l'opinion de Bertrandi sur la facilité relative de pratiquer l'opération, aussi dit-il que l'œsophagotomie est toujours d'une exécution *fort difficile*.

Dans son *Cours complet de chirurgie*, traduit en français en 1796 (2) Benj. Bell ne paraît pas avoir d'idées bien arrêtées sur la gravité de l'incision de l'œsophage. Après avoir écrit qu'il est très-dangereux d'ouvrir ce conduit, et qu'on ne doit le faire que d'urgence, lorsque le malade suffoque ou meurt de faim, il ajoute un peu plus loin, à la suite de la description de l'opération, « qu'elle n'est pas à beaucoup près aussi dangereuse qu'on se l'imagine communément ». Il y a là une contradiction assez inexplicable ; toujours est-il que B. Bell conseille l'intervention chirurgicale, quelque douteuse qu'elle soit pour lui, et préfère de beaucoup l'œsophagotomie à l'ouverture de la trachée, qui ne serait qu'une opération en quelque sorte palliative. Mais il est important de faire remarquer que l'auteur anglais ne parle pas seulement de l'œsophagotomie, comme moyen d'extraire les corps étrangers introduits dans le conduit pharyngo-œsophagien ; il mentionne une seconde indication de cette opération, celle qui résulte de l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage. « Outre les causes d'obstruction dont nous venons de » parler, dit-il, il se forme souvent dans l'œsophage des resserrements » et des tumeurs qui interceptent toute communication entre la bou- » che et l'estomac. L'on pourrait, lorsque ces obstacles se rencontrent » à la partie supérieure de l'œsophage, y faire une ouverture pour » donner passage aux aliments, mais ce moyen ne procurerait guère » qu'un avantage passager, parce que les maladies de ce genre ont » jusqu'ici résisté à tous les remèdes. »

(1) *Thèses de chirurgie* de Haller, vol. III.

(2) Trad. de Bosquillon, 1796, t. II, p. 232.

En un mot, B. Bell conseille l'œsophagotomie comme opération palliative permettant aux malades de ne pas mourir de faim. Quant au procédé opératoire qu'il préconise, il diffère à peine de celui de Guattani.

Cette idée d'ouvrir une voie artificielle pour introduire des aliments dans l'estomac et empêcher ainsi la mort par inanition est d'ailleurs plus ancienne, et d'après Morgagni ce serait Stoffel qui, le premier, aurait soulevé cette question de traitement palliatif. En effet, dans une observation de rétrécissement soi-disant cartilagineux du conduit œsophagien, rapportée par Bonnet (1), Stoffel termine l'histoire de sa malade par ces réflexions fort judicieuses : « Si quia » principium illud Gulæ, quod proprie pharynx dicitur, in cartilagi- » nem œdema indurnerat, an ab industrio chirurgico pharyngotomia, » eo modo quo *Fontanus* laryngotomiam institui vult, suscipi po- » tuisset, incertum remedium certæ morti præferendum esse a te, » vir peritissime, audivi et retinui, tuaque autoritate sola nixus » pauca hæc quæsivi. Vale. »

Morgagni (2) rapporte donc à juste titre à Stoffel l'idée d'ouvrir l'œsophage comme moyen palliatif dans les rétrécissements de ce conduit qui siégent à la région supérieure du cou. Il fait remarquer avec raison que l'expression de pharyngotomie est impropre, en ce sens qu'il est plutôt indiqué de pratiquer l'incision de la partie supérieure du conduit œsophagien.

Il ajoute toutefois : « mais ce remède, en même temps qu'il est » douloureux est difficile, et dangereux comme le comprennent tous » ceux qui comparent, avec la trachée-artère qui se présente d'elle- » même, le siége profond de la partie supérieure de l'œsophage qui » est accompagnée de tant de muscles, de nerfs et de vaisseaux » remarquables (3). »

Il paraît résulter de ces réflexions que Morgagni n'était que peu partisan de l'idée ingénieuse formulée par Stoffel, c'est que déjà à cette époque l'œsophagotomie était considérée comme une opération

(1) Théop. Bonnet, *Sepulchretum*, lib. III, sect. IV. *De deglutitione læsa*, obs. XX, p. 35. Lugduni, 1700.

(2) J. B. Morgagni, *Opera omnia*, t. IV, *De sedibus et causis morb.*, liv. II, *Epist. anat. medica*, 1764, XXVIII, p. 15.

(3) J. B. Morgagni, *Des recherches anatomiques sur le siége et les causes des maladies* (traduction française de A. Desormeaux et J. B. Destouet), t. V, p. 45. Paris, 1821.

très-grave et très-difficile. « A côté de ces prévisions de Stoffel, dit » Follin (1), il faudrait peut-être placer le fait de de la Motte (2), qui, » dans une plaie du cou intéressant l'œsophage, parvint pendant trois » jours à alimenter son malade par cette voie artificielle. » Tel n'est pas notre avis; en effet, de la Motte dit lui-même : « nous nous » contentâmes de faire passer quelques cuillerées de bouillon dans » l'œsophage au moyen d'un petit entonnoir, plus pour humecter » cette partie que dans le dessein de prolonger les jours du malade. » Pour ce chirurgien ce malade était voué à une mort certaine; aussi attache-t-il fort peu d'importance à ce qu'il a fait, dans le seul but de diminuer les souffrances locales du malheureux confié à ses soins.

Somme toute, dès 1700, l'intervention chirurgicale était conseillée dans les rétrécissements infranchissables de la partie supérieure de l'œsophage, mais ce conseil ne fut suivi que vers la fin du XVIIIe siècle, et l'on ne sait par quel chirurgien.

Le fait est rapporté par Tarenget, professeur royal de l'université de Douai et de l'Académie d'Arras (3).

Il s'agit d'une religieuse de l'abbaye des Prés, atteinte d'une affection probablement organique de la partie supérieure du conduit pharyngo-œsophagien et chez laquelle *on* pratiqua une ouverture à l'œsophage au-dessous du point altéré. A l'aide d'un entonnoir introduit par cette plaie œsophagienne la malade fut alimentée pendant seize mois, toutefois elle finit par succomber aux progrès de l'affection dont elle était atteinte. Tarenget passe d'ailleurs fort légèrement sur cette opération intéressante, qu'il traite de « *dangereux artifice* », ce n'est donc certainement pas lui qui a fait cette œsophagotomie, et d'ailleurs, comme le remarque Follin (4), il ne s'attribue nullement le mérite de cette intervention chirurgicale, qu'au contraire il n'est pas loin de blâmer.

En résumant cette première partie de l'histoire de l'œsophagotomie, on voit que cette opération, d'origine française, avait été pratiquée dans notre pays pour les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et pour pallier aux accidents résultant de la présence de rétrécissements infranchissables de la partie supérieure du même conduit. Évidemment les indications n'étaient qu'entrevues, vagues, mal déterminées,

(1) *Des rétrécissements de l'œsophage*, thèse d'agrégation en chirurgie, p. 116, 1853.

(2) *Chirurgie*, t. I, p. 731.

(3) *Journal de médecine, de chirurgie, de pharmacie*, t. LXVIII, p. 250, 1786.

(4) *Loco citato*, p. 116.

mais enfin il n'y avait pas eu que des idées émises; on les avait appliquées, et, fait important, on avait à s'en louer. Aussi voyons-nous B. Bell profiter des expériences faites en France, sans les citer. En fut-il de même des chirurgiens français? malheureusement non; ils oublièrent trop longtemps les enseignements de leurs prédécesseurs, et dès la fin du XVIIIe siècle Chopart et Desault (1) ne conseillaient l'œsophagotomie que pour extraire les corps étrangers, et seulement lorsque ceux-ci faisaient saillie sur les parties latérales du cou. Le manuel opératoire lui-même est modifié, car ils disent que le chirurgien doit se placer à droite pour opérer, en somme ces auteurs paraissent peu disposés en faveur de l'intervention chirurgicale.

Ajoutons, pour être complet, qu'en 1799, Eckholdt (2) proposa une nouvelle méthode opératoire pour faire l'œsophagotomie, il conseilla, comme nous le verrons plus loin, de pénétrer entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, ce qui permet d'arriver sur l'œsophage tout à fait à la partie inférieure du cou, fait important dans quelques circonstances. Toutefois ce procédé, vanté par Sprengel (3), n'a pas été employé sur le vivant, vu probablement la difficulté de son exécution.

Le premier travail important publié au XIXe siècle sur l'œsophagotomie est le mémoire de Vacca Berlinghieri imprimé en 1820. Cependant, jusqu'à cette époque, l'opération n'est pas absolument oubliée, et il en est toujours question dans les thèses, les mémoires, les traités classiques et les articles de Dictionnaire consacrés à l'étude de corps étrangers de l'œsophage. En général, on ne trouve pas un mot touchant l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements; les conseils de Stoffel et de B. Bell, le fait de Tarenget, semblent ignorés de la plupart des chirurgiens.

Les thèses de Rivière (4) et de A. Penel (5) n'offrent qu'un médiocre intérêt historique, notons toutefois que ce dernier auteur conseille l'emploi *d'une sonde rigide* pour pratiquer l'œsophagotomie. Cette opération est assez bien exposée dans le travail inaugural de

(1) *Traité des maladies chirurgicales, etc.*, t. I, p. 273, an IV (1795-96).

(2) *Ueber das Ausziehen fremder Körper aus dem Speisecanal und der Luftröhre*, in-4. Leipzig, 1799. (Nous n'avons pu consulter cet ouvrage.)

(3) *Histoire de la médecine*, t. VIII, p. 401.

(4) Rivière, *Dissertation sur l'utilité d'un nouvel instrument pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage*, thèse de Paris, an XI, n° 345.

(5) Penel, *Dissertation sur la bronchotomie et l'art de sonder l'œsophage*, thèse de Paris, an XI, n° 175.

Vignardonne (1), cependant il est loin de résumer toutes les connaissances qu'on possédait alors sur ce sujet. L'auteur ne s'occupe que de l'œsophagotomie pratiquée pour retirer les corps étrangers du conduit pharyngo-œsophagien ; et comme la saillie anormale formée par le corps étranger facilite l'opération, il préconise avec Giraud l'emploi de la *sonde à dard* du frère Côme pour ouvrir l'œsophage. Il n'est pas besoin d'insister sur les dangers d'une pareille pratique, bien qu'on ne doive faire saillir le dard qu'après une incision préalable de la peau et des tissus sous-jacents de manière à s'assurer, dit Vignardonne, qu'il ne reste aucune partie essentielle entre l'extérieur et l'extrémité de la sonde. La thèse de Dedebant, parue en 1814 (2), n'ajouta rien à la question, nous sommes bien loin des idées de Hévin et de Guattani, puisque la saillie extérieure du corps étranger est considérée alors comme une condition *sine qua non* de l'opération. D'ailleurs cette marche rétrograde des idées est manifeste dès 1808 ; dans un travail phrasé et prétentieux de Sulpicy, inséré dans les *Annales de la Société de médecine pratique* de Montpellier (3). L'auteur adopte cependant l'opération lorsque le danger est très-pressant ; mais, fait important à noter il la croit *très-difficile à pratiquer ;* ce qui pourrait bien expliquer sa résistance à toute intervention chirurgicale, alors que les symptômes présentés par sa malade étaient des plus alarmants.

L'article de Jourdan publié dans le *Dictionnaire* en 60 volumes (4), résume assez bien les opinions de l'époque sur les indications et les contre-indications de l'œsophagotomie. Pour cet auteur, c'est une opération qui consiste à inciser l'œsophage afin de retirer « un corps étranger qui s'y est introduit et arrêté ».

On doit opérer, quand le corps étranger ne peut être déplacé, que la suffocation est imminente, que la déglutition est impossible, enfin surtout lorsque le corps, siégeant à la partie supérieure du conduit pharyngo-œsophagien, fait saillie sur les parties latérales du cou. Cependant, il conseille d'agir de préférence du côté gauche, et d'accord avec Richerand (5), il rejette l'emploi de la sonde à dard du

(1) Vignardonne, *Quelques propositions sur l'œsophagotomie*, thèse de Paris, 1805, n° 567.

(2) *Essai sur les corps étrangers dans le pharynx et l'œsophage, etc.*, thèse de Paris, 1814, n° 140.

(3) Tome XI, p. 371, 1808.

(4) Tome XXXVII, p. 192, 1819.

(5) *Nosographie chirurgicale*, t. III, p. 259. Paris, 1821.

frère Côme. La plaie doit être réunie par des agglutinatifs et le malade soumis à une diète absolue pendant quelques jours.

Jourdan ne se prononce pas sur la gravité plus ou moins grande de l'opération, et cependant des chirurgiens contemporains commençaient à revenir sur ce point et semblaient se rappeler la remarque formulée par Bertrandi à la fin du dernier siècle. Dès 1816, Delpech consacrait un long chapitre de son *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, à l'étude des accidents produits par les corps étrangers de l'œsophage (1), et finissait par ces réflexions : « Un » corps étranger volumineux ou médiocre et irrégulier, fixé dans le » pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage, ayant produit une » inflammation qui devient alarmante, doit être extrait par l'opération » de la *pharyngotomie*, *l'expérience a suffisamment démontré la possi-* » *bilité et le peu de danger* de cette ressource pour qu'elle ne doive » pas être négligé. « De plus il conseille d'agir promptement (2). De son côté Richerand (3) n'hésite pas à dire que « l'œsophagotomie est moins dangereuse qu'il ne semble d'abord ». Du reste, il modifie heureusement le manuel opératoire en reportant l'incision latérale gauche au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Nous avons déjà vu qu'il rejette l'emploi de toute sonde destinée à percer la paroi œsophagienne de dedans en dehors.

On semblait donc revenir, au moins en France, des jugements prématurés portés sur la gravité extrême de l'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien ; malheureusement ce n'étaient que des opinions tout au plus appuyées sur des considérations anatomiques, aussi eurent-elles peu d'influence sur Boyer (4). Cet illustre chirurgien, n'ayant pas eu l'occasion de pratiquer cette opération, ne put la juger avec ce grand bon sens qui n'était autre que du génie ; on ne peut donc lui reprocher qu'une connaissance insuffisante de l'état de la question au point de vue historique. Voici les indications qu'il donne de cette opération : « Lorsqu'un corps étranger arrêté dans l'œso- » phage n'a pu être, ni retiré ni enfoncé ; qu'il bouche tellement ce » conduit que la déglutition est impossible et que la compression qu'il » exerce sur la trachée-artère gêne la respiration au point de faire » craindre la suffocation, si ce corps *fait saillie à l'extérieur* on doit

(1) Tome II, p. 51, 1816.
(2) *Loc. cit.*, p. 61.
(3) *Loc. cit.*, t. III, p. 259.
(4) *Maladies chirurgicales*, t. VII, p. 175 et suiv.

» avoir recours à l'œsophagotomie » (1). D'après Boyer, l'indication d'opérer à gauche est inutile, puisque pour intervenir il faut que le corps fasse saillie à l'extérieur; toutefois cet auteur conseille de préférer le côté gauche, si la saillie anormale est manifeste des deux côtés du cou.

On voit donc combien diffèrent les opinions des divers auteurs classiques sur l'opportunité et la gravité de l'ouverture du conduit œsophagien. Tandis qu'avec Verduc et Guattani, Hévin (2), Portal (3), Bertrandi (4), B. Bell (5), G. Richter (6), Monteggia (7), Rossi (8), Léveillé (9), Delpech (10) et Richerand (11) acceptent cette opération comme très-rationnelle; Chopart et Desault (12), Lassus (13), Sabatier (14), H. Callissen (15), Jourdan (16) et Boyer (17), hésitent beaucoup à la conseiller et ne se décideraient à recourir à ce moyen qu'à la dernière extrémité; encore faudrait-il que le corps étranger fasse saillie sur les parties latérales du cou.

Quelques-uns de ces auteurs paraissent même ignorer entièrement les faits d'œsophagotomie publiés dans l'*Histoire de l'Académie royale de chirurgie*. Lassus, par exemple, dit que « cette opération n'a » jamais été faite que sur des cadavres, et nous ne pensons pas qu'en » raison du danger qu'on ferait courir au malade, *personne soit assez* » *téméraire pour la faire sur le vivant!* »

En 1820 parut à Pise le mémoire de Vacca Berlinghieri. Ce chirurgien expose avec une parfaite clarté l'histoire de l'œsophagotomie; s'appuyant, comme Hévin et Guattani, sur l'innocuité relative des plaies

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Précis de chirurgie pratique*, par M. P..., 2e partie, p. 581, 1768.
(4) *Loc. cit.*
(5) *Loc. cit.*
(6) *Éléments de chirurgie*, vol. IV, p. 191 et suiv.
(7) *Instituzioni chirurgiche*, 2e édit., vol. VII, p. 179. Milano, 1815.
(8) *Éléments de médecine opératoire*, t. II, p. 76. Turin, 1806.
(9) *Nouvelle doctrine chirurgicale*, t. III, p. 442. Paris, 1812.
(10) *Loc. cit.*
(11) *Loc. cit.*
(12) *Loc. cit.*
(13) *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 544. Paris, 1806.
(14) *De la médecine opératoire*, 2e édit., t. III, p. 14. Paris, 1810.
(15) *Systema chirurgiæ hodiernæ*, t. II, p. 340. Hafniæ, 1800.
(16) *Dictionnaire* en 60 volumes, *loc. cit.*
(17) *Loc. cit.*

incomplètes et surtout longitudinales de l'œsophage, ainsi que sur les expériences pratiquées chez les animaux, il accepte franchement l'opération, lors de l'arrêt des corps étrangers dans le conduit œsophagien.

De nombreuses observations d'accidents graves résultant, soit de la chute de ces corps dans l'estomac, soit de leur séjour prolongé dans l'œsophage, viennent à l'appui de son opinion.

« Puis donc, dit-il, que le raisonnement et les faits démontrent que » de graves accidents et la mort même peuvent être la conséquence » du séjour de certains corps dans l'œsophage, ou de leur chute dans » l'estomac (lors même qu'ils ne forment pas une tumeur sur les par- » ties latérales du cou, et qu'ils ne gênent pas considérablement la » respiration et la déglutition); puisqu'il est également certain qu'il » y a peu de choses à craindre de la blessure longitudinale de l'œso- » phage ; il n'y a plus lieu de demander si l'on doit ou non inciser » ce canal, toutes les fois que le cas l'exigera, pourvu qu'on puisse » trouver un procédé facile pour inciser l'œsophage suivant sa lon- » gueur sans courir le risque d'offenser jamais les parties voisi- » nes (1). »

Vacca propose donc un nouveau procédé pour ouvrir le conduit œsophagien.

Dès 1793 (2), il avait conseillé de faire cette ouverture sur une sonde d'argent, introduite dans l'œsophage, mais cette idée fut peu appréciée, et Rossi (3) seul l'accepta sans toutefois citer Vacca.

Dans son mémoire il remplace cette sonde par un instrument spécial dit *ectopœsophage* qui, introduit dans le conduit pharyngo-œsophagien, permet d'en faire saillir la paroi située du côté où l'on pratique l'opération, nous reviendrons d'ailleurs sur le manuel opératoire proposé par le chirurgien italien.

Grâce à cet instrument, dit-il, l'opération est facile, et l'on peut toujours ouvrir l'œsophage au milieu du cou, c'est-à-dire entre les deux artères thyroïdiennes supérieure et inférieure.

Immédiatement après l'opération, on doit tenter la réunion immédiate ; aussi préfère-t-il la diète sévère, à l'introduction d'une sonde dans l'œsophage pour nourrir le malade.

(1) *Della esofagotomia*, etc. Pise, 1820. Traduction française par J. C. Morin, dans les *Mélanges de chirurgie étrangère*, t. I, p. 71. Paris, 1824.

(2) *Réflexions sur le traité de B. Bell*, t. I, p. 64, 1793, cité par Vacca lui-même.

(3) *Loco citato.*

Toutefois ses opinions ne sont pas absolues, et dans quelques circonstances il croit utile d'alimenter les opérés, avec ou sans sonde œsophagienne, et, dans ce dernier cas, il ne pense pas que l'écoulement d'une certaine quantité des liquides alimentaires par la plaie entraîne fatalement une fistule incurable. Cette opinion, contraire à celle de Richerand, a été justifiée comme on le verra par les faits cliniques. » Ainsi, dit-il, je crois que lorsqu'un chirurgien sait qu'il est resté » dans l'œsophage un corps étranger de nature à n'être point poussé » dans l'estomac, sans courir quelque danger important, il doit, après » avoir fait quelques tentatives pour l'extraire, qui ne soient ni trop » fortes, ni trop prolongées, recourir sans hésiter à l'œsophagoto- » mie. »

On ne saurait trop faire remarquer la sagesse de ces conseils ; Vacca les appuyait surtout sur le raisonnement et sur son bon sens chirurgical ; or, ils sont aujourd'hui confirmés par les faits, et l'on peut dire que le chirurgien italien a en quelque sorte deviné l'avenir.

En résumé, Vacca Berlinghieri croit l'œsophagotomie tellement facilitée par l'emploi de son instrument, qu'il n'y a plus aucun danger de léser les vaisseaux et les nerfs voisins de l'œsophage ; aussi, y a-t-il un corps étranger dans ce conduit, et ce corps peut-il léser chimiquement ou mécaniquement les tissus, il faut opérer. « Le chirurgien » ne doit pas hésiter à opposer à un accident aussi dangereux une » opération peu importante. » On ne peut mieux plaider en faveur de l'intervention chirurgicale.

Depuis le mémoire de Vacca jusqu'à celui de Bégin (1), il ne parut rien de bien intéressant sur l'œsophagotomie, aussi ne ferons-nous que signaler l'article du *Dictionnaire* de S. Cooper (2) et quelques thèses soutenues à la faculté de Paris (3). Toutefois, avant d'arriver au travail de Bégin, nous devons mentionner l'article de Kessler dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Rust (4) ; bien que publié en 1834 il est très-probable que ce travail a été écrit avant cette date, puisqu'il n'y est fait aucune mention du mémoire de Bégin paru en 1832.

Sous le nom d'œsophagotomie, l'auteur allemand désigne l'ouverture du canal œsophagien, soit pour extraire des corps étrangers, soit

(1) *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XXXIII, p. 241, 1832.

(2) Tome II, p. 180, trad. franç., 1826.

(3) G. E. Blondeau, *Thèses de Paris*, 1830, n° 44. — Sonnier, *ibid.*, 1831, n° 286. — M. A. A. Doussan, *ibid.*, 1831, n° 41.

(4) Rust, *Handbuch der Chirurgie*, Bd. XII, S. 281. Vienne et Berlin, 1834.

pour introduire des aliments, d'une manière artificielle, par exemple lorsque des tumeurs de la partie supérieure de l'œsophage entravent le passage des bols alimentaires. Les indications sont donc nettement et complétement posées. Klüge, même, aurait proposé cette opération, lors de la dilatation anormale de la partie supérieure de l'œsophage chez les vieillards (*ventricule succenturié*).

Kessler croit l'opération difficile, même pour un bon chirurgien, et fort dangereuse vu ses suites, telles que les fistules, les rétrécissements, les abcès, etc. Trois procédés, dit-il, peuvent être employés : 1° celui de Verduc et Guattani ; 2° celui d'Eckholdt ; 3° enfin, celui de Vacca qui lui paraît préférable, bien que le chirurgien allemand fasse remarquer avec raison qu'il n'est pas toujours applicable, en particulier quand le rétrécissement ou le corps étranger a son siége vers la partie supérieure du conduit pharyngo-œsophagien. Le procédé de Van Grescher, qui conseille de traverser la trachée pour arriver à l'œsophage, n'a pas besoin d'être réfuté, aussi Kessler ne fait-il que le mentionner.

Nous arrivons enfin à l'intéressant mémoire de Bégin. Ce chirurgien avait été frappé des nombreux accidents qui pouvaient succéder à l'abandon d'un corps étranger arrêté dans le conduit œsophagien, et avait même publié un travail à ce sujet (1). Il rappelle que, dans un cas signalé par Hévin, un fuseau implanté dans la région pharyngienne put être heureusement extrait par une incision extérieure, et que, dans beaucoup d'autres circonstances, des aiguilles, des os, des arêtes de poisson, ont perforé l'œsophage, et sont arrivés à l'extérieur en donnant naissance à des abcès. La nature, quoi qu'en ait dit Lassus, servait donc de guide au chirurgien : aussi, tenant compte des faits de Goursaud et de Rolland, Bégin était-il bien décidé à tenter l'œsophagotomie. Il ne tarda pas à en avoir l'occasion sur deux soldats, chez lesquels un os s'était arrêté dans la région cervicale du conduit œsophagien.

On peut dire que Bégin, *le premier*, donna des règles opératoires, basées sur sa pratique et son observation personnelles. Il modifia beaucoup les procédés de Guattani et de Boyer, car il pénétra entre la trachée et les muscles sous-hyoïdiens d'une part, le sterno-mastoïdien, la carotide, la jugulaire interne et les nerfs pneumogastrique et grand sympathique d'autre part. Il conseilla de sectionnner l'omo-

(1) *Recueil de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XX, p. 377, 1826.

hyoïdien, qui croise obliquement la solution de continuité, et, arrivé sur l'œsophage, il l'incisa directement à gauche et parallèlement à son axe. Bégin ne se servit, ni de conducteur, ni de la sonde de Vacca, pour faire saillir la paroi œsophagienne, vu la difficulté d'introduire quoi que ce soit dans le pharynx de ses malades, difficulté qui sera moindre plus tard, grâce à l'intervention des anesthésiques.

La plaie ne doit pas être réunie; enfin, au lieu de soumettre ses opérés au supplice d'une diète absolue, il alimente ses malades à l'aide de la sonde œsophagienne, pendant les premiers jours qui suivirent l'opération.

L'importance du travail de Bégin n'est donc pas discutable; ce chirurgien s'est appuyé sur des connaissances anatomiques exactes pour pratiquer ses deux opérations, puisque, dans ces deux cas, il n'y avait aucune saillie extérieure due à la présence du corps étranger, et qu'on dut renoncer à introduire un instrument quelconque dans le conduit pharyngo-œsophagien.

Comme celles de Goursaud et de Rolland, les deux opérations de Bégin furent couronnées de succès; ces résultats devaient encourager les chirurgiens de notre pays; et, cependant, ce ne fut que plus de vingt ans après qu'une autre opération d'œsophagotomie fut pratiquée en France. A peu près à la même époque, c'est-à-dire à la fin de l'année 1832, J. M. Arnott (1), chirurgien de l'hôpital de Middelesex, s'appuyant sur les trois observations d'œsophagotomie publiées dans notre pays pendant le dernier siècle, et, ignorant les deux faits encore inédits de Bégin, pratiqua l'ouverture du conduit œsophagien chez un enfant de deux ans et trois mois, qui avait avalé un os de mouton depuis plus de quatre semaines. Malheureusement, l'enfant mourut cinquante-six heures après l'opération, d'une pneumonie double. J. M. Arnott fait suivre la relation de cette observation de remarques fort judicieuses, qui méritent toute l'attention des chirurgiens. Contrairement aux opinions presque classiques du moment, on dut opérer malgré la gêne relative et non absolue de la déglutition et de la respiration, malgré l'absence de toute saillie sur les parties latérales du cou. L'auteur anglais insiste sur les inconvénients de la temporisation, sur la manière d'arriver sur l'œsophage, manière qui se rapproche beaucoup de celle de Bégin; enfin, sur l'emploi de la sonde uréthrale ou de l'instrument de Vacca, et sur le mode de pénétrer avec les pinces dans l'ouverture pratiquée au conduit œsophagien. Cette der-

(1) *Transact. Med.-Chir.*, vol. XVIII, p. 86. London, 1833.

nière manière de faire a été préconisée par Charles Bell (1) dans une leçon clinique sur l'œsophagotomie, leçon faite précisément à propos du cas d'Arnott, et dans laquelle il insiste sur le manuel opératoire.

Avec Bégin, Arnott donne le conseil d'alimenter les opérés, grâce à l'emploi de la sonde œsophagienne introduite, soit par la bouche, soit même par la plaie, comme il fut obligé de le faire chez son petit malade. Au bout de deux ou trois jours, on ne doit plus craindre l'infiltration des matières alimentaires dans les tissus, aussi peut-on se passer jusqu'à un certain point du cathétérisme.

« Généralement», dit-il en terminant, « on croit l'opération de l'œ-
» sophagotomie à peine justifiable, et cette opinion tire son origine bien
» plus d'une vague notion de ses difficultés et de sa gravité que d'un
» examen minutieux de ses complications possibles. Le simple fait de
» son exécution chez un enfant sans léser ni un vaisseau, ni un nerf
» important, démontre que, tout en nécessitant des connaissances
» anatomiques précises, cette opération *n'est pas si formidable*, ce qui
» doit contribuer à la faire accepter dans les cas où elle est la seule
» chance de salut. »

Ces conclusions, entièrement analogues à celles de Bégin, sont d'autant plus intéressantes qu'Arnott lut son travail (2) quelque temps avant que l'article du chirurgien français, imprimé dans le *Journal universel et hebdomadaire* (3), fût connu en Angleterre. L'idée de pratiquer l'œsophagotomie pour extraire les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage fut ainsi reprise en quelque sorte simultanément par Bégin en France et par Arnott en Angleterre. Étudiée théoriquement jusqu'en 1831, l'œsophagotomie entra donc définitivement dans le domaine de la pratique chirurgicale après les opérations précédentes; cependant il n'est pas inutile de faire remarquer que les indications de l'opération étaient encore assez incomplètes, puisqu'on n'y pensait guère que pour remédier aux accidents produits par les corps étrangers intra-œsophagiens.

Les choses en étaient restées là en 1837; car, dans une thèse de Strasbourg (4), G. A. Germain ne parle que de l'œsophagotomie pour retirer des corps étrangers. Cet auteur ne paraît pas se douter qu'on ait préconisé et même pratiqué en France (5) l'ouverture de l'œsophage

(1) *Institutes of Surgery*, vol. XI, p. 301 et suiv. London, 1838.

(2) Le 12 mars 1833.

(3) Le 20 avril 1833.

(4) *De l'œsophagotomie*, thèse de Strasbourg, 2e série, n° 12, 1837.

(5) Fait publié par Tarenget.

pour des rétrécissements organiques de la partie supérieure du conduit pharyngo-œsophagien.

Après avoir passé en revue un grand nombre d'observations de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, observations destinées à établir les indications et les contre-indications de l'intervention chirurgicale, Germain conclut en faveur de l'œsophagotomie contre la temporisation et l'expectation ; ce sont, en somme, les conclusions de Bégin. Il décrit longuement le manuel opératoire et les soins consécutifs à l'opération. Dans ses conclusions, Germain insiste sur ce fait que le plus grand nombre des opérations pratiquées sur l'œsophage ont été faites par des *chirurgiens militaires*, ce qui s'explique jusqu'à un certain point par la gloutonnerie avec laquelle les soldats mangent des aliments préparés sans soins. Faut-il en conclure « que » l'honneur de la découverte de l'œsophagotomie appartient aux chi- » rurgiens des armées » ? Nous croyons que cette opinion, vraie dans une certaine limite, résulte un peu de la position de l'auteur, chirurgien militaire lui-même. D'ailleurs, il est encore fort réservé quant aux indications de l'opération, car il termine en disant que, « malgré » les ressources qu'on est en droit d'attendre de l'œsophagotomie, il » n'en faut pas moins la regarder comme une de ces opérations » *graves, importantes*, auxquelles on ne doit recourir que par d'*im-* » *périeux motifs* ».

Dans une thèse de la Faculté de Paris, soutenue en 1838 (1), on trouve un résumé succinct du mémoire de Bégin et de la thèse de Germain, aussi ne faisons-nous que signaler l'existence de ce travail.

L'année suivante, Velpeau (2), mettant à profit les recherches de ses devanciers, exposa d'une façon complète les indications et les divers procédés employés jusqu'alors pour pratiquer l'œsophagotomie.

L'incision de l'œsophage doit être faite, dit-il, non-seulement pour retirer les corps étrangers, mais encore pour nourrir les sujets dont le conduit œsophagien est rétréci vers le pharynx. Velpeau n'ignorait, en effet, ni l'opinion de Stoffel, rapportée par Morgagni, ni le fait publié par Tarenget (3).

A propos du manuel opératoire, qu'il décrit avec grand soin, Velpeau préconise l'emploi de la sonde à dard, mais il ne fait saillir la

(1) Andrieu d'Albas, *Comment pratique-t-on l'œsophagotomie ?* in thèse de Paris, n° 320, 1838.

(2) *Médecine opératoire*, t. III, p. 695, 1839. — *Dictionnaire* en 30 volumes t. XXI, p. 379 et suiv., 1840.

(3) *Dict.* en 30 volumes, *loc. cit.*, p. 412.

pointe de l'instrument que lorsqu'on est arrivé à l'œsophage, et que la paroi de ce conduit est bien à découvert. D'ailleurs, il semble attacher peu d'importance à l'usage de cet instrument, qui lui paraît pouvoir être remplacé par tout autre conducteur, « si tant est qu'on » ait besoin d'un conducteur lorsqu'on exécute l'œsophagotomie ». Comme Richerand (1) et Ch. Bell (2), Velpeau conseille de faire l'incision cutanée au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche, il sépare le conduit laryngo-trachéal et les muscles sous-hyoïdiens du paquet vasculo-nerveux cervical, et arrive ainsi à l'œsophage, dont il fait saillir la paroi avec la sonde, et qu'il transperce alors de dedans en dehors. La plaie peut être réunie, et une sonde à demeure, laissée trois à quatre jours, permet d'alimenter le patient sans danger d'infiltration des matières demi-solides ou liquides dans les tissus voisins.

Dans ses *Leçons de clinique chirurgicale* (3), Dupuytren consacre un article à l'étude des corps étrangers de l'œsophage. « Il y a », dit-il, « trois voies à suivre : les retirer par la bouche, par une incision, ou » les pousser dans l'estomac. » Malheureusement il se borne à ces indications, et n'insiste que sur l'extraction par la bouche ou la propulsion dans l'estomac, ce qui tend à faire croire que Dupuytren n'acceptait l'œsophagotomie que comme ressource extrême et exceptionnelle.

Arnott et Bégin ne tardèrent pas, cependant, à trouver des imitateurs, et, dès 1832, de Lavacherie eut l'occasion de pratiquer avec succès l'œsophagotomie pour extraire un os arrêté dans l'œsophage; ce chirurgien mit en pratique le procédé suivi par Bégin. Ce ne fut cependant que deux ans après que de Lavacherie lut à l'Académie de médecine belge un très-intéressant mémoire sur l'incision de l'œsophage dans les cas de corps étrangers (4).

Comme Vacca, Bégin, Arnott, etc., le chirurgien belge pense que, dans beaucoup de circonstances où des corps étrangers ont séjourné dans l'œsophage, l'intervention chirurgicale aurait empêché de graves accidents trop souvent suivis de mort. Pour appuyer cette opinion, l'auteur réunit en tableaux les nombreux cas de corps étrangers intra-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.* — Ch. Bell ne conseille pas, comme le prétend Velpeau (*Médecine opérat.*), de faire gonfler la jugulaire avant d'inciser les tissus.

(3) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, vol. II, p. 510, 1839.

(4) *Mém. de l'Acad. de méd. Belge*, t. I, p. 83, 1848.

œsophagiens qui ont amené, soit des accidents sérieux, soit une issue fatale ; il cite de cette façon :

1° 18 observations suivies de mort presque subite ;

2° 17 cas où l'issue fatale est arrivée après des accidents divers durant plus ou moins longtemps ;

3° 12 cas où des hémorrhagies ont déterminé la mort ;

4° 26 observations avec accidents très-graves, non mortels cependant ;

5° 10 observations d'abcès avec issue du corps étranger à l'extérieur.

Excepté les cas de mort presque instantanée et probablement par suffocation, qui nécessiteraient surtout la trachéotomie, la plupart des autres observations réclamaient l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire l'ouverture de l'œsophage. « L'œsophagotomie est donc souvent » indiquée, dit-il, *contrairement à ce que je pensais.* »

Dans le but de déterminer les indications et les contre-indications de l'opération, de Lavacherie passe en revue les accidents primitifs et consécutifs dus à la présence d'un corps étranger dans le conduit œsophagien, accidents sur lesquels Mondière (1) et Bégin (2) avaient attiré de nouveau l'attention des chirurgiens. Il remarque que les points du conduit pharyngo-œsophagien, où ces corps s'arrêtent de préférence, sont le pharynx, l'origine de l'œsophage, le niveau du bord supérieur du sternum, enfin le passage diaphragmatique. Sauf dans ce dernier cas, le chirurgien peut donc intervenir utilement en pratiquant une opération ; telle est aussi, comme on l'a déjà vu, l'opinion de Vacca Berlinghieri.

Les moyens thérapeutiques, comme l'extraction et la propulsion, sont très-longuement exposés, et en somme, si ce n'était l'observation rapportée par de Lavacherie, son mémoire serait bien mieux intitulé : *Des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et du traitement qui leur convient.* Nous arrivons enfin à la troisième méthode thérapeutique, l'œsophagotomie.

L'histoire de l'opération, les nombreuses opinions formulées par les auteurs sur sa valeur et ses indications, sont parfaitement résumées par l'auteur belge, qui fait remarquer avec justesse combien les préceptes des chirurgiens du dernier siècle, diffèrent de ceux des auteurs

(1) *Arch. géner. de méd.*, 1re série, t. XXIV, p. 388, 1830.

(2) *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. XX, p. 377, 1826.

classiques du commencement de celui-ci, dont la plupart, effrayés par l'opération, proscrivent presque l'ouverture du conduit œsophagien.

En résumé, la pratique de l'œsophagotomie est donc rationnelle, mais dans quels cas faut-il la faire? « Toutes les fois », dit-il, « qu'un » corps étranger arrêté dans l'œsophage résistera aux moyens d'ex- » traction, de propulsion et d'expulsion (à l'aide de vomissements pro- » voqués), la temporisation me paraît condamnable, et il faut sans » plus attendre pratiquer l'œsophagotomie.

» Les exemples de terminaisons funestes sont assez nombreux pour » autoriser le chirurgien à agir avant la manifestation des accidents, » d'autant plus qu'il est de ces accidents qu'une opération tardive ne » saurait combattre (voyez les 11 cas consignés au troisième tableau). » Et puis, n'en est-il pas de l'œsophagotomie comme de la hernioto- » mie? Le succès de cette dernière opération ne dépend-il pas du » moment opportun où l'on y procède, et ce moment n'est-il pas » celui qui est le plus rapproché du début de la maladie ? »

Comme Vacca Berlinghieri, Arnott et Bégin, de Lavacherie plaide donc en faveur de l'opération; nous ferons remarquer qu'il insiste sur l'opportunité de la faire dès qu'elle est indiquée, d'accord en cela avec Vacca, qui avait déjà conseillé d'opérer aussitôt que possible. Toutefois, de Lavacherie est moins hardi que l'illustre chirurgien italien, car il propose des moyens énergiques d'expulsion en préconisant les vomissements provoqués.

D'après de Lavacherie, le danger de l'opération a été très-exagéré; ne porte-t-on pas à chaque instant le bistouri sur la région cervicale, et cela sans léser les gros vaisseaux et les gros troncs nerveux ? Des divers procédés préconisés par Guattani, Eckholdt, V. Gescher, Boyer, Vacca, qui, d'ailleurs, n'avaient jamais opéré sur le vivant; le chirurgien belge préfère le procédé de Bégin, et c'est celui qu'il a suivi dans son opération. Il est vrai, ajoute-t-il, que ce procédé n'est pas facile, que le sang qui inonde les tissus rend leur dissection laborieuse; enfin, que le conduit œsophagien est parfois difficile à reconnaître, particularité signalée depuis par des chirurgiens fort experts, comme nous le verrons plus loin.

Pour compléter son travail, de Lavacherie a eu l'heureuse idée d'emprunter à la vétérinaire un certain nombre d'observations d'œsophagotomie faites pour extraire des corps étrangers. Ces observations, rassemblées par Verheyen, sont fort intéressantes à connaître, et offrent un bien plus grand intérêt que de simples expérimentations.

Deux autres opérations d'œsophagotomie furent pratiquées en 1844

et, chose singulière, presque en même temps. L'une d'elles, relatée par J. Watson de New-York a été faite le 12 février; l'autre, due à Martini de Saulgau (Allemagne), aurait été pratiquée le 25 du même mois.

L'opération de J. Watson (1) est fort intéressante, en ce sens qu'elle fut faite dans le but de traiter un rétrécissement œsophagien et de pallier aux symptômes d'inanition qui en résultaient. Aussi l'auteur américain ne s'occupe-t-il pas du manuel opératoire, et insiste-t-il sur l'affection œsophagienne qui a nécessité l'intervention chirurgicale. Les résultats primitifs furent excellents, malheureusement la maladie de l'œsophage fit des progrès, on fut même obligé de faire la trachéotomie et le malade finit par mourir. Nous reviendrons d'ailleurs, sur cette longue observation, mal connue en France par la traduction incomplète qu'on en a donnée (2). Toutefois, nous ferons remarquer que c'est le second cas d'ouverture de l'œsophage pour un rétrécissement de ce conduit, si l'on tient compte de l'observation due à Taranget (3).

Martini (4) fit son œsophagotomie pour enlever un corps étranger, arrêté vers la base du cou, et faisant saillie au-dessus de la clavicule. Malheureusement nous n'avons pu consulter l'observation originale, aussi ne savons-nous pas de quel côté fut pratiquée l'opération, ni quel procédé fut suivi. Une sonde introduite dans le conduit pharyngo-œsophagien, pour faire saillir la paroi œsophagienne, déchira cette dernière qui était, dit-on, gangrenée.

L'opéré mourut 2 jours après, l'œsophage était mortifié, l'estomac et le duodénum enflammés.

L'année suivante, de Lavacherie (5) enhardi par sa première opération, ouvrit le conduit œsophagien non pour enlever un corps étranger, mais pour combattre un rétrécissement. Comme celui-ci siégeait assez bas, il pratiqua l'œsophagotomie au-dessus du point rétréci; grâce à cette ouverture « au-dessous du pharynx, nous espérions », dit-il, « pouvoir pratiquer le cathétérisme, aussi fréquemment qu'il

(1) *Pract. Observ. on organic obstruction of the Œsophagus*, etc., dans *The Dublin Journal*, vol. XXVII, p. 260, 1845.

(2) *Journal de chirurgie*, t. III, p. 339.

(3) *Loco citato.*

(4) *Gazette médicale*, p. 343, 1845. (Extrait du *Wurtemberg medicinisches Correspondenzblatt*, Bl. 20, 1844.)

(5) *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1844-45, p. 758; et *Journal de chirurgie de Malgaigne*, t. III, p. 37, 1845.

» serait nécessaire, dans le double but de dilater le point rétréci et de » faire parvenir des aliments dans l'estomac. Cette voie artificielle » nous semblait d'autant plus convenable qu'elle évitait de provoquer » les quintes de toux et les efforts de vomissement tout en facilitant » la manœuvre des instruments dont le parcours était d'ailleurs » abrégé. » Comme Watson, l'auteur n'insiste pas sur l'opération elle-même, et ne donne pas de renseignements sur le procédé opératoire qu'il a employé; cependant on peut penser que c'est celui qu'il prescrit dans son mémoire, c'est-à-dire le procédé de Bégin. Tout sembla marcher *à souhait* pendant les quelques jours qui suivirent l'opération, mais des accidents de suffocation survinrent et le malade finit par succomber.

En quelques années furent donc faites quatre opérations d'œsophagotomie, mais elles n'eurent pas grand succès, puisque trois des opérés moururent; et il est probable que ces résultats, à priori défavorables, peuvent jusqu'à un certain point entrer en ligne de compte pour expliquer l'espace de temps assez considérable qui sépare l'observation de Lavacherie (1845) de celle de Flaubert (1853).

Cependant, il était toujours mention de l'œsophagotomie dans les divers traités de chirurgie, et parmi eux nous citerons celui de Dieffenbach (1). Cet excellent chirurgien regarde l'ouverture de l'œsophage comme une ressource indispensable, lorsqu'il s'agit de corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien; quant à l'œsophagotomie pratiquée pour les rétrécissements inflammatoires ou organiques, elle offre, suivant lui, une importance bien moindre; elle sert tout au plus, dit-il, à prolonger une misérable existence.

L'opération *fort dangereuse par elle-même*, vu la possibilité de léser des vaisseaux et des nerfs volumineux, est en général facilitée par la saillie à l'extérieur du corps arrêté dans l'œsophage. Cependant, beaucoup de chirurgiens hésitent encore à la pratiquer et sont partisans de l'expectation, bien que dans quelques cas ils fassent l'ouverture de la trachée, pour éviter des accidents de suffocation immédiate. Parmi ceux-ci Dieffenbach range Ch. Bell, qui conseillerait de s'abstenir de toute intervention chirurgicale lorsque le corps étranger est situé plus bas que le cartilage cricoïde. Or nous avons lu avec attention la leçon clinique du chirurgien anglais, faite à propos du cas d'Arnott (2), et non à propos d'une observation qui lui serait per-

(1) *Die operative Chirurgie*, Bd. II, S. 350. Leipzig, 1848.
(2) *Loc. cit.*

sonnelle comme on l'a écrit à tort (1), et nous n'avons rien trouvé qui puisse justifier l'assertion de Dieffenbach.

Le chirurgien allemand décrit trois méthodes pour pratiquer l'œsophagotomie ; la première méthode diffère beaucoup, quoi qu'il en dise, du procédé de Guattani ; la deuxième méthode est celle d'Eckholdt ; enfin, la troisième, celle de Vacca Berlinghieri. Toutes ces méthodes n'ont été appliquées que sur le cadavre, et cependant Dieffenbach semble les préférer (surtout la première) au procédé suivi avec succès par Bégin sur l'homme vivant. Ajoutons d'ailleurs qu'il paraît ignorer l'existence des observations d'œsophagotomie pratiquées par Arnott, de Lavacherie, Watson et Martini, bien que cette dernière ait été faite en Allemagne.

A la fin de son article, Dieffenbach espère que par suite des progrès de la chirurgie et du perfectionnement des instruments, l'œsophagotomie pratiquée pour enlever des corps étrangers deviendra une opération très-exceptionnelle. Or, nous verrons les faits prouver tout le contraire ; ce qui se conçoit facilement, en ce sens que plus les chirurgiens ont été persuadés de l'innocuité relative de l'opération, plus ils ont été tentés d'intervenir avec énergie.

Deux opérations d'œsophagotomie furent faites avant 1853, malheureusement les renseignements publiés à leur égard sont tout à fait incomplets.

La première, due à Monod, est rapportée par Follin dans sa thèse d'agrégation (2). C'était pour une affection organique de la partie inférieure du pharynx. L'opération pratiquée sans conducteur fut simple et réussit, car la malade ne succomba que trois mois après par suite des progrès de la lésion pharyngienne. Quant à la seconde citée sans détails par P. F. Eve (3), elle aurait été faite à Portsmouth pour extraire un large bouchon de liége projeté dans le conduit pharyngo-œsophagien. On ne dit rien du résultat, probablement heureux, de cette intervention chirurgicale.

D'après ce qui précède, on voit que l'œsophagotomie a été pratiquée un certain nombre de fois pour des rétrécissements du conduit œsophagien ; aussi, dans sa thèse sur les *rétrécissements de l'œsophage*,

(1) Follin, *loc. cit.*, p. 125. Il est vrai toutefois que Ch. Bell parle de la manière de faire saillir la paroi pharyngienne comme s'il l'avait déjà mise en pratique sur le vivant (*which I had done formerly myself with great ease.*)

(2) *Thèse d'agrégation*, 1853, p. 116.

(3) *A Collection of remarkable cases in Surgery*, p. 191. Philadelphia. (Extrait du *Saint-Louis Med. and Surg. Journal*, 1853).

Follin (1) a-t-il insisté sur cette méthode thérapeutique. Il fait remarquer, qu'employée tout d'abord comme simple moyen palliatif et dans le seul but d'empêcher les malades de mourir de faim, l'œsophagotomie fut ensuite regardée jusqu'à un certain point comme une méthode curative. L'incision de l'œsophage a été faite, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous, et enfin au niveau même du rétrécissement, dans ces deux derniers cas, l'opération est, on le comprend, à la fois palliative et curative. Follin rapporte avec détails les seuls faits connus alors, de Tarenget, de Watson, de de Lavacherie et de Monod; il emprunte même une observation à la médecine vétérinaire, faisant pour les rétrécissements ce qu'avait déjà fait de Lavacherie à propos des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage.

S'appuyant sur le peu de gravité de l'opération et sur sa facilité d'exécution, Follin conclut en faveur de l'œsophagotomie. « Personne », dit-il, « ne songera sans doute à appliquer cette opération à des cas » de rétrécissements peu considérables et que les sondes traversent » facilement; mais quand le rétrécissement est imperméable, quand » il ne se laisse traverser que très-difficilement, ou avec de vives » souffrances qui exagèrent les phénomènes inflammatoires, la question » se pose autrement. Dans les rétrécissements infranchissables, l'œso- » phagotomie est une ressource qui a permis d'alimenter un malade » pendant seize mois; personne ne peut donc contester sa grande » utilité dans ce cas. » (2).

Malgré ces encouragements, les faits d'œsophagotomie pour les rétrécissements furent toujours fort exceptionnels, et nous n'en connaissons que deux autres observations, depuis la thèse de Follin. Une troisième opération aurait été faite par le professeur Richet (3), malheureusement elle n'a pas été publiée et nous n'avons pu nous la procurer. En revanche, l'œsophagotomie fut pratiquée plus fréquemment pour des corps étrangers ; c'est ainsi qu'en 1853, deux opérations furent faites, l'une par Anthoniesz à Ceylan (4), l'autre par Flaubert à Rouen (5).

L'observation d'Anthoniesz est incomplétement publiée dans la *Lancette;* cependant il est important de noter que l'œsophagotomie

(1) *Thèse d'agrégation en chirurgie.* Paris, 1853.

(2) *Loco citato*, p. 125.

(3) *Traité prat. d'anat. méd. et chirurg.*, 1re édit., p. 508, 1860.

(4) *The Lancet*, vol. II, p. 260, 1854. (Extrait de *Ceylon Micellany*, vol. I, n° 2.)

(5) *Bulletin de la Société de médecine de Rouen*, 1857 ; et *Gazette des hôpitaux*, p. 349, 1857.

paraît avoir été décidée et pratiquée tout de suite, ce qui s'explique par l'impossibilité de retirer le corps étranger (un poisson) ; d'ailleurs l'auteur n'eut qu'à se louer de cette détermination.

Bien que l'opéré de Flaubert ait succombé, son observation offre un grand intérêt au point de vue des lésions œsophagiennes qui ont été constatées à l'autopsie. L'œsophage était entièrement détruit dans toute sa circonférence, si bien qu'il semblait y avoir une solution de continuité entre la partie supérieure et la partie inférieure de ce conduit. De nombreuses tentatives d'extraction, le retard apporté dans l'intervention chirurgicale, peuvent expliquer ces graves altérations ; il fallait donc suivre les préceptes de Vacca et opérer plus tôt, comme Flaubert en convient lui-même.

L'année suivante (1854), Demarquay (1) eut aussi l'occasion de pratiquer l'œsophagotomie pour extraire une pièce de monnaie, arrêtée dans le conduit pharyngo-œsophagien d'une enfant de trois ans et demi. Ce chirurgien devait être d'autant plus disposé à intervenir, que, peu de temps auparavant, il avait observé des accidents formidables suivis de mort, chez un autre enfant qui avait avalé un sou. Cependant l'opération fut encore malheureuse; l'œsophage était perforé, il se produisit un abcès rétro-pharyngien qui s'ouvrit dans la plèvre droite ; c'est-à-dire que la mort fut très-probablement due au retard apporté dans l'opération. Telle est, du moins, l'opinion de Créquy, ancien interne de Demarquay ; pour lui le fait malheureux du chirurgien de la maison de santé est tout à fait comparable à ce qui est arrivé à Flaubert de Rouen, et s'explique par l'*intervention chirurgicale tardive*. Du reste, Créquy cite huit observations, et un certain nombre d'expériences à l'appui de son opinion, qui cependant n'est pas absolue. Dans le cas de Demarquay, comme dans presque tous les autres, l'opération fut facile à faire; il faut donc, dit Créquy, la pratiquer de bonne heure, pour en retirer les plus grands avantages possibles.

Communiquée à la *Société de chirurgie*, l'observation de Demarquay fut l'objet d'une discussion (2) malheureusement un peu courte, à laquelle prirent part Gosselin, Chassaignac, Larrey, Richet, Michon et Denonvilliers. Ce dernier, qui avait aidé Demarquay dans son opération, donna quelques détails fort intéressants sur

(1) Créquy, *Observation de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, œsophagotomie, etc.*, dans *Gazette hebdomadaire*, p. 700, 1861.

(2) Séance du 9 août 1854.

la façon dont il put déterminer dans ce cas la position du corps étranger, position qui pour lui indiquait formellement l'intervention chirurgicale.

Dans la séance suivante (1), Follin prit la parole pour insister sur l'insuffisance des instruments destinés à extraire des corps étrangers et sur les rétrécissements œsophagiens qui peuvent succéder à des tentatives d'extraction réitérées (2). Aussi préfère-t-il l'œsophagotomie, qui n'est pas une opération très-grave, puisque sur dix opérations on compte sept guérisons.

En résumé, dit-il, il faut : 1° si l'on ne peut promptement retirer certains corps étrangers réguliers, les repousser dans l'estomac ; et 2° préférer l'œsophagotomie à des tentatives d'extraction assez fréquentes pour produire, soit des rétrécissements, soit des perforations de l'œsophage. Ce sont là presque les propositions formulées par Vacca, puis par Bégin, de Lavacherie et Créquy. D'ailleurs, la plupart des membres de la Société de chirurgie se prononcèrent en faveur de l'opération et approuvèrent la conduite de leur collègue Demarquay, et cependant depuis cette époque *une seule* œsophagotomie fut faite en France par un chirurgien militaire, le docteur Sonrier.

Les observations se multiplièrent au contraire, d'abord en Angleterre, puis en Amérique ; enfin deux opérations furent faites en Italie et une troisième en Allemagne.

On peut jusqu'à un certain point attribuer cette abstention des chirurgiens français à l'influence des traités classiques publiés à cette époque, car le principal d'entre eux, Nélaton, ne réagit que peu contre les préceptes formulés au commencement du siècle par Boyer.

Nélaton dit bien : « Lorsqu'un corps étranger arrêté dans l'œso-
» phage détermine des accidents graves ; lorsqu'il est certain que par
» son volume, sa nature, il ne peut sans inconvénient sérieux séjour-
» ner dans l'estomac, et qu'il résiste aux tentatives faites pour son
» extraction par la bouche, l'œsophagotomie est indiquée (3). » Mais il ajoute : nous ne savons trop pourquoi, que c'est une opération « *des plus graves et des plus difficiles de la chirurgie* », aussi ne la conseille-t-il que d'une façon exceptionnelle ; et cependant il ne rapporte que des observations suivies de succès.

Enfin pour faciliter l'exécution de cette opération « *qui présente des*

(1) Séance du 16 août 1854.

(2) Thèse citée, p. 13.

(3) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. III, p. 406, 1854.

difficultés considérables », il propose un manuel opératoire tout à fait différent de ceux qui ont été préconisés jusqu'alors, et qui d'ailleurs n'a jamais été, employé sur le vivant ni en France, ni en Angleterre, ni même en Amérique, bien qu'il ait été publié dans les journaux de médecine de ces deux pays (1).

A propos des rétrécissements, Nélaton se contente de résumer l'article de la thèse de Follin, sans y ajouter aucune réflexion originale.

Dans son *Traité de pathologie externe* (2) Vidal (de Cassis) insiste plus longuement sur l'opération de l'œsophagotomie ; il la conseille presque exclusivement pour retirer les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage (3). Il déplore la lenteur des progrès de la médecine opératoire sur ce point important, rejette le procédé de Guattani et de Vacca pour adopter une manière de faire qui se rapproche de celle de Bégin, sauf l'incision cutanée.

« La bonne méthode pour parvenir à l'œsophage, dit-il, consiste » à pratiquer la première incision comme s'il s'agissait de la ligature » de la carotide primitive. C'est entre les sterno-hyoïdien et thyroï- » dien d'un côté, et le sterno-mastoïdien de l'autre, qu'il faut inciser » d'abord. »

Il ne se sert pas de sonde pour faire saillir l'œsophage, qui se reconnaîtrait *facilement*. Empressons-nous de faire remarquer que Vidal n'a jamais opéré sur le vivant, ce qui probablement aurait quelque peu modifié ses opinions sur ce dernier temps de l'opération.

En résumé, les classiques ne renferment rien de certain sur les indications, la gravité et le manuel opératoire de l'œsophagotomie ; les faits et les mémoires publiés jusqu'alors sont peu nombreux et encore ne sont-ils pas très-connus. Autant d'auteurs, autant de procédés, ou plutôt de variétés de procédés, car, sauf celui de Nélaton, les autres se rapprochent plus ou moins, soit du mode de faire adopté

(1) *Dublin Med. Press*, vol. XXXIII, p. 165, 1855. — Ranking, *Half Yearly Abstract of the Med. Sciences*, vol. XXI, p. 153, 1855. — *New-York Journ. of Medecine*, 1855.

(2) *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, 4e édition, t. III, p. 747. Paris, 1855.

(3) Nous ne savons pourquoi Vidal écrit à propos des rétrécissements de l'œsophage, que *Sédillot a proposé l'œsophagotomie ?* c'est probablement la gastrotomie qu'il a voulu dire.

par Bégin et préconisé par Malgaigne (1), soit du procédé de Richerand et de Velpeau, en faisant usage ou en proscrivant l'emploi de la sonde pour ouvrir l'œsophage, tel est le *modus faciendi* adopté par A. Guérin (2) et Chassaignac (3).

Nous ferons remarquer que Malgaigne parle de l'œsophagotomie dans le cas de rétrécissement de l'œsophage et qu'il paraît favorable à l'intervention chirurgicale alors même qu'elle ne serait qu'une ressource ultime et qu'elle ne ferait que pallier les accidents produits par l'inanition.

A. Guérin (4) et Chassaignac (5) ne semblent au contraire se préoccuper que de l'œsophagotomie pour retirer les corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien. Il faut noter toutefois que ces deux chirurgiens parlent de la possibilité de pratiquer l'*œsophagotomie interne* dans le but de sectionner les rétrécissements de l'œsophage. Jusqu'alors, il n'avait pas encore été question de cette section des rétrécissements œsophagiens, à l'aide d'instruments introduits dans l'intérieur du tube pharyngo-œsophagien; et, du reste, cette manière de traiter les coarctations de l'œsophage ne fut appliquée qu'en 1861, par Maisonneuve.

Les observations d'œsophagotomie externe, pratiquées à l'étranger depuis le fait de Demarquay jusqu'à celui de Sonrier, ont été publiées en Angleterre et en Italie. Trois d'entre elles appartiennent à Syme d'Edimbourg et datent l'une de 1855 (6), les deux autres de 1861 (7) ; dans deux cas, on eut à enlever des morceaux d'os, dans le troisième c'était une pièce de monnaie logée depuis longtemps dans l'œsophage. Ajoutons que Syme obtint trois succès. Une autre opération fut faite en Angleterre le 21 janvier 1856, elle est due à Cock (8) ; le chirurgien anglais dut ouvrir le pharynx pour en extraire une plaque métallique supportant une fausse incisive. Le chloroforme fut employé, croyons-nous, pour la première fois, afin de faciliter l'intervention du chirurgien.

(1) *Manuel de médecine opératoire*, 7e édit., p. 540, 1861.

(2) *Éléments de chirurgie opératoire*, 2e édit., p. 455, 1858

(3) *Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales*, t. II, p. 624, 1862.

(4) *Loc. cit.*, p. 452.

(5) *Loc. cit.*, p. 622.

(6) *Syme's Clin. Surgery*, 1861, p. 94.

(7) *British Med. Journ.*, new series, 1861, vol. II, p. 193. — *Id.*, 1862, vol. I, p. 299.

(8) *Guy's Hospital Reports*, 3e série, vol. IV, p. 217, 1858.

Enfin Inzani en 1862 (1), et Arnold en 1863 (2), tous deux chirurgiens italiens, ouvrirent le conduit pharyngo-œsophagien pour en retirer, l'un une esquille osseuse, l'autre un noyau de pêche. Comme les opérés de Syme, ceux de Cock, d'Inzani et d'Arnold guérirent sans aucun accident sérieux.

La dernière œsophagotomie pratiquée en France est, avons-nous déjà dit, celle du docteur Sonrier (3) elle fut faite en novembre 1863, et permit d'enlever un fragment osseux assez volumineux ; l'opéré se rétablit entièrement, malgré l'existence d'une lésion inflammatoire de l'œsophage, constatée par Sonrier, au moment où il se disposait à ouvrir le conduit œsophagien.

Depuis cette époque, l'incision de l'œsophage fut surtout faite en Amérique, cependant deux nouvelles observations ont été publiées en Angleterre et une troisième en Allemagne.

Les observations américaines, dues à Cheever de Boston, Hitchcock (4) et Maclean (5), sont au nombre de cinq, trois d'entre elles ayant été faites par le même chirurgien, le docteur Cheever, aussi cet auteur a-t-il publié une monographie (6) fort intéressante sur cette opération ; monographie qui en est déjà à la seconde édition.

Dans ce dernier travail, le docteur Cheever raconte avec détails les trois opérations qu'il a dû pratiquer et donne un rapide historique de l'œsophagotomie faite dans le seul but d'extraire les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage ; il expose avec soin les opinions formulées dans les principaux traités classiques français, puis cite celles de Hévin, de Guattani, d'Arnott, de Cock et de Créquy. Insistant sur les graves accidents qui peuvent succéder, soit à des tentatives répétées d'extraction, soit à des efforts de propulsion vers l'estomac, soit aussi à la temporisation, le chirurgien de Boston conclut en disant que, si la kélotomie est la règle à suivre dans une hernie étranglée, non réduite par des tentatives raisonnables de taxis, il faut aussi accepter pour règle de conduite l'opération de l'œsophagotomie, lors-

(1) *Annali universali di med.*, série 4, vol. XLV, p. 570. Milano, 1862.

(2) *Il Morgagni*, vol. VI, p. 352. Naples, 1864.

(3) *Gazette des hôpitaux*, p. 66, 1864.

(4) *The Boston Med. a. Surg. Journal*, new series, vol. I, p. 373-375, 1868, July 16.

(5) *The Richmond and Liousville Med. Journal*, vol. VII, p. 545, 1869, mai, n° 5.

(6) *Two Cases of OEsophagotomy for the Removal of Foreign Bodies*, 1re édit. Boston, D. Clapp, 1867 ; and 2e édit., *With an additional Case*. Boston, J. Campbell, 1868.

qu'après un certain nombre d'essais, le corps étranger intra-œsophagien n'a pu être déplacé. Toute temporisation est nuisible au malade, ainsi que Demarquay et Créquy l'ont prouvé par les faits cliniques et des expériences sur les animaux.

L'opération, faite latéralement, permet d'éviter les nerfs et les vaisseaux importants, sauf peut-être le cas où l'œsophagotomie serait faite très-bas et où la sous-clavière droite naîtrait de l'arc aortique ; quoi qu'il en soit, les dangers de l'opération ne peuvent être comparés à ceux qui résulteraient de l'expectation.

Enfin les docteurs Cheever de Boston, et L. Voss de New-York, ont réuni en un tableau tous les cas d'œsophagotomie qu'ils ont pu trouver, tableau des plus complets, puisque, malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu y ajouter que quelques faits (1).

Toutes les observations publiées dans ces derniers temps en Amérique sont relatives à des corps étrangers et sont relatées dans la deuxième édition de Cheever; il faut en excepter cependant celle de Maclean parue postérieurement en 1869.

Les deux faits publiés en Angleterre appartiennent l'un à Cock et a encore trait à une pharyngotomie pour extraire une plaque dentaire (2), l'autre au docteur Villett de Londres (3). Dans ce dernier cas, l'ouverture de l'œsophage fut pratiquée pour un rétrécissement de ce conduit ; l'auteur semble croire qu'il fut le premier à suivre cette méthode ; or, nous savons qu'il n'en est rien ; cependant l'opération du docteur Villett est, pensons-nous, la seule qui ait été faite jusqu'ici en Angleterre.

Enfin le seul fait récemment publié en Allemagne par Bruns, est le récit d'une œsophagotomie pratiquée pour traiter un rétrécissement œsophagien (4).

Malgré l'abandon dans lequel l'œsophagotomie externe paraît être tombée en France dans ces dernières années, il en est toujours mention dans les diverses publications faites, soit sur les corps étrangers, soit sur les rétrécissements de l'œsophage.

Dans leurs thèses inaugurales, Simon Victor (5), F. Bourniera (6),

(1) Ce tableau a été tout récemment publié en Angleterre dans la 2e édition de *Holme's System of Surgery*.

(2) *Guy's Hospital Reports*, 3e série, vol. XIII, p. 1, 1868.

(3) *Saint-Bartholomew's Hosp. Reports*, vol. IV, p. 204, 1868.

(4) *Deutsche Klinik*, 1865, p. 37.

(5) Thèses de Strasbourg, 2e série, n° 435, 1858.

(6) Thèses de Strasbourg, 2e série, n° 533, 1860.

préconisent l'intervention chirurgicale pour enlever les corps étrangers arrêtés dans le conduit œsophagien ; enfin tout récemment J. A. Martin (1) élève de Denucé de Bordeaux, consacra un long chapitre de son travail inaugural à l'étude de l'œsophagotomie externe, il examine les dangers de l'expectation et surtout les indications de l'intervention chirurgicale.

Résumant les motifs et les circonstances qui ont déterminé les chirurgiens à pratiquer l'œsophagotomie ou qui peuvent les y déterminer, l'auteur dit :

« 1° L'œsophagotomie peut être pratiquée pour empêcher l'aggra-
» vation d'accidents qui amèneraient la mort en un temps très-rappro-
» ché (asphyxie, inanition, abcès latéraux du cou).

» 2° Pour prévenir la manifestation d'accidents graves ou mortels,
» quand bien même il n'existerait aucun symptôme alarmant (2). »

Etudier ces deux ordres de circonstances, c'est, pour le docteur Martin, passer complétement en revue les indications de l'opération.

Dans sa thèse sur les *Rétrécissements de l'œsophage*, le docteur E. Rousselot-Beaulieu (3) sépare nettement l'œsophagotomie externe de l'œsophagotomie interne, et cite à propos de la première les diverses observations rapportées par Follin. Il insiste un peu plus loin sur la section des rétrécissements par l'*œsophagotome*, et rappelle les faits connus jusqu'alors, tous trois dus à Maisonneuve et publiés la même année dans sa *Clinique chirurgicale* (4); ils étaient d'ailleurs peu encourageants, puisque deux d'entre eux se terminèrent par la mort.

Comme l'œsophagotomie externe, l'œsophagotomie interne est donc d'origine française, mais, contrairement à la première, elle paraît avoir été plus spécialement pratiquée par les chirurgiens de notre pays. (Lannelongue de Bordeaux (5), U. Trélat (6).)

On peut résumer ce long historique en divisant l'histoire de l'œsophagotomie externe en quatre périodes.

Une première période commence avec Stoffel et Verduc ; l'opéra-

(1) *Des corps étrangers de l'œsophage, etc.*, thèse de Paris, 1868, n° 117.

(2) *Loc. cit.*, p. 53-54.

(3) Thèse de Paris, n° 66, 1864.

(4) *Note sur une nouvelle méthode opératoire, etc.*, dans *Clinique chirurgicale*, t. II, p. 409, 1864.

(5) *Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. VI, p. 546, 1865.

(6) Séance de l'Académie de médecine du 7 mars 1870.

tion est préconisée pour combattre les rétrécissements et retirer les corps étrangers de l'œsophage. Les faits de Goursaud, de Rolland, l'observation de Tarenget prouvent que les idées de Verduc et Stoffel sont applicables avec succès, aussi les praticiens de la fin du dernier siècle acceptent-ils presque tous l'œsophagotomie externe.

Une deuxième période répond aux premières années de notre siècle ; l'opération est discréditée surtout par les chirurgiens français, en tête desquels on peut citer Boyer.

La troisième période date des travaux de Bégin et d'Arnott ; l'opération fut remise un moment en honneur, d'abord pour enlever les corps étrangers, puis pour traiter les rétrécissements. Mais les revers furent publiés et les auteurs classiques ne firent rien pour encourager les praticiens ; aussi arrivons-nous à une dernière période, dans laquelle l'œsophagotomie externe est abandonnée de nouveau en France, alors qu'elle est fréquemment pratiquée à l'étranger, surtout en Angleterre et en Amérique.

Nous avons voulu exposer avec soin l'histoire de l'œsophagotomie externe, afin de n'avoir plus besoin de revenir à chaque moment sur les opinions formulées par les divers chirurgiens qui ont conseillé ou pratiqué cette opération.

CHAPITRE II

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE POUR EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS ARRÊTÉS DANS LE CONDUIT PHARYNGO-ŒSOPHAGIEN

Les différents auteurs qui ont écrit sur l'opportunité de pratiquer l'opération de l'œsophagotomie, pour enlever les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, se sont presque toujours servi des observations déjà publiées depuis un certain temps, et dans lesquelles des accidents graves, trop souvent mortels, auraient pu être évités par l'intervention chirurgicale.

Cette manière d'envisager la question était excellente, aussi la voyons-nous adoptée par Vacca et surtout par de Lavacherie ; mais nous croyons qu'il est possible d'utiliser plus spécialement les observations d'œsophagotomie publiées jusqu'ici, et qu'on peut en tirer des conclusions pratiques. Ces observations, encore très-peu nombreuses, lors de l'apparition du travail de de Lavacherie, se sont multipliées dans ces dernières années, les conditions dans lesquelles on a dû pratiquer l'opération ont été mieux déterminées et les résultats fournis par l'intervention chirurgicale ont été tellement favorables, que, depuis 1855, on n'a pas eu à enregistrer une seule mort à la suite de l'œsophagotomie faite pour enlever un corps étranger. Dans trois cas même, où l'on ne put trouver le corps étranger qu'on cherchait, l'opération procura incontestablement la guérison des malades et ne fut suivie d'aucun accident grave (observations de Hitchock, Cheever et Maclean). Une autre raison d'ailleurs doit empêcher d'examiner la question comme l'ont fait les auteurs cités plus haut, c'est qu'ils écrivaient à une époque où l'opération était elle-même fort discutée, et à laquelle un certain nombre de chirurgiens

classiques préféraient l'abstention à l'intervention chirurgicale. Nous n'avons pas besoin de nommer ici ces auteurs, l'historique que nous avons exposé précédemment doit nous dispenser de ces répétitions.

Aujourd'hui personne ne discute plus l'utilité de l'opération, surtout depuis les nombreuses publications sur les accidents primitifs et consécutifs déterminés par les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, parmi lesquelles nous pouvons citer les travaux de Hévin, de Vacca, de Bégin de Mondière, de de Lavacherie, etc. Tous les chirurgiens sont d'accord sur un point, c'est qu'il faut intervenir à un certain moment, mais c'est précisément ce moment opportun qui est mal déterminé, qui varie selon les auteurs, et surtout selon les circonstances dans lesquelles sont placés les malades. Il en est d'ailleurs de l'œsophagotomie comme de la plupart des autres opérations chirurgicales, et en particulier des hernies et des résections si bien étudiées dans ces dernières années. A un moment donné le chirurgien doit intervenir, après avoir épuisé d'ailleurs un certain nombre de moyens plus ou moins énergiques; et c'est ce moment qu'il est toujours difficile de préciser et qui, en somme, ne peut l'être d'une façon mathématique.

Il est de toute évidence que l'opération de l'œsophagotomie externe ne doit être faite que pour enlever des corps étrangers arrêtés dans la portion cervicale du conduit pharyngo-œsophagien. Cependant, comme Vacca l'a fait remarquer le premier, il doit être possible de pénétrer par l'ouverture artificielle de l'œsophage, au delà des limites cervicales de ce conduit, et l'on doit pouvoir atteindre un corps étranger situé derrière la première pièce du sternum, c'est-à-dire dans le thorax.

Or il était important de voir si les faits sont venus confirmer cette opinion. Sur les vingt-quatre observations que nous avons pu rassembler, deux fois le corps étranger était dans le thorax (observations d'Arnold et de Bégin). Le noyau de pêche enlevé par Arnold siégeait à environ 4 millimètres au-dessous du cou; cette position fut déterminée à l'aide de la sonde œsophagienne de Baillarger. Le chirurgien italien crut devoir faire suspendre sa petite malade par les pieds, afin de pouvoir glisser son doigt entre le sternum et le corps étranger, espérant ainsi faire basculer et repousser ce dernier du côté du pharynx.

Ces tentatives n'eurent aucun succès, ce qui d'ailleurs ne doit pas étonner, les parois œsophagiennes étant presque toujours contractées spasmodiquement au-dessus et au-dessous du point où s'arrête le

corps étranger. Mais le fait important, c'est qu'avant d'ouvrir l'œsophage à sa partie inférieure, Arnold put faire basculer le noyau de pêche en faisant glisser l'index d'un de ses aides derrière le sternum de la malade, de manière à immobiliser et à faire saillir le corps étranger du côté de la plaie du cou. D'ailleurs, le conduit œsophagien étant ouvert, on eut assez de peine à saisir et à enlever le noyau, difficultés qui eussent été encore plus grandes, si ce corps n'avait pu être maintenu par un aide. Dans ces cas, en effet, il faut introduire des pinces dans l'œsophage et chercher aveuglément le corps étranger ; or, dans les réflexions qui suivent l'observation d'Inzani, cet auteur assure qu'un clinicien éminent, recherchant ainsi un corps étranger, déchira tellement le conduit œsophagien que le malade ne put être sauvé (1). Dans le fait rapporté par Bégin, l'esquille osseuse répondait à la partie moyenne de la première pièce du sternum, plusieurs tentatives infructueuses furent faites avant de parvenir à l'enlever, et ce ne fut qu'à l'aide d'un ténaculum mousse conduit sur le doigt, qu'on parvint à faire basculer et à enlever le fragment d'os. En résumé, excepté ces deux observations, tous les corps étrangers retirés de l'œsophage par l'incision extérieure siégeaient dans la portion cervicale de ce conduit.

Avant d'en arriver à l'œsophagotomie, presque tous les auteurs conseillent de faire, soit des tentatives d'extraction, soit des essais de propulsion vers l'estomac. Ces conseils, excellents dans une certaine limite, conduisent à un premier résultat très-important ; c'est de diagnostiquer assez exactement la position du corps dans le conduit pharyngo-œsophagien.

Est-ce à dire que toujours le cathétérisme avec des sondes ou des instruments spéciaux, permette de déterminer la présence et le siége d'un corps étranger ? non, et les faits le prouvent :

Dans la première observation du docteur Cheever, la sonde œsophagienne, munie d'une éponge, s'engagea deux fois de suite au delà du point douloureux, qui correspondait au cartilage cricoïde et qui résultait bien de la présence du corps étranger, comme l'a prouvé l'opération. On ne rencontra aucun obstacle, seulement l'éponge ramena une goutte de sang, située précisément du côté où l'on supposait que le corps était implanté dans les parois œsophagiennes. Ce symptôme précieux fut parfaitement utilisé par le chirurgien américain, pour formuler un diagnostic exact sur la position du corps arrêté dans l'œsophage.

(1) Cette observation n'a pas été publiée que je sache.

Dans la deuxième observation du même auteur, des phénomènes analogues se reproduisent ; on croyait que le malade avait avalé un os et que celui-ci était situé au niveau du cricoïde ; or, le cathétérisme ne permit pas de sentir la moindre obstruction du canal pharyngo-œsophagien. Le chirurgien de Boston en conclut que l'os devait être peu volumineux et implanté dans la paroi musculeuse du tube digestif ; et il avait raison jusqu'à un certain point, puisque, grâce à l'opération, on put enlever une épingle, arrêtée il est vrai au-dessus du sternum, mais dont les deux extrémités étaient implantées dans le tissu œsophagien.

Dans deux autres cas, dus à Hitchock et au docteur Cheever, l'exploration avec la sonde munie d'une éponge, ne donna encore aucun résultat ; mais il est bon d'ajouter que ces deux chirurgiens ne purent découvrir de corps étranger après avoir fait l'œsophagotomie. Nous reviendrons plus loin sur ces observations.

En résumé, l'exploration avec la sonde œsophagienne, armée ou non d'une éponge, doit être faite ; mais, si les indications qu'elle fournit sont *négatives*, il ne faut pas en conclure qu'il n'y a pas de corps étranger arrêté dans le conduit pharyngo-œsophagien. C'est là un fait important qui résulte non-seulement de l'examen des observations discutées plus haut, mais encore de celles que nous allons citer un peu plus loin.

Examinons maintenant une autre question essentiellement pratique. Peut-on toujours faire le cathétérisme de l'œsophage, lorsqu'un corps étranger est accidentellement arrêté dans les premières voies digestives ?

La résolution de cette question nécessite une certaine distinction à propos des accidents produits par la présence des corps étrangers. Lorsque ces accidents sont peu graves, ou plutôt lorsqu'ils ne s'accompagnent pas de phénomènes d'asphyxie imminente, on peut et l'on doit faire le cathétérisme œsophagien. Telle est, en effet, la conduite qu'ont tenue la plupart des auteurs qui ont dû pratiquer ultérieurement l'œsophagotomie.

Si, au contraire, le corps étranger détermine des phénomènes nerveux très-intenses et des accès de suffocation, accès qui, par parenthèse, nous paraissent résulter bien plus d'une excitation réflexe que d'une action toute mécanique, l'intervention chirurgicale devient fort difficile à déterminer, et le cathétérisme œsophagien n'est guère possible.

Dans une observation rapportée par le professeur Broca (1), le malade, qui avait un corps étranger dans l'œsophage, faisait de tels efforts pour s'opposer au cathétérisme qu'on dut y renoncer momentanément. Il est vrai que ce chirurgien parvint à faire pénétrer une sonde par le nez jusque dans l'estomac, mais ce fut avec de grandes difficultés, car cette sonde dut être guidée sur une autre introduite primitivement par la narine opposée jusque dans le larynx et laissée en place. Comme le malade ne pouvait fournir aucun renseignement et que l'exploration de l'œsophage ne donnait rien de précis, on chercha à remédier aux symptômes les plus alarmants, et l'on fit la trachéotomie.

Un fait analogue arriva à Legouest; cependant, ce chirurgien put explorer l'œsophage; mais, ne rencontrant pas d'obstacle, il n'osa ouvrir ce conduit, et se borna à parer aux accidents immédiats, en faisant la trachéotomie. Le malade rejeta ultérieurement l'os qu'il avait avalé (2).

D'ailleurs, cette difficulté d'explorer le conduit pharyngo-œsophagien a été signalée par Bégin dans sa première observation. « Le » malade, dit-il, ne peut rejeter la tête en arrière, de telle sorte que, » pour pénétrer dans l'œsophage, les instruments doivent se recourber » et heurtent contre les dents incisives supérieures, trop peu écartées » des inférieures, pour que le doigt indicateur trouve aisément place » entre elles. »

Il est vrai que, dans ces circonstances, l'emploi d'un dilatateur des mâchoires permettrait d'arriver plus facilement à pratiquer le cathétérisme.

Lors donc, que les accidents primitifs sont accompagnés de phénomènes de suffocation imminente, on peut hésiter et ne savoir si le corps étranger est dans l'œsophage ou dans les voies aériennes. Dans quelques cas même, et l'on en trouvera un certain nombre cités par de Lavacherie, les phénomènes asphyxiques sont si violents, que le malade peut mourir en très-peu de temps. Eh bien, dans ces circonstances, le clinicien doit suivre le précepte formulé depuis si longtemps par Habicot, c'est-à-dire ouvrir la trachée ; car il ne nous paraît pas possible de toujours faire le cathétérisme œsophagien, ou d'en retirer des indications bien précises. D'ailleurs, comme le prouve l'observation de Legouest et, comme nous l'avons déjà dit, le

(1) *Société de chirurgie*, 27 novembre 1861.

(2) *Id.*, 28 septembre 1859.

cathétérisme peut ne fournir que des signes négatifs ; ce qui, mieux encore, corrobore notre opinion sur le rôle énorme que doivent jouer les phénomènes réflexes dans le développement des accès de suffocation présentés par les malades.

L'œsophagotomie n'a, du reste, jamais été faite dans les conditions qui précèdent; dans presque tous les cas, les chirurgiens ne se sont décidés à ouvrir le conduit pharyngo-œsophagien qu'après un certain délai, dont le plus court nous paraît être de quarante-huit heures (obs. d'Arnold et d'Inzani). Une seule fois cependant (obs. d'Anthoniesz), l'opération fut faite tout de suite; mais c'était parce que, connaissant la nature du corps ingéré (un poisson), on vit qu'il ne fallait pas penser à le retirer par la bouche. Du reste, cette observation est incomplète, et il n'est pas possible de savoir si la présence de ce singulier corps étranger s'accompagnait de phénomènes de suffocation très-intenses.

Il résulte de ce qui précède que, dans presque toutes les observations où l'on a dû pratiquer l'œsophagotomie, on a fait préalablement le cathétérisme œsophagien. Il est vrai que le but des chirurgiens n'était pas souvent de porter un diagnostic rigoureux sur la position occupée par le corps étranger, et qu'ils s'efforçaient avant tout de le repousser dans l'estomac, ou de l'enlever par la partie supérieure des voies digestives.

Cette exploration a été faite, avons-nous dit, dans presque tous les cas ; il nous faut, en effet, citer des exceptions à cette règle. Dans l'observation d'Anthoniesz déjà mentionnée, et dans celle relatée trop brièvement par Ève, il n'est pas fait mention de tentatives de cathétérisme. La seconde et la troisième des observations publiées par Syme (d'Édimbourg) doivent être aussi mentionnées. Dans l'une de ces observations, les symptômes parurent suffisants pour pratiquer l'œsophagotomie dès l'entrée de la malade à l'hôpital ; dans l'autre observation, les symptômes primitifs, peu intenses d'ailleurs, présentés par le jeune malade, ne tardèrent pas à s'amender, et l'on crut que le corps étranger était descendu dans l'estomac. Cependant, quatre mois après, on dut pratiquer l'œsophagotomie, et ce fut seulement au bout de ce délai que Syme se décida à faire le cathétérisme pour porter un diagnostic exact.

Enfin, dans le fait du docteur Maclean, il n'est pas dit qu'on ait pratiqué le cathétérisme ; c'était, il est vrai, chez un très-jeune enfant, et il s'agissait surtout d'un abcès péri-œsophagien faisant saillie à la région du cou. Toutefois, comme on croyait à la présence d'un

corps étranger, et que l'opération fut longtemps retardée, il était parfaitement indiqué de pratiquer le cathétérisme œsophagien pour chercher à éclairer un diagnostic resté presque constamment incertain.

Le cathétérisme est donc un moyen de diagnostic important au point de vue des *signes positifs* qu'il peut donner; quelquefois, cependant, il est presque inutile, c'est lorsque le corps étranger est visible par la cavité buccale, lorsqu'il peut être atteint avec le doigt plongé profondément dans le pharynx; enfin, lorsqu'il fait saillie sur les parties latérales du cou.

Dans le fait d'Anthoniesz, la queue du poisson était visible dans l'arrière-bouche; Arnott put sentir le corps étranger (os), en introduisant le doigt dans le pharynx de son petit malade; enfin, dans le cas de Goursaud, et probablement dans celui de Roland, le corps étranger faisait saillie à gauche du cou; cette saillie anormale siégeait au-dessus de la clavicule (laquelle?) dans l'observation de Martini.

Lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie à propos de l'opération de Demarquay (1), discussion dont nous avons parlé déjà dans l'historique, le professeur Denonvilliers assura qu'il avait senti le corps étranger en exerçant une pression directe au-dessus du thorax, et qu'il avait pu, avec les mains, le renvoyer d'un côté à l'autre du cou.

On conçoit toute l'importance clinique de ces divers symptômes, aussi avons-nous vu que, pendant longtemps quelques-uns d'entre eux, et en particulier la saillie sur les parties latérales du cou, était une condition *sine qua non* de l'opération.

Quelques auteurs, parmi lesquels Cock et Inzani, ont pu arriver directement sur le corps étranger à l'aide de pinces courbes, mais c'est là une sorte de cathétérisme, indiqué surtout lorsque d'un volume considérable et très-irrégulier, le corps étranger n'a pu pénétrer bien loin dans le conduit pharyngo-œsophagien.

En quels endroits du conduit œsophagien a-t-on le plus fréquemment rencontré les corps étrangers qui ont nécessité l'intervention chirurgicale? Cette question est fort importante en particulier au point de vue du lieu d'élection de l'opération. On peut dire que, en général, comme l'assurent d'ailleurs la plupart des chirurgiens, les corps étrangers s'arrêtent, soit à la partie supérieure, soit à la partie inférieure de la portion cervicale du conduit œsophagien. Dans le pre-

(1) *Soc. de chir.*, séance du 9 août 1854.

mier cas, le corps séjourne au niveau de l'union du pharynx et de l'œsophage, vis-à-vis la face postérieure du larynx et surtout derrière le cartilage cricoïde, tels sont les faits d'Anthoniesz, de Ève, de Cock (2 cas), d'Inzani, de Sonrier et de Cheever (1 cas).

Dans le second cas, le corps étranger peut être arrêté soit au-dessus de la fourchette sternale (obs. de Flaubert, Demarquay, Cheever (1 cas), Syme (1 cas), soit à la partie inférieure du cou (Bégin), soit, enfin, dans la cavité thoracique, ainsi que nous l'avons déjà dit (Bégin et Arnold).

Une autre question intéressante est de déterminer la nature des divers corps qui ont été enlevés par l'ouverture de l'œsophage? Comme on devait s'y attendre, ce sont surtout des portions d'os, irrégulières, présentant des saillies plus ou moins accusées, et pouvant acquérir un volume assez considérable. L'os retiré par Goursaud avait 1 pouce de long sur 6 lignes de large; les deux fragments enlevés par Bégin appartenaient, l'un à la substance compacte, l'autre à la substance spongieuse d'un os long. Arnott extirpe de l'œsophage d'un enfant l'apophyse épineuse d'une des dernières vertèbres dorsales d'un mouton; le corps extrait par de Lavacherie « est un morceau très-com-» pacte appartenant à l'os jugal ou à l'apophyse zygomatique; il a la » forme d'un triangle obtusangle; les sommets des deux angles aigus » sont très-acérés. Ses dimensions sont les suivantes : 32 millimètres » sur le grand côté, 20 et 18 millimètres pour les deux autres; enfin, » il était épais de 4 à 1 millimètre. »

La portion d'os enlevée par Flaubert appartenait à une extrémité articulaire, et offrait la forme d'une pyramide triangulaire dont la base serait la surface articulaire. « Cette surface mesure dans un de » ses diamètres 32 millimètres; deux des autres côtés mesurent, pour » leur plus grand diamètre, l'un 33, l'autre 31 millimètres. Quant » au quatrième côté, formé par une solution de continuité qui laisse » le diploé à nu, il ne mesure que 3 millimètres dans son plus grand » diamètre. »

Syme d'Édimbourg a retiré deux os, dont l'un, très-mince, avait près d'un pouce carré (anglais); Inzani enleva une esquille osseuse, irrégulière, mesurant 4 centimètres dans son plus grand diamètre; Sonrier fit l'extraction d'un fragment d'os long de 35 millimètres, large de 26 millimètres, et épais de 1 centimètre en moyenne; enfin, le docteur Cheever put enlever une portion de la nageoire d'un poisson, mesurant 1/2 pouce de long sur 1/4 de pouce de large (mesures anglaises).

Dans deux autres cas, le corps étranger œsophagien était encore un os dont on n'indique pas les dimensions (faits de Syme et de Martini).

Donc, sur 21 corps étrangers extraits du conduit pharyngo-œsophagien, nous trouvons 12 fragments osseux d'un volume parfois considérable.

Parmi les autres corps retirés de l'œsophage, on signale deux pièces de monnaie (Demarquay et Syme), deux plaques métalliques supportant ou ayant porté de fausses dents (Cock), des épingles (Cheever et Hitchock), un noyau de pêche (Arnold), un poisson long de 4 pouces 1/2 et large de 1 pouce 1/2 (mesures anglaises) (Anthoniesz), enfin, un bouchon de liége de près de 3 pouces anglais de circonférence (cas rapporté par Ève.

La plupart de ces corps sont très-irréguliers ou offrent un volume exceptionnel, aussi est-il facile de comprendre leur arrêt dans le conduit pharyngo-œsophagien et la difficulté insurmontable de les extirper par les voies naturelles ou de les repousser dans l'estomac.

Avant d'en arriver à l'ouverture de l'œsophage, la plupart des chirurgiens ont, en effet, multiplié les tentatives d'extraction ou de propulsion des corps étrangers; souvent même ces essais réitérés ont fait perdre un temps précieux, et ont pu faciliter l'apparition d'accidents fort graves ayant entraîné la mort des opérés.

Des tentatives de propulsion furent faites par Goursaud, et probablement aussi par Roland ; les malades de Bégin, d'Arnott, de de Lavacherie, de Martini, de Flaubert, d'Arnold et de Sonrier, eurent à subir d'assez nombreux essais de propulsion et d'extraction par la bouche, essais d'autant plus multipliés en général que l'on sentait parfaitement le corps étranger, et que l'opération a été plus reculée.

Demarquay, Syme (1re obs.), Cock (2e obs.) et Inzani ne mentionnent que des tentatives d'extraction. On conçoit facilement que celles-ci fussent seules essayées dans les deux cas rapportés par Cock, vu les dimensions extraordinaires des corps étrangers (plaques dentaires) et leur situation très-rapprochée de l'orifice buccal.

Nous avons déjà dit que Syme fit deux opérations sans chercher à déplacer le corps étranger, détermination bien *hardie*, surtout dans le premier cas, où il ne pratique même pas le cathétérisme œsophagien.

Dans les deux premières observations du docteur Cheever, de Boston, on ne fit le cathétérisme qu'avec une sonde munie d'une éponge, et chose singulière, malgré l'absence de tout obstacle, cette explora-

tion parut soulager les patients, ce qui peut s'expliquer par la cessation momentanée du spasme œsophagien.

Mais, dans un certain nombre de cas, les chirurgiens ne se contentèrent pas de l'emploi de ces moyens mécaniques, ils administrèrent des vomitifs, soit par les voies digestives, et c'est le cas le plus ordinaire (Bégin, Arnott, de Lavacherie, Cock, Arnold), soit en injection dans les veines, comme dans l'observation de Martini.

Si nous acceptons dans une certaine limite les tentatives d'extraction ou de propulsion, préconisées par la plupart des classiques et faites par presque tous les chirurgiens qui ont dû en arriver à l'œsophagotomie, il n'en est plus de même des vomissements provoqués. C'est là une médication détestable ; elle donne naissance à des contractions œsophagiennes très-intenses, qui, la plupart du temps, ne font qu'enclaver un peu plus le corps étranger arrêté dans les premières voies. Si l'estomac était toujours plein, ou s'il y avait possibilité de le remplir de matières assez résistantes pour entraîner mécaniquement le corps étranger au moment de l'acte du vomissement, on comprendrait, dans une certaine mesure, cette indication thérapeutique. Mais il n'en est pas ainsi, le plus souvent les malades ne peuvent ingérer que de très-petites quantités de liquide, et cela depuis plusieurs jours ; l'estomac est donc vide, aussi l'émétique n'agit pas (obs. de Cock) ou ne produit que des contractions excellentes pour *fixer plus solidement* le corps qu'on veut enlever.

Nous avons précédemment dit que les tentatives d'extraction ou de propulsion du corps étranger devaient être faites dans une certaine mesure; or, c'est précisément cette mesure qu'il est bien difficile de déterminer d'une façon très-exacte. Essayons toutefois, en nous appuyant sur les faits publiés.

Presque toujours, l'opération fut décidée au bout de quelques jours et avant la fin de la première semaine qui suivit l'accident, cependant quelques opérations furent pratiquées au delà de ce temps, dans les quinze premiers jours et même au bout de plus de trois semaines.

Inzani et Arnold opérèrent le 2e jour et eurent 2 succès; Cheever, de Boston, opéra 2 fois le 3e jour et obtint 2 succès; Cock et Martini interviennent le 4e jour : 1 succès, 1 mort; Syme, Sonrier, de Lavacherie, Bégin, le 6e jour : 6 succès ; Flaubert, de Rouen, le 8e jour, et eut un insuccès ; Demarquay, le 10e jour, il eut aussi un insuccès ; Bégin, le 12e jour (1er cas), Syme le 16e (1er cas), deux succès; enfin Arnott ne put intervenir que le 36e jour ; il y a lieu de noter que ce chirurgien avait proposé l'opération le 6e jour après l'accident. En somme, sur

10 opérations faites avant le 7e jour, on n'a qu'un cas de mort ; tandis que sur 5 opérations faites du 8e au 36e jour on compte 3 morts. Ces chiffres nous paraissent assez éloquents, cependant nous passerons en revue les opérations suivies d'insuccès, afin de voir s'ils sont bien dus à la temporisation, ou à l'intervention chirurgicale elle-même.

Dans l'observation de Martini, des tentatives nombreuses furent faites pour enlever le corps étranger, et l'opération proposée par le chirurgien, ne fut pas acceptée tout d'abord. « Le malade fit ensuite » lui-même des efforts pour pousser l'os dans l'estomac, en s'intro- » duisant, au moins 60 fois dans l'œsophage, une corde neuve durcie » dans l'eau et effilée aux bouts. » Fatigué et n'obtenant aucun soulagement, il consent à être opéré ; on refait alors de nouvelles tentatives pour déplacer le corps étranger avant de procéder à l'œsophagotomie ; on lui injecte même un grain d'émétique dans une veine, ce qui provoque de violents efforts de vomissement et des accès de suffocation, menaçants de compromettre la vie. On incise enfin sur la saillie produite par le corps, et l'on trouve l'œsophage gangrené, l'os mis en liberté tombe dans l'estomac et ne peut être retiré par la plaie.

La mort survient trois jours après, et l'autopsie permet de confirmer le diagnostic formulé sur la lésion œsophagienne pendant l'opération.

Il nous paraît évident que si le malade n'avait pas rejeté primitivement l'intervention chirurgicale, s'il n'avait pas fait de nombreuses tentatives de propulsion, et si surtout le chirurgien n'y était pas encore revenu et n'avait pas épuisé le patient avec son injection d'émétique, nous n'aurions pas eu à enregistrer cet insuccès.

Viennent ensuite les faits de Flaubert et de Demarquay. — Flaubert opéra le 8e jour après l'accident, malheureusement ce chirurgien ne vit le malade que le 7e jour, alors que les symptômes généraux qu'il présentait étaient déjà fort graves. Un seul jour fut perdu en essais de propulsion et d'extraction, et l'opération fut faite le lendemain. Quoiqu'un peu longue celle-ci n'offrit rien d'anormal, si ce n'est que la plaie fournit un peu plus de sang qu'habituellement, ce qui peut s'expliquer par l'état de congestion inflammatoire des tissus sectionnés. Tout d'abord les phénomènes généraux s'amendèrent, et une réaction franche parut se faire, mais bientôt tout espoir de guérison fut perdu et le malade mourut, moins de 48 heures après avoir été opéré.

A l'autopsie on trouva du pus dans le tissu cellulaire et dans les

fibres du sterno-mastoïdien, les ganglions cervicaux étaient enflammés. Une ulcération profonde siégeait dans le pharynx en arrière du bord supérieur du cartilage thyroïde. Au-dessous de ce cartilage, au point où se trouvait le corps étranger, existait une autre ulcération, entourant tout le conduit œsophagien et ayant détruit la muqueuse et les fibres charnues. *Toute continuité* avait donc cessé entre les parties supérieure et inférieure du conduit œsophagien ; du pus avait fusé en arrière de l'œsophage jusqu'à l'estomac.

« Ce qu'il y a de remarquable dans cette destruction de l'œsophage, » dit Flaubert, c'est la rapidité avec laquelle elle s'est produite. »

Lors de l'opération, on ne constata rien de semblable, et le conduit œsophagien, un peu plus épais, paraissait intact. Mais cette rapide destruction des tissus ne tient-elle pas à l'inanition profonde dans laquelle le malade était plongé, et ne peut-on comparer ce qui est arrivé ici à ce qui se passe chez les aliénés lorsqu'ils ne veulent pas prendre de nourriture?

Chez eux, comme on le sait, il y a une tendance véritable à la gangrène, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle ; tendance qui peut être en partie attribuée à l'état languissant de la nutrition sous l'influence épuisante d'un jeûne prolongé. D'ailleurs les expériences si connues de Chossat sur l'*inanition* viennent encore à l'appui de cette manière de voir.

En somme, il est probable, et c'est aussi l'opinion de Flaubert, que l'opération aurait réussi, si elle eût été faite à une période moins éloignée du début des accidents.

Les phénomènes qui suivirent l'opération de Demarquay, peuvent être aussi attribués à l'inanition et à la temporisation : telle est, du moins, l'opinion de son interne Créquy, qui a publié, comme nous l'avons déjà dit, des réflexions très-judicieuses sur cette observation et sur celle de Flaubert.

L'enfant opérée par Demarquay était fort jeune (trois ans et demi), elle fut soumise à des tentatives d'extraction répétées à l'aide du panier de de Graefe, tentatives « qui n'eurent d'autre résultat que de » déterminer l'expulsion d'une grande quantité de salive mêlée d'un » peu de sang et de faire souffrir la malade. »

L'enfant était très-mal, l'oppression considérable, la déglutition presque impossible et la salive mêlée de pus, lorsqu'on se décida à intervenir, dix jours après l'accident.

Pendant l'opération il fut inutile d'ouvrir le conduit œsophagien, car une légère traction exercée avec des pinces suffit pour en déchirer

a paroi évidemment altérée. L'opérée meurt trois jours après, et l'on constate l'existence d'une pleurésie droite résultant de l'ouverture dans la plèvre d'un abcès prévertébral, né au niveau du pharynx et communiquant avec ce conduit. La paroi postérieure de l'œsophage offre aussi d'autres ouvertures anormales, d'où son aspect criblé.

Comme dans le fait de Flaubert, sous l'influence de l'état général et de l'épuisement, le corps étranger a très-rapidement ulcéré l'œsophage et a déterminé un abcès rétro-œsophagien qui s'est ouvert dans la plèvre. Créquy conclut de ces faits, de neuf autres observations dans lesquelles on a constaté la formation très-rapide d'abcès consécutifs, enfin, de quelques expériences faites sur des chiens, que la suppuration se produit très-vite autour du corps étranger et qu'elle peut amener la mort dès la fin du premier septénaire, ou au début du second.

Bien qu'il n'en soit pas toujours ainsi, et que même lorsqu'il s'est formé du pus au niveau du corps étranger, on puisse obtenir une guérison complète (1re obs. de Bégin), nous croyons qu'il est bon de ne pas trop différer l'opération, dès que l'on suppose l'existence de phénomènes inflammatoires ; phénomènes d'autant plus graves qu'ils se terminent rapidement par ulcération ou gangrène de l'œsophage et production de pus dans les tissus voisins.

Quant au dernier insuccès d'Arnott, il tient aussi à la temporisation trop prolongée ; les parents du petit garçon (deux ans et trois mois) s'étaient stupidement refusés à toute intervention chirurgicale et ne l'avaient acceptée qu'à la dernière extrémité, alors que le petit malade offrait déjà des signes de pneumonie. Car, chose singulière, cette observation, bien que suivie de mort, est en contradiction avec les faits de Flaubert et Demarquay, en ce sens que, malgré un long séjour dans l'œsophage (34 jours) le corps étranger n'avait produit que deux petites ulcérations insignifiantes. Toutefois l'issue fatale doit être encore attribuée au long retard apporté dans l'opération. Si, en effet, les phénomènes locaux étaient peu intenses, ils étaient cependant assez accusés pour entraver l'alimentation ; aussi l'enfant maigrissait-il à vue d'œil, et la nutrition incomplète a pu être la cause prédisposante de la broncho-pneumonie double qui l'a tué.

Il est donc impossible de ne pas admettre que, dans les quatre observations où l'opération a été suivie de mort, l'issue fatale ne peut s'expliquer que par le retard, volontaire ou involontaire, qu'on a apporté dans l'intervention chirurgicale.

Faut-il donc opérer tout de suite, comme l'a fait deux fois Syme d'Édimbourg ? Nous ne le croyons pas, malgré l'innocuité relative

de l'opération, à laquelle il est impossible d'attribuer jusqu'alors un seul cas de mort.

Toutefois, la pratique de Syme pourrait être suivie dans des cas analogues à celui d'Anthoniesz, alors qu'il est évident que les tentative d'extraction ne peuvent qu'amener de graves accidents ; mais empressons-nous de le dire, ces faits sont exceptionnels.

Quelques autres opérations d'œsophagotomie ont été pratiquées très-tardivement, telles sont celles de Syme (2e observ.) et d'Hitchock qui ne furent faites que 4 mois après l'accident, et celle de Cheever (8 mois). Ces faits intéressants méritent de fixer l'attention des praticiens, aussi nous les analyserons avec quelques détails.

Le premier nous est déjà connu. Au mois de novembre 1861, Syme fut consulté par un jeune homme qui affirmait avoir avalé une pièce de monnaie. Le chirurgien introduisit des pinces dans l'œsophage : ne trouvant rien et n'osant pas faire d'autres tentatives, il se contenta de l'expectation, qui parut suivie d'excellents résultats, aussi le malade fut-il renvoyé chez lui. Cependant il souffrait toujours, Syme le revoit vers la fin de février 1862, cathétérise l'œsophage, reconnaît l'existence du corps étranger et opère de suite, craignant l'apparition des accidents consécutifs à l'ulcération de l'œsophage.

Il est évident que le cathétérisme, fait en février, aurait dû être pratiqué au mois de novembre, ce qui n'aurait pas exposé le malade à des complications parfois terribles, comme l'a si bien démontré de Lavacherie ; de plus, ce cathétérisme aurait pu être suivi de quelques tentatives d'extraction et de propulsion, avant d'en arriver à l'opération.

Le 21 avril 1867, le docteur Hitchock, de Boston, fut appelé par le docteur Blood pour voir une dame âgée de quarante-neuf ans, qui avait avalé une épingle ordinaire, le 5 janvier de la même année. Des phénomènes douloureux très-intenses et de la dysphagie avaient suivi cette ingestion, des tentatives d'extraction avaient été faites sans succès, enfin la malade avait vu apparaître au côté gauche du cou une tumeur, s'accompagnant de symptômes inflammatoires ; on allait ouvrir ce foyer, lorsqu'il se vida dans l'œsophage. Depuis ce temps les douleurs existent toujours, particulièrement au niveau du cricoïde, la dysphagie persiste, il se fait un écoulement purulent infect par la gorge, et la malade, pâle et émaciée, se soutient à peine à l'aide de toniques et de lavements nutritifs. Malgré ces symptômes, et très-probablement à cause des signes négatifs

fournis par le cathétérisme, on temporisa encore quelque temps.

Enfin le 15 mai l'opération est décidée en consultation et pratiquée par le docteur Hitchock. L'œsophage ouvert, il fut impossible de découvrir le corps étranger. Toujours est-il que les phénomènes de dysphagie disparurent et que la malade était guérie au bout d'un mois.

Lors de l'intervention chirurgicale, l'épingle était-elle déjà entrée dans les tissus, ce qui fait qu'on n'a pu la trouver? Le fait est probable, car la malade s'est plainte, longtemps encore, de douleurs s'irradiant de la plaie vers l'épaule gauche.

Mais ce qui est curieux, c'est que le spasme œsophagien, produisant de la dysphagie, ait cessé avec la section longitudinale de l'œsophage. Il se serait passé, pour l'œsophage, quelque chose d'analogue à ce qui arrive pour le col de la vessie, dans certains cas de contracture, qui disparaissent par la section ou par la cautérisation du sphincter vésical?

Ce fait est d'autant plus intéressant qu'il n'est pas unique; l'année suivante, le docteur Cheever en publiait un autre presque identique.

C'est une dame âgée qui, elle aussi a avalé des épingles, deux ont été retirées du pharynx, mais les phénomènes de douleur et de dysphagie n'ont pas cessé pour cela, depuis le moment de l'accident, c'est-à-dire depuis le mois de juillet 1867.

La malade entre le 26 février 1868 dans le service du docteur Cheever, les symptômes locaux sont toujours les mêmes et rapportés au niveau du cricoïde, quant aux phénomènes généraux, ils résultent d'un état extrême d'émaciation par inanition. L'exploration avec la sonde, munie d'une éponge, ne fournit que des résultats négatifs, comme dans le cas précédent; toutefois on se décide à opérer (28 février). Le conduit œsophagien, largement ouvert, il est impossible de trouver la moindre trace de corps étranger. Un mois après, la malade part guérie et avale parfaitement bien.

Ce qui, dans ce cas, peut aussi faire croire à la pénétration de l'épingle à travers les parois de l'œsophage, c'est que celles-ci offraient un point induré près du cartilage cricoïde, point parfaitement senti par le docteur Cheever au moment de l'opération.

Comme dans le cas d'Hitchock, le spasme œsophagien paraît encore avoir cédé après l'incision longitudinale de ce conduit.

En somme, ces deux observations sont très-singulières, aussi devions-nous appeler sur elles l'attention des chirurgiens.

Dans presque tous les cas, la présence du corps étranger s'accompagnait de dysphagie, tels sont du moins les faits cités par Bégin, Arnott, de Lavacherie, Martini, Antoniesz, Flaubert, Demarquay, etc. Tantôt, comme dans l'observation rapportée par Flaubert, cette dysphagie était telle, que le malade ne pouvait ingérer ni aliments solides, ni même de substances liquides; d'autres fois, comme dans les deux premières observations de Cheever, la déglutition était affreusement douloureuse, et provoquait des accès nerveux. Mais il n'en fut pas toujours ainsi, et, pour n'en citer qu'un exemple, nous voyons Syme opérer son jeune malade alors que la difficulté de la déglutition était très-peu considérable.

Si donc la dysphagie est une raison déterminante à ajouter à beaucoup d'autres, pour engager les chirurgiens à intervenir, elle n'est pas absolument indispensable; et, dans tous les cas, il ne faut pas attendre qu'elle soit arrivée à son summum d'intensité, comme le croyaient les anciens auteurs.

Une remarque analogue doit être faite à propos de la dyspnée ou des accès de suffocation qui surviennent assez souvent à la suite de l'arrêt des corps étrangers dans l'œsophage, et sur la nature desquels nous avons déjà insisté.

Il est rare que les phénomènes de dyspnée aient été intenses dès le début, cependant Flaubert dit que son malade avait présenté tout de suite une respiration laborieuse. D'ordinaire, c'est au bout d'un temps variable, qu'il apparaît des accès de suffocation, notés en particulier par Bégin, Demarquay et Syme; du reste, ces accès peuvent survenir tardivement alors que le corps étranger séjourne depuis longtemps déjà dans le conduit œsophagien, tel est le cas d'Arnott.

Dans les observations rapportées par de Lavacherie et Arnold, on se contente de mentionner de l'anxiété, une respiration un peu embarrassée; Sonrier nous dit que son malade avait la respiration assez libre. Enfin, dans le fait si souvent cité de Syme, dans ceux de Cock, d'Hitchock et de Cheever, la respiration s'effectuait librement.

Donc, plus encore que pour la dysphagie, les phénomènes de dyspnée n'ont influé que d'une façon très-accessoire sur le parti pris à un moment donné par les chirurgiens.

Que nous sommes loin des prescriptions indiquées par les classiques anciens, puisqu'ils n'acceptaient l'intervention chirurgicale que dans les cas où la dyspnée était très-grande, la dysphagie absolue, et encore fallait-il que le corps étranger fasse saillie à l'extérieur.

En résumé, lorsqu'un corps étranger s'arrêtera dans le conduit pharyngo-œsophagien, il faudra tout d'abord s'enquérir de sa nature et de son volume, autant qu'on pourra le faire.

Le corps est-il irrégulier, présente-t-il des angles saillants, capables d'amener rapidement une lésion de la paroi muqueuse du conduit œsophagien, il faudra se tenir sur ses gardes et bien se rappeler, la gravité de la présence prolongée de ces corps dans les premières voies.

Le cathétérisme œsophagien doit être pratiqué, sauf quelques exceptions (obs. d'Antoniesz), pour déterminer la position du corps étranger et même pour faire tout de suite quelques tentatives d'extraction. C'est ainsi qu'un de nos amis, le docteur Léonardy, a pu, en pratiquant ce cathétérisme, ramener un fragment osseux qui s'était engagé dans l'œil de la sonde œsophagienne.

Si le corps étranger est situé à l'entrée de l'œsophage, et qu'il soit volumineux et irrégulier, on doit insister sur les tentatives d'extraction (observations de Cock).

Si au contraire, le corps étranger est engagé plus profondément, et n'offre pas un volume trop considérable, on devra chercher à le pousser vers l'estomac.

Enfin, dans bien des cas, il est permis de faire des tentatives de propulsion vers l'estomac et d'extraction par la cavité buccale; plus particulièrement, lorsque le corps ingéré n'est ni très-volumineux, ni surtout très-irrégulier; quand on a affaire, par exemple, à des pièces de monnaie.

Les tentatives d'extraction ou de propulsion devront être faites avec beaucoup de prudence, surtout si le corps étranger est irrégulier, et à cet égard la division pratique proposée par Larrey (1) et par Denucé (2), et qui consiste à partager tous les corps étrangers de l'œsophage en deux groupes, est très-rationnelle. Au premier groupe appartiennent les corps réguliers ou volumineux, au second groupe se rattachent les corps irréguliers anguleux; or, ce sont ces derniers qui ont nécessité le plus souvent l'opération de l'œsophagotomie externe.

Si les tentatives d'extraction et de propulsion ne réussissent pas, il ne faut pas attendre, comme on l'a fait trop fréquemment, car l'irritation produite par les instruments amène une contraction spasmo-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 160 (*Anal. du mém. de de Lavacherie*).

(2) *Mém. et bull. de la Soc. méd.-chirurg. de Bordeaux*, 1er fasc., p. 210, 1867; et J. A. Martin, thèse citée, 1868.

dique de l'œsophage, qui exaspère souvent les phénomènes morbides, et, dans tous les cas, rend des tentatives ultérieures plus difficiles et plus pénibles. Celles-ci ont donc moins de chance de réussir ; de plus, l'inflammation du conduit œsophagien peut amener une friabilité plus grande de ses parois, d'où la possibilité de les déchirer avec les instruments, accident d'autant plus à craindre qu'on attendra plus longtemps.

Enfin, l'état général du malade s'aggrave constamment ; et, d'ailleurs, ne paraîtrait-il que peu affecté de la présence du corps étranger, les accidents à craindre sont tellement graves, comme l'a si bien prouvé de Lavacherie, qu'il faut intervenir.

Pour résumer notre pensée, nous dirons, qu'imitant la conduite du chirurgien qui est appelé auprès d un malade atteint de hernie étranglée, et qui ne le quitte qu'après avoir réduit ou opéré la hernie ; le praticien ne doit guère quitter le malade qui a un corps étranger arrêté dans le pharynx qu'après l'en avoir débarrassé, soit en enlevant ce corps par la bouche, soit en le poussant dans l'estomac, soit, enfin, en pratiquant l'œsophagotomie externe.

Cette dernière opération est d'autant mieux indiquée qu'elle n'est pas très-difficile, et surtout qu'elle n'offre pas les grands dangers mentionnés par la plupart des auteurs classiques. Telle est du moins a conclusion qu'on peut tirer de l'examen attentif des observations publiées jusqu'ici.

CHAPITRE III

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS DU CONDUIT PHARYNGO-ŒSOPHAGIEN

Comme on a pu le remarquer, en lisant l'historique de l'œsophagotomie externe, cette opération n'a été faite qu'exceptionnellement pour combattre les rétrécissements du conduit œsophagien.

Quatre observations étaient connues, à l'époque où parut la thèse de Follin, sur les rétrécissements de l'œsophage, et, sur ces quatre faits, trois seulement avaient été publiés ; c'étaient ceux de Tarenget, de Watson et de de Lavacherie. Une opération due à Monod, chirurgien de la Maison de santé, était et est restée inédite.

Le nombre des œsophagotomies externes pratiquées depuis cette époque, toujours en vue d'apporter un remède aux rétrécissements œsophagiens, est encore fort restreint, au moins d'après les recherches que nous avons pu faire. Trois nouvelles opérations seulement ont été exécutées, elles sont dues au professeur Richet, à Bruns de Tübingen et à Willett de Londres ; sur ces trois opérations, deux ont été livrées à la publicité, celle de Bruns en 1865, et celle de Willett en 1868. L'observation du professeur Richet est encore inédite et nous n'avons pu nous la procurer.

En résumé, les faits sont peu nombreux, puisqu'il n'y en a que sept, ils sont mal connus, car les observations de Watson, de de Lavacherie, Bruns et Willett sont seules assez complètes. Cependant, malgré cette insuffisance de matériaux, nous pourrons peut-être, grâce à un examen attentif des faits, déduire quelques données sur l'utilité de l'intervention chirurgicale, lors de rétrécissement œsophagien.

Un premier enseignement ressort clairement des quelques obser-

vations publiées sur ce sujet, c'est que, malgré les résultats déplorables fournis par une statistique brute, il est impossible de rattacher l'issue fatale à l'intervention du chirurgien. Cette assertion est facile à prouver pour les faits de Tarenget, de Watson et de Monod. La malade dont Tarenget rapporte l'observation avait une affection organique du pharynx ou du commencement de l'œsophage ; on fait l'œsophagotomie externe, ce qui permet à l'opérée de vivre encore seize mois et la mort ne fut que le résultat de l'envahissement progressif des tissus du cou par le cancer.

Le fait de Monod est entièrement analogue ; le cancer siégeait à l'union du pharynx et de l'œsophage, la dysphagie était absolue, c'est-à-dire que la malade était vouée à une mort certaine par la faim. Le chirurgien fait l'œsophagotomie qui réussit bien, car l'opérée ne succombe que 3 mois après, de son cancer.

Dans l'observation de Watson encore, il existait un rétrécissement infranchissable situé à 7 pouces environ des incisives de la mâchoire supérieure et le malade, épuisé par 4 mois de souffrances, mourait de faim. On opère le 12 février 1844 ; une sonde introduite d'abord par la plaie, puis par le nez, permet de si bien nourrir le malade, que le 10 avril il sort à cheval et commet des imprudences, ce qui donne naissance aux accidents qui ont amené la mort.

L'utilité de l'opération et son influence sur le résultat de la maladie, paraissent plus discutables à propos des faits de Bruns, de de Lavacherie et de Willett.

Le malade de Bruns était atteint d'un rétrécissement œsophagien infranchissable situé à une distance de 15 centimètres environ des dents incisives supérieures, c'est-à-dire au niveau du cricoïde ; il était très-affaibli et mourait de faim : en un mot les conditions se trouvaient être les mêmes que dans le fait de Watson.

Bruns pratique l'œsophagotomie le 5 novembre 1854, l'opération est bien supportée, pas d'accidents d'hémorrhagie, de thrombose et d'inflammation à la suite de cette intervention, et la plaie se cicatrise avec une rapidité exceptionnelle. Grâce à la sonde introduite d'abord par la plaie, puis par la bouche, on peut alimenter le malade qui, en moins d'un mois, avait repris ses forces et déglutissait assez facilement pour se passer de sonde.

A cette époque apparaissent des symptômes d'inflammation du côté du pharynx et du larynx, symptômes dont la cause déterminante pourrait être rapportée, selon nous, à la thérapeutique employée contre le rétrécissement, et surtout à l'introduction répétée de canules

pleines destinées à le dilater. Toujours est-il que l'œdème du larynx augmentant, on fait la trachéotomie le 7 décembre et que le malade meurt le 9. Dans ce cas, comme dans tous ceux qui précèdent, l'issue fatale ne peut donc être attribuée à l'intervention chirurgicale, car l'autopsie permit de constater la guérison complète de la plaie faite précédemment au conduit pharyngo-œsophagien.

L'opéré de de Lavacherie souffrait depuis un an d'un rétrécissement œsophagien, situé, dit-on, à la hauteur du sternum, le cathétérisme était impossible et tous les essais faits pour franchir le point coarcté n'avaient abouti qu'à provoquer de vives douleurs. Le malade mourait de faim, on se décide donc à opérer, dans le but de dilater le rétrécissement et de nourrir le patient. L'œsophagotomie externe est faite, le 9 août 1845, et le lendemain on peut introduire une sonde dans l'œsophage. Pas d'accidents consécutifs à l'opération, « tout marchait à souhait, » lorsque le 5e jour, en voulant changer la sonde et en remettre une plus volumineuse, apparurent des phénomènes de suffocation.

A partir de ce moment, le malade, qui croyait être guéri par l'opération seule, se décourage; on est obligé d'enlever la sonde œsophagienne, et la mort survient le quinzième jour après l'intervention chirurgicale.

Malheureusement, l'autopsie n'ayant pu être faite, est-il impossible de préciser la nature même de l'affection œsophagienne et la cause de l'issue fatale. Quoi qu'il en soit, il nous paraît difficile de rapporter la mort à l'opération, telle est aussi d'ailleurs l'opinion formulée par le chirurgien belge.

La malade opérée par Willett présentait, depuis sept mois, des phénomènes de dysphagie; il paraissait n'exister qu'un rétrécissement au niveau du cricoïde, et une bougie n° 8 pouvait franchir le lieu rétréci et arrivait ensuite facilement dans l'œsophage. Le cathétérisme ne tarda pas à devenir très-pénible, des phénomènes inflammatoires apparurent et un abcès se développa en avant du cricoïde, sans toutefois communiquer avec le pharynx. La malade tomba dans le marasme, refusant toute administration de lavements nutritifs. On se décida à opérer quatre mois après son entrée à l'hôpital.

L'opération, faite avec quelque difficulté, vu l'existence de trajets fistuleux au milieu des tissus à diviser, permit d'introduire, et de laisser à demeure dans l'œsophage, un tube à trachéotomie. Ce tube servait à conduire des sondes flexibles dans l'estomac et, par consé-

quent, à alimenter la malade. L'opération fut bien supportée et ne donna lieu à aucun accident consécutif.

A mesure que la malade reprenait des forces, elle devenait plus difficile, ne comprenant nullement l'utilité du cathétérisme répété pour l'introduction des aliments; elle finit par s'y refuser, prétextant que la possibilité de déglutir naturellement diminuait de jour en jour. L'état général de la malade ne tarda pas à se ressentir de cette obstination, entraînant fatalement une alimentation insuffisante; aussi la mort survint-elle le dix-huitième jour après l'opération.

L'autopsie permit de s'assurer que le rétrécissement était dû à un cancer épithélial de la partie supérieure de l'œsophage; ce conduit était ulcéré au niveau du point rétréci et des trajets fistuleux s'irradiaient de cette ulcération vers les parties voisines.

La portion de l'œsophage sur laquelle avait été faite l'incision était parfaitement saine, et, sauf le trajet de la canule, il n'existait ni inflammation, ni ulcération des tissus; en un mot, l'opération n'avait donné lieu à aucun accident auquel on pût imputer la terminaison fatale.

Un fait curieux à signaler, c'est l'obstination de la malade de Willett à se soumettre à l'alimentation par la sonde œsophagienne; obstination comparable au découragement dans lequel tomba le malade de de Lavacherie, quelques jours après avoir été opéré.

Six fois donc on a pu pratiquer l'ouverture extérieure du conduit œsophagien, non-seulement sans aggraver la position des malades, mais encore en retirant de cette intervention des résultats toujours bons d'une façon immédiate et parfois assez durables.

L'issue fatale s'explique très-facilement dans les observations de Taranget, Monod et Willett. Dans ces trois cas, on avait affaire à un cancer de l'œsophage; les malades étaient voués à une mort certaine, et à une mort horrible par inanition. L'intervention chirurgicale a donc été excellente en retardant la fin des malades et surtout en la leur rendant moins affreuse.

Dans ces trois circonstances aussi, l'ouverture du conduit œsophagien fut faite *au-dessous de l'obstacle;* par conséquent, le chirurgien se proposait surtout de pallier aux accidents d'inanition. Cependant, dans les réflexions dont il a fait suivre le récit de son observation, Willett regrette de n'avoir pas porté le bistouri un peu plus haut sur le point rétréci, non, bien entendu, pour agir efficacement sur la tumeur, mais pour faciliter la déglutition, ce qui aurait eu probablement beaucoup d'influence sur le moral de sa malade, et l'aurait soutenue plus longtemps.

Cette idée ingénieuse de l'auteur anglais méritait d'être citée, et pourrait être appliquée à l'occasion, bien que l'incision faite sur une tumeur de mauvaise nature soit fréquemment contre-indiquée.

Sans être identique avec les trois faits précédents, celui de Watson s'en rapproche beaucoup; on n'avait pas affaire, il est vrai, à une production maligne, mais à une lésion toujours symptomatique d'un état général grave, puisque le rétrécissement était d'origine tuberculeuse. Aussi, malgré le rétablissement d'une alimentation presque normale, les forces étaient peu développées, et la lésion du pharynx marchait toujours. A un moment, des phénomènes d'inflammation locale se développèrent (7 avril); le cathétérisme, possible jusqu'alors par les voies supérieures, ne peut plus être fait, et le chirurgien se vit dans la nécessité de désunir les bords de l'incision du cou pour introduire une sonde dans l'œsophage. Les aliments, pénétrant avec plus de facilité dans l'estomac, l'état du malade se remonte un peu, puis, à la suite d'une imprudence, tous les symptômes de suffocation apparaissent et nécessitent la trachéotomie. L'autopsie permet de constater deux perforations établies entre le pharynx et la trachée, ainsi qu'une vaste ulcération tuberculeuse du conduit pharyngo-œsophagien.

Somme toute, la lésion tuberculeuse du pharynx et de l'œsophage devait fatalement entraîner la mort du malade, et cette terminaison a dû être notablement retardée par la possibilité d'alimenter le patient.

Ce cas de Watson est le seul dans lequel l'ouverture du conduit œsophagien fut faite juste *au niveau* du rétrécissement; les tissus étaient indurés dans une étendue de cinq à six lignes, et le chirurgien américain fit à la paroi œsophagienne une ouverture de un pouce et demi. A ce moment, la muqueuse située au niveau du point rétréci ne présentait nulle altération et offrait son aspect normal; l'affection fit donc de grands progrès depuis l'époque de l'opération jusqu'à celle de la mort, c'est-à-dire en moins de deux mois.

Dans les trois observations de Richet, de de Lavacherie et Bruns, il n'est plus aussi facile de se rendre compte de l'issue fatale par la marche naturelle de la lésion qui a provoqué le rétrécissement. Nous mettrons tout de suite à part le fait de Richet, sur lequel nous n'avons aucun renseignement, si ce n'est que l'on avait affaire à un rétrécissement *fibreux* siégeant très-bas, et que l'ouverture de l'œsophage dut être faite fatalement au-dessus du point rétréci. Très-probablement le professeur de clinique se proposait de remplir deux indications :

1° de franchir et de dilater le rétrécissement; 2° d'alimenter la malade.

De Lavacherie incisa aussi l'œsophage au-dessus du rétrécissement, guidé surtout en cela par la position de la coarctation œsophagienne; car, dit-il, « l'obstacle insurmontable siégeait à la hauteur du sternum ». Grâce à cette intervention, on put pratiquer le cathétérisme et dilater le rétrécissement, par conséquent traiter et nourrir le malade. Devait-on espérer une heureuse issue? De Lavacherie assure que la lésion de son malade n'était pas de nature maligne; il suppose une rupture de l'œsophage, à cause de l'existence d'une énorme dilatation au-dessus du rétrécissement, rétrécissement qu'il croit être produit par une contraction spasmodique de la tunique musculeuse du conduit œsophagien. Ce diagnostic, qui lui semble des plus rationnels, n'est guère acceptable, et somme toute il est impossible de formuler une opinion sur la nature de l'affection à laquelle a succombé le malade de de Lavacherie. Tout ce qu'on peut assurer, c'est que le résultat fatal ne tient nullement à l'intervention chirurgicale, ce que nous avons déjà cherché à démontrer.

Le fait rapporté par Bruns est encore plus singulier, ici les détails opératoires et l'autopsie ne manquent pas, comme dans l'observation de de Lavacherie, et cependant il est fort difficile de déterminer la nature de la lésion qui a nécessité deux fois l'intervention chirurgicale et qui enfin a entraîné la mort.

On constate par l'examen direct à l'aide du laryngoscope et par le cathétérisme œsophagien une obstruction complète du conduit pharyngo-œsophagien vers le cricoïde et un rétrécissement de la glotte; ces lésions, et surtout la première, furent attribuées à la compression résultant de l'induration et de la tuméfaction du lobe gauche du corps thyroïde. « Comme cette tuméfaction se propageait du côté de la » colonne vertébrale, elle repoussait le larynx en arrière et produi- » sait le rétrécissement de l'œsophage, tant par la compression que » par la transformation fibreuse du tissu cellulaire environnant. »

Lorsqu'après l'ouverture de l'œsophage, ou plutôt du *pharynx*, on voulut pénétrer dans le rétrécissement à l'aide d'une sonde olivaire ou métallique, on ne put y parvenir; et il fallut disséquer le lobe tuméfié de la glande thyroïde, jusque vers l'orifice supérieur du thorax, ce qui donna lieu à un écoulement sanguin un peu inquiétant. Cette dissection faite, on put passer une sonde de 5 millimètres de diamètre dans le rétrécissement.

Les difficultés survenues pendant l'opération semblaient donc venir

tout à fait à l'appui du diagnostic formulé précédemment, toutefois il ne fut que médiocrement vérifié à l'autopsie. En effet, « la glande » thyroïde n'était que faiblement tuméfiée, sa consistance et même » celle du lobe gauche n'était pas augmentée, *contrairement à ce » qu'on avait trouvé sur le vivant.* L'œsophage était fixé fortement à la » colonne vertébrale, jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dor- » sale, par un tissu cellulaire extrêmement dense. » Après l'ouverture de ce conduit on constate *un abcès gangréneux en ceinture de l'extrémité œsophagienne*, ou pour mieux dire, une vaste ulcération s'étendant du sommet des aryténoïdes jusqu'au-dessous du niveau du cricoïde. Puis, pour compliquer la question, la partie de l'œsophage située au-dessous de cet ulcère offre une cloison qui la sépare en deux conduits, l'un antérieur, non revêtu d'épithélium, ouvert en bas et terminé en cul-de-sac à sa partie supérieure; l'autre postérieur, qui paraît être le véritable conduit œsophagien.

A quoi attribuer les adhérences de l'œsophage aux vertèbres, l'ulcération de la muqueuse, enfin la présence de ce diverticule? Le Dr H. Schmidt, qui rapporte l'observation, n'ose se prononcer; avant l'autopsie, on avait une explication très-plausible des symptômes, maintenant tout est remis en question; aussi, dit-il en terminant : *notre science n'est que de la broderie.* Cependant, on peut dire que la lésion n'était pas de nature organique, et qu'elle offrait bien plus les caractères d'un rétrécissement de nature inflammatoire, si l'on tient compte de l'ulcération étendue du pharynx, ulcération non spécifique cependant, contrairement au cas de Watson.

Mais était-ce là la cause primitive des phénomènes de dysphagie? Nous ne le croyons pas, et de même que les adhérences des intestins entre eux ou à l'enceinte abdominale, amènent des phénomènes de pseudo-étranglement en empêchant leurs contractions, de même les adhérences de l'œsophage à la face antérieure des vertèbres ont dû jouer un certain rôle dans les difficultés qu'éprouvait le malade à déglutir les aliments. Quelle a pu être la cause primitive de ces adhérences? Il est impossible de le dire en consultant les commémoratifs recueillis avec grand soin par le Dr H. Schmidt.

On nous permettra de signaler à l'attention des cliniciens un fait qui nous a vivement frappé : c'est que les deux malades qui ont nécessité une double intervention de la part du chirurgien, soit d'abord l'œsophagotomie, puis la trachéotomie, présentaient des lésions au moins fort analogues.

Comme le malade de Watson, l'opéré de Bruns offrit à l'autopsie

une large ulcération de la partie inférieure du pharynx et du commencement de l'œsophage, ulcération siégeant probablement au niveau et au-dessus du rétrécissement, ainsi qu'on le rencontre pour bien d'autres conduits. La cause déterminante de ces deux ulcérations n'était cependant pas identique, puisque dans un cas elle résultait manifestement de la présence de tubercules, tandis que dans l'autre cas, elle est restée toujours obscure.

Mais, malgré ces différences d'origine, les deux lésions paraissent avoir produit les mêmes phénomènes du côté du larynx : à un moment donné l'inflammation du conduit œsophagien a envahi par continuité ou par contiguïté le larynx, alors sont survenus des symptômes d'œdème sus-glottique, qui ont entraîné l'intervention chirurgicale. Cet œdème a été constaté directement par l'examen laryngoscopique dans le cas de Bruns; d'ailleurs l'examen nécroscopique a prouvé l'existence de l'inflammation de la muqueuse du larynx et de la trachée (Bruns), et même la présence de communications anormales entre le conduit pharyngo-œsophagien et le conduit laryngo-trachéal (Watson). Bien plus encore, dans les deux cas l'autopsie fit découvrir soit une pneumonie simple (Bruns), soit une pneumonie double (Watson).

Si ces faits venaient à se reproduire, ne pourrait-on en inférer que l'intervention chirurgicale doit être évitée dans ces circonstances, vu l'issue presque toujours fatale de l'affection? Nous ne le croyons pas, nous basant d'ailleurs sur les mêmes raisons qui ont conduit le chirurgien à intervenir lors de cancer de la partie supérieure de l'œsophage.

En résumé, nous pouvons conclure comme Follin, dans son excellente thèse d'agrégation, que l'œsophagotomie externe appliquée aux rétrécissements de l'œsophage a été faite :

1° Suivant les conseils de Stoffel, *au-dessous* du rétrécissement, par Monod, Willett, et dans le cas cité par Tarenget;

2° *Au niveau* du point rétréci, par Watson;

3° *Au-dessus* de la coarctation, par de Lavacherie, Richet et Bruns.

Dans le premier cas, l'obstruction siégeant vers la partie supérieure du conduit œsophagien, et devant fatalement entraîner la mort du malade dans un délai déterminé, il est tout à fait indiqué d'intervenir.

L'opération n'est évidemment que palliative, mais, enfin, elle calme les souffrances endurées par les malades, qui, la plupart du temps,

meurent de faim; de plus, elle prolonge très-notablement leur existence en la rendant beaucoup plus supportable.

Ces conclusions, formulées par Follin, sont encore corroborées par cette remarque importante, c'est que, de l'aveu même des chirurgiens qui ont pratiqué l'œsophagotomie *interne*, celle-ci ne doit être employée que pour traiter les rétrécissements *inflammatoires* ou *cicatriciels* du conduit œsophagien.

Dans le second et le troisième cas, l'indication remplie par l'intervention chirurgicale est complexe, en même temps qu'on traite le rétrécissement on alimente le malade de façon qu'il puisse réagir contre l'affection dont il est atteint.

Une autre considération sur laquelle les chirurgiens n'ont pas assez insisté, c'est que dans ces conditions toutes spéciales il est bien plus facile de traiter le rétrécissement. Grâce au cathétérisme pratiqué pendant un certain temps, par la plaie du cou, on ne provoque plus les accidents de suffocation si fréquents et si redoutés des patients; enfin, voyant bien ce qu'il fait, le chirurgien est placé dans d'excellentes conditions pour instituer une thérapeutique efficace.

Ces dernières remarques sont importantes si l'on vient à comparer l'œsophagotomie externe à l'œsophagotomie interne. Il est vrai que celle-ci, encore bien peu connue (il y en a 5 observations), a été plus spécialement utilisée pour des rétrécissements siégeant dans la portion thoracique du conduit œsophagien.

L'œsophagotomie externe est donc applicable à la cure des rétrécissements de la portion cervicale du conduit pharyngo-œsophagien et même de la partie supérieure de la portion thoracique du même conduit (obs. de de Lavacherie, de Richet). Faut-il n'opérer que si le rétrécissement est infranchissable? Ce fut, il est vrai, le cas le plus ordinaire (Watson, de Lavacherie, Richet, Bruns), cependant nous pensons, avec Follin, qu'il est encore permis d'intervenir lorsque le rétrécissement « ne se laisse traverser que très-difficilement ou avec de » vives souffrances qui exagèrent les phénomènes inflammatoires ». Willett suivit ce conseil, car lorsqu'il fit l'opération, le rétrécissement pouvait admettre une bougie n° 5; il est vrai que toutes les tentatives de cathétérisme exaspéraient les phénomènes de dysphagie, et augmentaient la suppuration de l'abcès situé en avant du cricoïde.

Lorsque l'œsophagotomie n'est pas faite dans un simple but palliatif, nous avons vu qu'on peut la pratiquer, soit au niveau, soit au-dessus du siége du rétrécissement. Ce dernier parti est souvent le meilleur; l'opération nous paraît plus facile à exécuter, parce que le

chirurgien peut faire saillir la paroi pharyngo-œsophagienne à l'aide d'une sonde de Vacca ou autre, introduite par la bouche jusqu'au-dessus du point coarcté; tel fut le procédé employé par Richet et Bruns. Watson et de Lavacherie arrivèrent directement sur l'œsophage en s'appuyant sur les connaissances anatomiques, le premier au niveau même du rétrécissement, ou plutôt un peu au-dessus, le second manifestement au-dessus du point rétréci.

Jusqu'ici Watson est le seul qui fit réellement l'œsophagotomie externe au niveau du rétrécissement, et qui pratiqua la section de celui-ci de dehors en dedans, comme on l'a fait si souvent pour l'urèthre en Angleterre (Syme).

Avant d'entreprendre cette opération, Follin conseille au chirurgien de consulter l'âge, l'état général du sujet et la nature de la maladie dont il est atteint. C'est peut-être pour n'avoir pas toujours suivi ces sages conseils, que l'opération a donné de si mauvais résultats dans les cas où la lésion œsophagienne n'était pas fatalement mortelle. D'ailleurs, nous avons discuté cette question au début de ce chapitre, et nous avons vu que le diagnostic formulé dans trois de ces observations (cas de Richet excepté) était bien incomplet, et même n'avait pu toujours être complété ni par l'opération, ni par l'autopsie (Bruns). Il nous paraît donc fort difficile de déterminer à quelle espèce de rétrécissements convient l'œsophagotomie externe en tant que méthode curative, d'autant mieux que les trois observations citées plus haut Watson, de Lavacherie, Bruns) se sont terminées plus ou moins rapidement par la mort, et que si dans ces trois cas l'œsophagotomie a donné quelque résultat, ce qui d'ailleurs ne peut être contesté, c'est seulement à titre d'opération palliative, comme dans les observations de Tarenget, Monod et Willett.

Cette extrême difficulté d'indiquer dans quelles conditions doit être faite l'œsophagotomie externe, rend bien compte du silence presque complet du professeur Béhier à son égard, toutefois il la préfère au cathétérisme forcé, et croit cette opération moins grave qu'on ne le dit généralement (1).

La question devient d'autant plus complexe, qu'on revient aujourd'hui à l'emploi de l'œsophagotomie interne pour pallier aux accidents et faciliter le traitement des rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels de l'œsophage; il est vrai que ceux-ci doivent être encore perméables, condition qui n'est pas nécessaire pour faire l'œsophago-

(1) *Conférences de clinique médicale*, faites à la Pitié (1861-62), p. 112, 1864.

tomie externe, même au-dessous du rétrécissement (Taranget, Monod, Willett).

Nous croyons donc qu'avant de se prononcer sur la valeur comparée de ces deux opérations, il faut de toute nécessité attendre un plus grand nombre d'observations. Toutefois, nous insisterons encore en terminant sur un fait considérable que Follin avait bien signalé aussi, c'est qu'un examen attentif des observations d'œsophagotomies pratiquées pour les rétrécissements œsophagiens démontre l'innocuité presque absolue de l'intervention chirurgicale, alors que les résultats d'une statistique brute paraîtraient déplorables, et que toujours ou presque toujours l'intervention chirurgicale a amené une très-notable amélioration dans l'état des malades voués pour la plupart à une mort terrible, la mort par inanition.

« Quand on juge sévèrement l'intervention du bistouri dans ces » cas, on oublie souvent et l'affreux état d'un homme qui meurt de » faim et les souffrances de chaque jour auxquelles se trouvent sou- » mis la plupart des malades atteints de ces rétrécissements ; ce n'est » donc point de la part du chirurgien qui intervient par le bistouri » une coupable complaisance. » (Follin, thèse citée, p. 126.)

Nous ajouterons encore une remarque sur la difficulté de prendre un parti lors de l'existence de certains rétrécissements de l'œsophage, en particulier de ceux qui succèdent à l'ingestion des liquides corrosifs. Souvent alors les points rétrécis sont ou très-étendus, ou, au contraire, multiples et limités; et, dans ces deux circonstances, il paraît difficile *à priori* de penser à l'œsophagotomie externe. En effet, elle n'a jamais été faite pour traiter des rétrécissements de cause traumatique; et très-probablement en raison de l'impossibilité presque absolue de déterminer exactement l'étendue, le nombre et le siége des rétrécissements. Nous avons été à même de juger combien il était difficile de résoudre ces questions chez un malade du service du professeur Verneuil.

Le cathétérisme semblait démontrer que le rétrécissement œsophagien, d'origine traumatique (ingestion d'un liquide caustique) siégeait vers la région cervicale ; aussi pensa-t-on à pratiquer l'œsophagotomie externe, à la fois pour remédier à l'état d'inanition du malade et pour dilater ce rétrécissement. Le malade mourut brusquement sur ces entrefaites, et l'on découvrit à l'autopsie qu'il y avait un deuxième rétrécissement siégeant beaucoup plus bas vers le cardia, et que c'était précisément la déchirure de l'œsophage en ce point qui avait déterminé la mort.

Le professeur Verneuil pratiqua l'œsophagotomie externe *post mortem*, et s'assura que cette opération n'aurait pas présenté de grandes difficultés sur le vivant.

D'ailleurs, dans ces circonstances où la vie du malade est gravement compromise, ne pourrait-on opérer et combiner l'œsophagotomie externe à l'interne, si surtout celle-ci donne de bons résultats, comme on paraît disposé à le croire aujourd'hui. Supposant même le diagnostic incertain, fait très-fréquent du reste, l'œsophagotomie externe permet d'arriver, soit au niveau, soit au-dessus, soit même au-dessous du premier rétrécissement, cela dépend de sa position au cou.

Arrive-t-on au-dessous du rétrécissement, le cathétérisme permet de diagnostiquer la présence d'autres coarctations, et l'on peut les sectionner à l'aide de l'*œsophagotome*. Est-on au niveau ou au-dessus du premier rétrécissement, on peut le dilater bien plus vite que dans les conditions ordinaires, au besoin même le sectionner; puis introduire un cathéter pour constater l'existence d'autres points rétrécis et les sectionner s'il y a lieu.

Nous ne conseillons d'ailleurs cette conduite que dans des cas exceptionnels, lorsque, nous le répétons, l'intervention chirurgicale paraît être la dernière chance de salut; et ce qui nous encourage à proposer cette manière de faire, c'est surtout l'innocuité relative de l'œsophagotomie externe, innocuité signalée depuis longtemps par Vacca, Bégin, de Lavacherie et Follin.

CHAPITRE IV

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE AU POINT DE VUE DE LA CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE ET DE LA MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Le plus souvent, lorsque les chirurgiens sont tentés de pratiquer une nouvelle opération sur l'homme, ils expérimentent sur les animaux et particulièrement sur ceux d'entre eux qui sont le plus à leur portée, c'est-à-dire sur les chiens, les lapins, etc.

Aussi voyons-nous Guattani d'abord (1747), puis Bertrandi (1769) et Sue (1780) pratiquer expérimentalement l'œsophagotomie sur des chiens, et en conclure à la possibilité de faire cette opération sur l'homme. Vacca Berlinghieri reprit ces expériences en 1820, et, depuis cette époque, elles se sont tellement multipliées, surtout à propos de la fameuse discussion académique sur la ligature de l'œsophage (1858), qu'il nous a paru inutile de les répéter. Évidemment, il est facile d'ouvrir l'œsophage d'un chien et même celui d'un cheval, et, de plus, ces animaux peuvent guérir parfaitement bien.

D'autres expériences furent faites plus récemment par le docteur Demarquay (1861) dans le but de déterminer les lésions produites par l'arrêt momentané des corps étrangers introduits dans le canal pharyngo-œsophagien.

« Sur des chiens, auxquels ce chirurgien avait introduit, à l'aide » de l'œsophagotomie , des fragments d'os assez volumineux qu'il » fixait en un point de l'œsophage avec un fil maintenu au dehors, » voici ce qu'il observa du quatrième au sixième jour : Les aspérités » osseuses sont déjà imprimées profondément dans la première partie » du tube digestif; de petits points gangréneux correspondent quel- » quefois à ces pressions; mais, ce qui a surtout attiré l'attention de

» cet observateur, c'est que, dans le tissu cellulaire périphérique à » l'œsophage, on trouve une injection plus ou moins vive, quelquefois » du pus sans même que l'œsophage soit perforé. La pression continue » du corps étranger suffit pour amener ces désordres, ce qui se com- » prend parfaitement, si l'on réfléchit à la vascularité du tube digestif » dans ce point, à la laxité du tissu cellulaire périphérique, et surtout » à la couche épidermique qui tapisse la surface interne de l'œso- » phage. Une circonstance à noter encore, c'est que, chez les animaux » comme chez les hommes, des corps étrangers rugueux arrêtés dans » l'œsophage déterminent de vives douleurs, empêchent l'alimenta- » tion, circonstances favorables à la production du pus (1). »

En résumé, plus les corps sont volumineux et plus ils offrent d'aspérités, plus les lésions du conduit œsophagien apparaissent vite, indication bien nette en faveur d'une intervention chirurgicale assez rapide. Telle est, en effet, la conclusion de l'auteur.

Mais il y a peut-être un enseignement plus profitable à retirer des animaux qui nous entourent, c'est celui qui résulte de l'étude de leur pathologie; aussi a-t-il été mis à profit par de Lavacherie (1844) et Follin (1853). A chaque instant, en effet, les animaux domestiques et plus spécialement les grands ruminants, avalent des substances d'un volume trop considérable ou irrégulières, qui s'arrêtent dans l'œsophage et nécessitent l'intervention chirurgicale.

En 1828, dans ses *Éléments de pathologie vétérinaire*, Vatel conseille d'avoir recours à l'œsophagotomie lorsque les corps étrangers, arrêtés dans le conduit œsophagien, ne peuvent être poussés dans l'estomac, et lorsqu'ils sont rugueux et piquants (2). Ce conseil, tiré très-probablement de la médecine humaine, avait été mis en pratique avant l'apparition de son ouvrage, en particulier par Félix et Lagrange de Lauzun (3); depuis, les opérations faites chez les grands animaux se sont multipliées.

Cependant les quelques traités vétérinaires que nous avons pu consulter n'insistent pas beaucoup sur cette pratique chirurgicale. L'un des meilleurs articles publiés sur l'œsophagotomie (il n'est ici question que de l'œsophagotomie externe) est encore celui du *Dictionnaire* d'Hurtrel d'Arboval qui date cependant de 1839. Cette opération, dit-il, est indiquée pour extraire les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, et elle a été faite surtout chez les grands ruminants.

(1) Créquy, *Gazette hebdomadaire*, 1861, p. 700.

(2) Tome II, p. 53.

(3) *Recueil vétérinaire*, t. II, p. 516, 1825; et t. III, p. 204, 1826.

Cependant on a proposé de la pratiquer chez le cheval dans les cas de tétanos, de trismus, alors qu'il est impossible de faire avaler, soit des aliments, soit des médicaments aux animaux. Ce singulier conseil, peu mis en pratique d'ailleurs, paraît dater de loin, car nous l'avons retrouvé dans les *Instructions et observations sur les animaux domestiques* publiées par Chabert, Flandrin et Huzard, en l'an IV de la République (1).

Gellé, dans sa *Pathologie bovine* parue en 1839, signale l'inflammation de l'œsophage comme une conséquence de la présence des corps étrangers arrêtés dans ce conduit (2); et rapporte un fait très-curieux d'Andrieu, qui fit l'extirpation d'un squirrhe de l'œsophage ; ce fait, d'ailleurs, n'a pas échappé à Velpeau, car il le signale dans son article du *Dictionnaire* en 30 volumes.

Citant un certain nombre d'œsophagotomies faites pour enlever des corps étrangers, Gellé termine en disant que c'est un moyen extrême, à employer après tous les autres; mais que si le corps étranger est inégal et volumineux, il ne faut pas hésiter à opérer. Il ajoute que des tentatives inconsidérées de propulsion vers l'estomac peuvent amener la rupture de l'œsophage.

Lafore, dans son volume sur les *Maladies particulières aux grands ruminants* (3), mentionne aussi l'œsophagotomie qui, d'ailleurs, dit-il, ne présente *aucun danger*. On doit la faire sur la saillie produite au cou par le corps étranger, puis suturer la plaie et la panser avec l'*alcool* (teinture d'aloès). Il préfère mettre l'animal opéré au régime des fourrages verts, qu'à l'usage des farineux qui pourraient s'introduire entre les lèvres de la solution de continuité de l'œsophage.

L'apparition de l'œsophagite après l'introduction de corps étrangers dans le conduit œsophagien, et l'indication d'extraire ces corps par une incision extérieure, sont encore mentionnées par Delwart dans son *Traité de médecine vétérinaire pratique*, en 1850 (4). Grâce à cette opération, dit-il, on se propose d'obtenir la division du corps étranger et sa déglutition définitive ou son extraction. Il conseille, en effet, d'inciser les tissus jusqu'à l'œsophage, puis d'agir alors par des incisions sous-muqueuses dirigées de manière à séparer le corps étranger en plusieurs morceaux. Si l'on ne peut y arriver, on ouvre l'œsophage en deux temps, en coupant d'abord la musculeuse, puis la

(1) Tome V, p. 165.
(2) Pages 158 et 160.
(3) 1843, p. 456.
(4) Tome II, 1850.

muqueuse, de façon que les rapports entre les plaies faites aux deux tuniques soient détruits; singulier procédé qui ne doit guère empêcher l'infiltration des matières alimentaires en dehors de l'œsophage.

Jusqu'ici, la plupart des auteurs vétérinaires ne conseillaient l'opération de l'incision du conduit œsophagien, que si le corps étranger faisait saillie au niveau du cou; c'était aussi, comme nous l'avons vu, une condition absolue pour beaucoup de chirurgiens et en particulier pour Boyer. Mais dans quelques circonstances, lorsque le corps étranger est situé dans la portion thoracique de l'œsophage, J. Gourdon (1) préconise d'ouvrir le conduit en un lieu d'élection, pour agir ensuite plus efficacement sur l'obstacle qui donne naissance aux accidents de dysphagie, de tympanisme, etc. Malheureusement, Gourdon, qui promet au lecteur une description du Manuel opératoire, ne tient pas son engagement.

Dans son *Dictionnaire usuel de chirurgie et de médecine vétérinaire* (2e édit., 1859), Beugnot consacre un court article à l'œsophagotomie, et donne de bonnes indications sur la manière de pratiquer cette opération, soit en agissant sur la saillie formée par le corps étranger, soit en opérant au lieu d'élection (aux 2/3 inférieurs de l'encolure). L'auteur conseille de faire la *suture* à points passés des deux membranes de l'œsophage; pratique qui n'a été suivie chez l'homme que tout récemment par le docteur Cheever, de Boston. C'est que chez les animaux, et en particulier chez les grands ruminants, il est du plus grand intérêt d'obtenir une rapide cicatrisation de la plaie de l'œsophage. Déjà, en effet, nous avons vu Delwart proposer de dénuder l'œsophage au niveau du corps étranger et de sectionner ce dernier par une sorte de méthode sous-cutanée pour le faire descendre dans l'estomac; ou bien, si l'on ne peut y arriver, de diviser l'œsophage en deux temps.

Ces deux procédés, dont le premier serait dû à Lavocat, de Toulouse, d'après Gourdon, sont préconisés encore récemment par Lafosse dans son *Traité de pathologie bovine* (2), et, fait singulier, cet auteur ne dit pas un mot de la suture œsophagienne indiquée dans le Dictionnaire de Beugnot.

Là s'arrête en quelque sorte l'histoire de l'œsophagotomie, car les récents traités vétérinaires en parlent à peine, et parmi ceux-ci nous

(1) *Éléments de chirurgie vétérinaire*, 1857, t. II, p. 269.

(2) Tome III, 1re partie, p. 255, 1867.

pouvons citer ceux de J. Cruzel (1), qui croit l'opération inutile, et de F. R. Roll (2) qui ne fait que mentionner la possibilité de l'opération.

Ce court historique, malheureusement incomplet, nous montre que la plupart des auteurs vétérinaires reconnaissent la nécessité de pratiquer l'œsophagotomie externe, pour enlever un corps étranger arrêté dans le conduit œsophagien. D'un autre côté, les faits communiqués par Verheyen et de Lavacherie (3), et par Leblanc et Follin, prouvent que cette opération a été faite un assez grand nombre de fois et a pu donner de bons résultats.

Dans quelques circonstances exceptionnelles, la chirurgie vétérinaire a même été beaucoup plus loin, tel est, par exemple, le cas déjà cité d'Andrieu qui enleva une tumeur de l'œsophage; tel est encore celui de Cheetham. Cette dernière observation rapportée par Follin (4), est d'autant plus importante à signaler qu'elle paraît ignorée par tous les auteurs vétérinaires que nous avons pu consulter. Elle a trait à un cheval, chez lequel le vétérinaire anglais guérit un rétrécissement œsophagien en pratiquant l'œsophagotomie au-dessus du rétrécissement et en le dilatant ensuite. Le temps ne nous a pas permis de rechercher dans les journaux vétérinaires si la conduite de Cheetham avait été imitée.

Mais l'œsophagotomie, pratiquée expérimentalement ou non chez les animaux, a-t-elle toujours donné d'aussi bons résultats que les chirurgiens en particulier se sont plu à le dire? Tel ne paraît pas être l'avis des auteurs vétérinaires cités plus haut; ils reculent devant l'incision de l'œsophage et préfèrent presque tous la section intra-œsophagienne préconisée par Lavocat. Sont-ils forcés de faire une solution de continuité au conduit œsophagien, ils la pratiquent en deux temps, ou bien ils font la suture. C'est qu'il arrive très-fréquemment que les liquides déglutis, et en particulier la salive, ou que les aliments contenus dans le premier estomac (chez les ruminants), refluent par la plaie de l'œsophage, et viennent s'infiltrer dans les tissus voisins; de là des accidents terribles.

D'après les nombreuses expériences faites par notre maître et ami,

(1) *Traité pratique des maladies de l'espèce bovine*, 1869, p. 49 et suiv.

(2) *Manuel de pathologie et de thérapeutique des animaux domestiques*, traduit par J. B. Derache et J. M. Wehenkel, t. II, p. 255, 1869.

(3) Mém. cité.

(4) Thèse citée.

le professeur Colin, d'Alfort, l'ouverture du conduit œsophagien provoquerait de plus fréquentes déglutitions de salive, aussi celle-ci a-t-elle de grandes tendances à s'épancher dans le tissu cellulaire lâche situé autour de l'œsophage et de la trachée ; d'où la formation d'abcès énormes fort graves, abcès que nous n'avons jamais vu signaler par les chirurgiens qui ont pratiqué l'œsophagotomie chez l'homme. Cela tient-il à ce que, chez ce dernier, les souffrances étant exaspérées par les efforts de déglutition, celle-ci se suspend volontairement, et l'opéré laisse écouler sa salive au dehors, comme cela a été noté par beaucoup d'auteurs?

Le professeur Colin a aussi fréquemment constaté un autre phénomène parfaitement inconnu jusqu'ici chez l'homme, c'est l'emphysème du médiastin antérieur. Il résulterait des efforts de vomissement faits par l'animal qui, à chaque moment, déglutit de l'air pour remplir son estomac. Du reste, ces derniers accidents ne s'observent que chez les carnivores, qui seuls peuvent vomir. Quant à l'infiltration de la salive combinée ou non à celle des substances alimentaires, elle a été signalée chez le cheval et chez le chien; dans quelques cas même, le gonflement énorme qui résulte de cet accident peut déterminer la compression des nerfs récurrents et des pneumogastriques, d'où l'apparition de phénomènes de cornage, surtout chez le cheval.

Pratique-t-on l'œsophagotomie chez les ruminants, les complications sont encore plus sérieuses ; la salive et les matières alimentaires provenant du premier estomac sortent en abondance par la plaie du cou, et s'infiltrent dans les tissus. De là un gonflement énorme, des abcès étendus, et une cicatrisation fort longue à obtenir.

C'est précisément pour éviter ces complications qu'on a proposé de faire une très-petite ouverture à l'œsophage (cours professé en 1857 à l'École d'Alfort), le tamponnement de la plaie, enfin la suture de la solution de continuité des parois œsophagiennes (Beugnot).

« Mais, dit le professeur Colin (1), celle-ci doit-elle porter sur les » deux tuniques à la fois ou sur l'une d'elles?

» Si on applique la suture sur les deux tuniques, on éprouve de » très-grandes difficultés. L'œsophage se contracte à tout instant; il » se produit parfois des efforts de vomissement, la lumière du canal

(1) *Note manuscrite*, tirée du cours qu'il professe à l'École d'Alfort.

» se resserre beaucoup, et bientôt les fils coupent les bords de la » membrane musculeuse. La suppuration s'établit, et les dentelures » produites par les fils retardent la cicatrisation. »

Des phénomènes à peu près analogues se manifestent si la suture est seulement appliquée à la tunique charnue.

« Reste donc la suture de la muqueuse seule. C'est le procédé le » plus facile, et c'est celui qui donne les meilleurs résultats. » Le professeur Colin la pratique à l'aide d'une aiguille fine et de fil ciré; il conseille la suture du pelletier, dont on doit serrer modérément les points.

Grâce à ce mode opératoire, la salive, dont la sécrétion ne tarde pas à diminuer, suit l'œsophage et ne s'infiltre pas dans les tissus; du reste, la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux fait que la plaie de la muqueuse ne répond souvent pas à celle de la tunique charnue. La lymphe plastique exsudée ne tarde pas à combler la solution de continuité de l'œsophage, qui « se resserre beaucoup par la contrac- » tion du canal et par la pression des parties voisines. »

Dès le lendemain de l'opération, les liquides peuvent être déglutis, mais il faut avoir soin de les donner à petites gorgées pour ne pas déterminer de vives douleurs et la déchirure de la plaie réunie.

« Si l'on a affaire à un ruminant, les matières renvoyées à la bouche » ne s'échappent point à l'extérieur, et comme la région ne se tumé- » fie pas, rien n'indique qu'elles s'infiltrent entre l'œsophage et les » muscles.

» Enfin cette suture permet d'alimenter sans danger les sujets au » bout de deux ou trois jours. »

La cicatrisation de l'œsophage se ferait très-vite, surtout celle du tissu musculaire et du tissu sous-muqueux; il n'en serait pas de même de la membrane interne, dont la cicatrisation était une fois à peine commencée le douzième jour (sur un taureau). Nous n'avons pas besoin de dire que la suture s'élimine en tombant dans l'intérieur de l'œsophage.

Quelles conclusions peut-on tirer de tout ce qui précède, et particulièrement des recherches du professeur d'Alfort?

C'est que, comme je l'ai fait pressentir déjà dans mon introduction, l'ouverture de l'œsophage des animaux, et surtout des ruminants, est une opération sérieuse, souvent accompagnée d'accidents fort graves.

Contrairement à ce que l'on a prétendu jusqu'ici, cette opération nous paraît donc plus dangereuse chez les animaux que chez l'homme.

Cependant, faite suivant les règles formulées plus haut, l'œsophagotomie externe n'exposerait plus aux accidents signalés par presque tous les auteurs vétérinaires.

Nous verrons encore, dans le chapitre suivant, quel enseignement on peut retirer des expériences qui précèdent et du mode de suture indiqué par le professeur Colin.

CHAPITRE V

MANUEL OPÉRATOIRE

On peut dire que l'opération de l'œsophagotomie externe n'est entrée réellement dans la pratique chirurgicale, que depuis la publication du mémoire de Bégin, c'est-à-dire depuis 1832.

Dès la fin du dernier siècle, cependant, deux opérations avaient été faites, avons-nous dit, par Goursaud père et Roland, pour extraire des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage et un troisième fait avait été rapporté par Tarenget. Mais nous n'avons aucun détail sur la manière de procéder de ces divers chirurgiens ; tout ce qu'on sait de l'opération de Goursaud, c'est qu'il incisa les tissus sur la saillie produite par le fragment d'os arrêté dans l'œsophage.

N'y avait-il donc pas de règles préétablies pour ouvrir le conduit pharyngo-œsophagien, avant celles qui ont été formulées par Arnott et surtout par Bégin?

L'histoire de l'opération nous montre que ces règles abondaient, et qu'on avait même proposé plus de procédés opératoires qu'on n'avait pratiqué d'œsophagotomies, fait qui n'est pas absolument rare.

Tous ces procédés ont été préconisés par des chirurgiens, qui d'ailleurs n'ont jamais eu l'occasion de les appliquer sur l'homme vivant; aussi, bien que basés sur des expérimentations faites sur les animaux et sur le cadavre, ils ne nous offrent pour la plupart qu'un médiocre intérêt.

Il nous paraît donc important de les séparer nettement des procédés employés par les divers opérateurs qui ont pratiqué l'œsophagotomie externe, soit pour retirer des corps étrangers, soit pour traiter des rétrécissements du conduit œsophagien.

Procédé de Verduc. — Verduc indique très-vaguement la manière d'arriver sur l'œsophage. « On fera, dit-il, la même chose qu'à la bronchotomie, il faudra d'abord séparer les muscles bronchiques, pour aller d'une main adroite chercher l'œsophage et faire une incision longitudinale à l'endroit du corps étranger. » Il avoue que cette opération est difficile, ce qui se comprend bien, si, surtout pour la pratiquer, on n'a que les indications qu'il fournit.

Procédé de Guattani. — Le premier auteur qui donna quelques règles plus rationnelles pour ouvrir l'œsophage est Guattani. Voici ce qu'il proposa :

« Le malade assis sur une chaise, ayant la tête penchée en arrière, autant qu'on le jugera à propos, et arrêtée par un assistant de façon qu'il ne la puisse incliner ni à droite ni à gauche, l'opérateur, situé devant le malade, et ayant pincé transversalement avec les doigts de la main gauche la peau du côté droit, et fait pincer de même du côté gauche par un aide-chirurgien, fera, avec un bistouri droit, une incision longitudinale aux téguments, depuis la partie supérieure du sternum ; il dégagera ensuite le tissu cellulaire, la graisse, les membranes, etc. ; qu'il remarquera entre les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien gauches, et le corps de la trachée-artère du même côté ; il placera ensuite deux érignes mousses à deux branches, l'une à droite et l'autre à gauche ; il écartera par ce moyen les lèvres de la plaie, et dégageant le tissu cellulaire du côté de la trachée-artère avec le doigt et quelques coups de bistouri, il verra ensuite l'œsophage sur lequel il fera une incision longitudinale avec le bistouri droit, dans l'endroit le plus bas, laquelle il dilatera ensuite de bas en haut, avec des ciseaux courbes et mousses ; et s'il y trouvait de la difficulté, il se servirait d'une sonde cannelée pour en faciliter le passage ; après quoi il introduira de petites tenettes courbes, à peu près comme celles qui servent à l'extraction du polype dans le gosier, pour retirer le corps étranger. »

L'ouverture peut servir aussi pour repousser le corps jusque dans l'estomac, ce qui, par parenthèse, n'a jamais été fait par les chirurgiens.

S'appuyant sur ses expériences, Guattani conseille de réunir à l'aide du bandage unissant la plaie du cou. D'après lui, l'ouverture de l'œsophage doit être faite près de la trachée, en ayant soin toutefois de dévier en dedans le nerf récurrent et d'éviter sa lésion ainsi que celle de l'artère thyroïdienne inférieure. L'opéré doit être soumis à la

diète absolue, dans les premiers jours du moins; des lavements de bouillon peuvent lui être administrés.

Tel est, à peu de chose près, le procédé enseigné par B. Bell (1796), Chopart et Desault (1795-96) et H. Callisen (1800). Bien qu'il soit applicable à l'ouverture de l'œsophage lors de rétrécissement, tous ces auteurs le préconisaient surtout pour enlever les corps étrangers, lorsque ceux-ci faisaient saillie au cou, cette saillie anormale facilitant d'une façon notable la recherche de l'œsophage.

Aussi, dans sa thèse soutenue en 1805, Vignardonne, conseillé par Giraud, propose-t-il l'emploi d'une sonde à dard pour ouvrir l'œsophage.

Procédé de Giraud. — « On introduit la sonde à dard du frère Côme ou toute autre analogue dans l'œsophage, on soulève le canal avec le bout de la sonde pour le dégager du voisinage de la trachée et le faire saillir vers le col. En ce point on incise longitudinalement les parties, on s'assure qu'il n'existe aucune partie essentielle au bout de la sonde, et l'on fait sortir le dard, comme pour la taille hypogastrique. On agrandit ensuite l'ouverture faite pour saisir les corps étrangers ou autres. »

Premier procédé de Vacca. — Du reste, l'idée de faire saillir la paroi œsophagienne appartient incontestablement à Vacca Berlinghieri ainsi que nous l'avons dit dans notre historique ; elle fut acceptée par Rossi (1806), qui d'ailleurs se garde bien de citer son illustre collègue.

« Cette méthode, dit Vacca, consiste dans l'introduction d'une grosse algalie d'argent par la bouche, jusque dans l'œsophage, en tournant la convexité contre la paroi postérieure du pharynx et la concavité contre la base de la langue. On incline alors la partie qui reste hors de la bouche vers le côté droit de la face et en arrière, pour que l'extrémité opposée se porte à gauche et en avant en entraînant l'œsophage hors de sa position naturelle, laquelle est trop profonde et trop voisine de parties qu'il est dangereux de blesser. »

Le moyen préconisé par Vacca, en 1793, a, comme on le voit, une supériorité marquée sur celui de Giraud ; aussi ce dernier est-il tombé dans l'oubli, tandis que le procédé de Vacca a été employé par un grand nombre des chirurgiens qui ont dû faire l'œsophagotomie. Il est même assez singulier de voir utiliser plus fréquemment ce procédé primitif de Vacca, que celui qu'il conseille ensuite, c'est-à-dire l'usage de l'*ectopœsophage*.

En 1820 parut le remarquable mémoire de Vacca Berlinghieri voici ce qu'il dit à propos du manuel opératoire de l'œsophagotomie externe :

Deuxième procédé de Vacca.— « Le nouveau procédé que je soumets à mes confrères doit s'exécuter de la manière suivante.

» Pour cette opération, on prépare un bistouri droit, ordinaire, des pinces pour la ligature des vaisseaux, une sonde cannelée (qui probablement ne servira jamais), des éponges pour étancher le sang, des fils pour lier les artères, des crochets obtus et des pinces pour l'extraction du corps tombé dans l'œsophage. A ces instruments on joint celui de la figure qui est à la fin du volume.

» Cet instrument auquel, vu la faculté qu'il a de déplacer l'œsophage, un de mes amis, helléniste distingué, a donné le nom de *ectopœsophage* (du verbe εκτοπεω, déplacer), est formé de deux pièces, une canule et un mandrin. La canule, d'argent ou de quelque autre métal, est longue de 13 ou 14 pouces, et un peu plus volumineuse que les grosses algalies de l'urèthre : une de ses extrémités est ouverte, l'autre présente un cul-de-sac : l'extrémité ouverte porte sur les côtés deux anneaux capables de recevoir chacun commodément un des doigts du chirurgien ; la canule est légèrement courbée, présentant ainsi une surface convexe et une concave. Le côté qui est à gauche du malade, lorsque la concavité est tournée vers le chirurgien, et son extrémité ouverte en haut, présente une large fente qui commence à une ligne seulement du cul-de-sac, et s'étend à peu près jusqu'à la moitié de la canule, en suivant son axe. La largeur de cette fente est proportionnée à la grosseur de la partie du mandrin qui doit y passer.

» L'autre partie de l'instrument (que pour plus de commodité nous appellerons mandrin à ressort) est formée d'un fil d'acier garni d'un anneau, à l'une de ses extrémités, semblable à ceux de la canule ; de cette extrémité jusqu'au milieu il n'y a rien de remarquable ; de ce point jusqu'à l'extrémité opposée, le mandrin se divise en deux parties égales ; cette extrémité, formée en olive, est composée de deux demi-olives. Ces deux parties tendant fortement à se séparer, ne se tiennent point unies près l'une de l'autre pour former un tout si elles n'y sont forcées par une force supérieure à celle qui les fait se séparer. Ce mandrin n'a point exactement la courbure de la canule ; il en présente une plus prononcée ; cependant la différence n'est pas assez grande pour empêcher le mandrin qui est élastique de

pénétrer dans la canule, et de la parcourir depuis l'extrémité ouverte jusqu'à celle qui se termine par le cul-de-sac. »

« On monte l'instrument en introduisant dans la canule l'extrémité olivaire du mandrin, dont on tient les parties rapprochées avec les doigts; on le pousse jusqu'à ce que son olive soit arrivée dans le fond du cul-de-sac, et l'on empêche avec un doigt que sa portion gauche ne sorte par la fente de la canule en passant par derrière elle. Les choses ainsi préparées, il n'est pas difficile de comprendre que si le chirurgien introduit l'index et le médius dans les anneaux de la canule, le pouce dans celui du mandrin, qu'il fixe la première et qu'il retire à lui le second, la pointe de celui-ci abandonnera le cul-de-sac, et que l'olive n'étant plus retenue à gauche parce qu'elle trouve la fente, se divisera, une moitié se séparera de l'autre et se déploiera au dehors. Non-seulement cette moitié de mandrin se portera à gauche, et laissera entre elle et la canule un espace de près d'un pouce, mais encore elle arrivera presque un pouce plus avant, parce que, comme nous l'avons dit, la courbure du mandrin doit être plus forte que celle de la canule, et qu'il la reprend aussitôt qu'il se trouve en liberté et qu'il n'est plus retenu par ses parois.

» En tenant la canule fixe et en continuant de tirer à soi, avec l'autre main, l'anneau du mandrin, l'extrémité olivaire rentre dans le tube et se rengaîne.

» Deux de ces instruments sont nécessaires, parce que le chirurgien est dans le cas de pratiquer l'œsophagotomie à droite comme à gauche; l'un d'eux doit porter l'ouverture latérale à droite plutôt qu'à gauche; cependant il serait facile d'en construire un qui pût servir pour les deux côtés, seulement, dans ce cas, il serait fendu à droite et à gauche, et il serait nécessaire d'avoir deux mandrins; l'un aurait la demi-olive gauche pour qu'elle ne pût pas passer dans la fente correspondante; l'autre aurait celle de droite trop volumineuse pour s'échapper au travers de la fente droite. Pour les cas ordinaires, c'est-à-dire pour opérer à gauche, on se servirait du dernier, et, pour les cas extraordinaires, du premier.

» Plaçant le malade dans la position déjà décrite par Guattani, c'est-à-dire assis sur une chaise, un aide, en posant les mains sur le front, lui soutient la tête en l'inclinant légèrement en arrière et à droite; un second aide tient ferme les mains du patient, et, enfin, un troisième assiste le chirurgien, essuie la plaie, la tient dilatée avec le crochet ou le doigt, et serre les ligatures des artères si les circonstances exigent qu'on en lie quelques-unes.

» Tout étant ainsi préparé, le chirurgien fait un pli transversal aux téguments qu'il veut diviser, afin de les couper plus net et d'un seul coup. Il fait en sorte que cette plaie (qui doit être faite à gauche, à moins que des circonstances particulières n'exigent le contraire, parce que l'œsophage est un peu plus à gauche qu'à droite) ait son angle supérieur au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, l'inférieur deux pouces plus bas, en suivant toujours le bord interne du larynx et de la trachée.

» L'incision des téguments et du peaucier étant faite, on introduit par la bouche le dilatateur de l'œsophage aussi profondément qu'il est nécessaire, pour que son extrémité fermée arrive à peu près à la hauteur de l'angle inférieur de la plaie. Cette introduction sera facile, mais pour la faciliter encore et pour éviter de faire entrer l'instrument dans le larynx, on suivra avec son extrémité la partie postérieure du pharynx, et avec la main qui ne soutient pas l'instrument, le chirurgien tirera à soi le larynx, en l'éloignant un peu de la colonne vertébrale. Une fois le dilatateur arrivé à ce point, on le tient de manière que l'extrémité inférieure soit un peu plus à gauche qu'à droite, et alors l'opérateur, en retirant le mandrin autant qu'il est nécessaire pour le sortir du cul-de-sac et pas davantage, afin que le ressort s'écarte, verra se former une tumeur sous la partie gauche du cou, précisément sous l'incision.

» Le même doigt qui a servi à tirer le mandrin sert à le repousser, jusqu'à ce que l'anneau vienne toucher le bord de l'ouverture de la canule elle-même. Un aide alors se charge de maintenir l'instrument dans la même position.

» Ensuite le chirurgien incise le tissu cellulaire sur la tumeur qu'il vient de former, jusqu'à ce qu'il découvre l'œsophage, en faisant éloigner du centre de l'incision, d'un côté le sterno-mastoïdien, et de l'autre le sterno-hyoïdien, au moyen du doigt ou du crochet obtus. On découvrira promptement ainsi l'omo-hyoïdien qui traverse obliquement la plaie à peu près dans son milieu. L'intégrité de ce muscle gêne un peu dans l'opération ; il peut être facilement coupé en le soulevant avec les doigts ou avec la sonde cannelée, ou encore sans ces précautions. La paroi de l'œsophage se présente alors dans l'étendue de plus d'un pouce, distendue par l'instrument et séparée de la postérieure.

» L'œsophage est ainsi écarté de sa position naturelle derrière le larynx et la trachée-artère, dans le point qui correspond à l'incision externe, la paroi antérieure est spécialement éloignée de la colonne

vertébrale, et par conséquent des gros vaisseaux et des troncs veineux, qui restent profondément dans leur position naturelle, tandis qu'elle est poussée par le mandrin à ressort à la superficie du cou, où elle vient faire saillie. Dans ces circonstances, il est très-facile d'inciser ce canal, puisqu'il se présente à l'œil et au couteau du chirurgien, tout à fait libre du voisinage des parties dont la lésion est avec raison si fort redoutée.

» L'incision de l'œsophage doit tomber précisément sur la partie de ce canal qui est comprise entre la partie divergente du mandrin, et la canule de l'instrument, en suivant la direction des fibres longitudinales. Elle doit commencer en bas, dans l'endroit où les parties de l'instrument présentent le plus grand écartement, deux lignes au-dessus du point où arrive l'extrémité olivaire du mandrin. Cette précaution rend impossible le passage de l'instrument au travers de l'incision, et laisse toute la faculté désirable d'agrandir la plaie, si on le croit nécessaire, et d'y introduire les doigts, les crochets, etc. Le chirurgien doit porter son bistouri en faisant l'incision de l'œsophage, non point en suivant le bord interne de la trachée, et en s'en approchant, comme cela a été généralement enseigné (1), mais on doit au contraire se tenir également éloigné du mandrin et de la canule, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, afin d'éviter la lésion du nerf récurrent, qui s'insinue dans le larynx du côté interne. Le précepte contraire, que tous les auteurs ont donné jusqu'à présent, avait pour objet d'éloigner le danger de blesser la jugulaire, la carotide, la huitième paire, ou le sympathique, mais ce danger n'existe point ici, puisque l'œsophage est porté très-loin de ces parties, ainsi que nous l'avons déjà vu.

» Après avoir fait à l'œsophage une incision longitudinale d'un pouce plus ou moins, suivant le volume du corps que l'on se propose d'extraire, on porte un petit crochet mousse dans la plaie de ce canal, pour la maintenir ouverte, et pour le retenir là où l'avait porté le dilatateur, que l'on retire de la bouche, après avoir fait rentrer le ressort de la canule ; avec le doigt et des pinces introduites dans l'incision, on extrait le corps étranger et l'on termine ainsi l'opération.

» En pratiquant de cette manière l'œsophagotomie, il est presque impossible de couper les artères thyroïdiennes supérieure ou inférieure, à moins qu'elles ne soient hors de leur place ordinaire. Il est inutile de dire que, dans le cas où cet accident arriverait, on devrait y porter remède au moyen de la ligature. »

(1) Par Guattani, comme on l'a vu.

Ce procédé, d'après Vacca, offrirait en résumé l'immense avantage de pouvoir toujours faire la section longitudinale de l'œsophage, en un point déterminé, dans un *lieu d'élection ;* or ce n'est pas absolument vrai, un rétrécissement ou un corps étranger situé très-haut dans le conduit pharyngo-œsophagien, pouvant s'opposer d'une façon absolue à l'introduction de tout instrument dilatateur.

Vacca dit un peu plus loin qu'une algalie peut être substituée à son instrument ; or, c'est précisément ce qui a été fait. Sur quinze observations d'œsophagotomie externe, dans lesquelles on a cherché à faire saillir à l'aide d'une sonde la paroi du conduit pharyngo-œsophagien, *deux fois* seulement on a utilisé l'instrument de Vacca, et encore, dans un cas, n'a-t-on pu arriver à le faire pénétrer dans le pharynx, vu les vomissements et les accès de suffocation qu'il déterminait (Inzani). La seule fois qu'il fut employé avec succès, c'était pour un rétrécissement fibreux, et grâce à lui, le professeur Richet put découvrir et inciser le conduit œsophagien.

Parmi les soins consécutifs, Vacca Berlinghieri conseille une légère extension du cou pour rapprocher les fibres de l'œsophage et l'application d'un emplâtre agglutinatif sur la plaie extérieure. L'opéré doit être soumis à la diète absolue jusqu'au troisième jour ; grâce à ce traitement rigoureux, le chirurgien peut espérer la réunion immédiate de la plaie de l'œsophage. Cependant, dans quelques cas, il est nécessaire d'introduire par la bouche ou par le nez, un tube qui, pénétrant dans l'œsophage jusqu'au delà de la plaie, puisse servir à conduire des aliments fluides dans l'estomac. On doit faire prendre des lavements nutritifs ; enfin des aliments liquides peuvent être permis de temps en temps, sans qu'il en résulte une impossibilité absolue de la réunion par première intention ; celle-ci d'ailleurs ne serait-elle que secondaire, il ne s'ensuivrait pas fatalement une fistule inguérissable, comme le croyait Richerand.

Les faits ont parfaitement prouvé l'exactitude des assertions du chirurgien italien, qui ne les émettait d'ailleurs qu'en s'appuyant sur ce qu'il avait observé à propos des plaies des autres conduits et en particulier de celles de l'urèthre.

Tels étaient les principaux procédés connus, à l'époque où Bégin fit ses deux opérations d'œsophagotomie ; tantôt on se guidait sur la saillie du corps étranger, tantôt on remplaçait celle-ci par un instrument introduit dans le conduit œsophagien ; et encore cette dernière manière de procéder était-elle peu connue des chirurgiens français, puisqu'en 1821, Boyer lui-même ne la mentionne pas, et ne fait que

mal décrire le procédé de Guattani. Il conseille, en effet, d'opérer sur la saillie formée par le corps étranger, ce que ne dit pas Guattani, et finit en recommandant d'agir, d'un côté entre la trachée-artère et le nerf récurrent en dedans, l'artère carotide et la veine jugulaire interne en dehors, et d'un autre côté entre l'artère thyroïdienne inférieure en bas et la supérieure en haut.

Mais comment opérer en un lieu d'élection si nettement précisé, lorsque l'on conseille d'inciser sur la saillie du corps étranger? Boyer a voulu concilier l'indication *sine qua non* de l'opération, la saillie du corps étranger, avec la méthode de Guattani, et est devenu incompréhensible; d'ailleurs, cette inconséquence n'appartient pas qu'à cet auteur, on la retrouve dans les articles de Chopart et Desault, de Callisen, de Jourdan (*Dict.* en 60 vol.), etc.

Avant d'arriver au procédé employé avec succès par Bégin, nous dirons un mot : 1° de deux méthodes préconisées en Allemagne et heureusement restées dans l'oubli ; et 2° du procédé conseillé par Nélaton, qui n'a d'ailleurs pas été appliqué sur le vivant.

Procédé d'Eckholdt. — Eckholdt, à la fin du dernier siècle, proposa de faire l'incision cutanée longue de deux pouces entre les deux chefs inférieurs du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, par conséquent dans une direction oblique, en bas et en dedans, jusqu'au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

« Ordinairement, il faut séparer dans une certaine étendue les deux chefs du muscle, pour ne pas léser le nerf récurrent et pour avoir du jour. Dans cette division il faut éviter l'artère thyroïdienne inférieure et en haut le muscle omo-hyoïdien. Une fois l'incision élargie, on ouvre l'œsophage au point indiqué, ou rendu proéminent par la sonde à calculs, et l'on étend l'incision (1). »

Ce procédé n'a pas été employé, il nous paraît, en effet, très-mauvais; cependant on en a préconisé un autre plus difficile peut-être, c'est celui de van Gescher (2). Cet auteur ne propose-t-il pas de traverser la trachée d'avant en arrière, pour arriver sur l'œsophage!

Procédé de Nélaton. — D'après le professeur de clinique, « l'œsophagotomie externe serait *peut-être* plus facile si, au lieu de faire l'incision sur les parties latérales du cou, on procédait de la manière

(1) Dieffenbach, *Die operative Chirurgie*, Bd. II, S. 350. Leipzig, 1848.

(2) Cité par Rust, *Dictionnaire de chirurgie*, loc. cit.

suivante : 1° Diviser les téguments sur la ligne médiane, comme on le fait dans la trachéotomie, en donnant seulement à l'incision un peu plus d'étendue; 2° séparer dans la même étendue les deux muscles sterno-hyoïdiens, que l'on écarterait avec des crochets mousses et que l'on pourrait même diviser transversalement, pour agir avec plus de facilité; cela fait, l'isthme du corps thyroïde serait mis à nu ; 3° faire passer sous cette partie une aiguille mousse entraînant un fil double à l'effet de faire deux ligatures ; 4° diviser l'isthme entre ces deux ligatures ; 5° la trachée étant alors mise à nu, décoller avec un instrument mousse le lobe gauche du corps thyroïde en contournant la trachée. Au fond de ce décollement se trouve nécessairement l'œsophage que l'on ouvrirait par le procédé ordinaire (1). »

Ce procédé, qui permet de s'éloigner des gros vaisseaux, nous paraît plus difficile que tous les autres, et surtout il ne nous semble possible que lorsqu'on a à faire l'œsophagotomie un peu au-dessous du cricoïde, car jusqu'à cet endroit le conduit pharyngo-œsophagien n'est pas dévié vers la partie latérale gauche du cou. Enfin, il n'a pas été appliqué sur le vivant, aussi n'y insisterons-nous pas.

Examinons maintenant les procédés opératoires suivis par les chirurgiens qui ont dû pratiquer l'œsophagotomie, ce sont eux qui méritent d'appeler toute notre attention.

Bégin, nous l'avons déjà dit, ne se contenta pas des enseignements de ses prédécesseurs et des résultats de la chirurgie expérimentale, il s'appuya presque entièrement sur les données anatomiques et tint grand compte des difficultés résultant des conditions spéciales dans lesquelles sont placés les malades qu'on est obligé d'opérer.

Il lui parut presque impossible d'agir dans les limites et d'après les préceptes fixés par la plupart des classiques et il lui sembla fort difficile de se servir des divers instruments conducteurs préconisés par Vacca, Rivière, Vignardonne et Giraud, etc.

Nous verrons que beaucoup des remarques de Bégin, basées sur l'expérience clinique, sont parfaitement exactes, au moins dans un certain nombre de circonstances et que le chirurgien doit encore aujourd'hui les avoir présentes à l'esprit.

Après l'exposé complet de ses deux opérations d'œsophagotomie externe, voici comment Bégin expose sa manière de faire :

(1) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. III, p. 407, 1854.

Procédé de Bégin. — « Examinons maintenant, dit-il, les divers temps de l'opération telle que nous l'avons pratiquée.

» 1° Le malade doit être couché sur un lit étroit, les épaules et la poitrine médiocrement élevées, la tête légèrement renversée en arrière et appuyée sur des oreillers, de manière que le cou soit médiocrement tendu. Cette position est la plus commode pour le chirurgien, celle que le sujet conserve le plus facilement, qui entraîne le moins de gêne pour la respiration, et dans laquelle il est le plus aisé de maintenir la tête immobile.

» 2° Le chirurgien se place, non devant le malade ou à son côté droit, comme on l'a conseillé, mais à son côté gauche. Au côté opposé, est un aide instruit, sur la coopération duquel on puisse compter. Par cet arrangement, l'opérateur a toujours sous les yeux les parties qu'il doit diviser. Sa main droite, correspondant à la tête du malade, est on ne peut plus favorablement placée pour tenir et diriger les tenettes destinées à aller plus ou moins bas, du côté de la poitrine, rechercher et saisir le corps étranger.

» 3° Une incision première est faite à la peau, le long du sillon décrit plus haut, qui sépare le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche de la trachée-artère, et parallèlement à ce conduit. Cette incision doit s'étendre depuis un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire jusqu'au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde (1). Une division aussi longue des téguments permet de mieux distinguer ensuite les parties que l'on divise, d'agir avec plus de facilité sur l'œsophage; et en cas de lésion de quelque artère importante, de s'en emparer et de la lier moins difficilement.

» 4° Le bistouri, promené à grands traits, divise ensuite le muscle peaucier, le tissu cellulaire, et pénètre profondément dans l'espace celluleux, placé entre la trachée-artère et l'œsophage d'une part, et de l'autre, les vaisseaux et nerfs profonds du cou, recouverts en bas par le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Pendant cette partie de l'opération, l'aide situé à la droite du malade s'empare successivement des parties qui forment le côté interne de la plaie, et les tire vers lui au moyen de ses doigts ou de crochets mousses. Le chirurgien écarte

(1) Il serait possible que l'incision faite de haut en bas fût mieux en rapport que celle pratiquée de bas en haut, avec la direction de l'influx nerveux et exposât moins à couper les filets du plexus cervical à leurs aisselles; mais nous avons dû nous résigner à ce léger inconvénient, en faveur de la sécurité plus grande de l'opération.

au contraire la lèvre gauche de la division, et, introduisant de plus en plus profondément les extrémités de ses doigts indicateur, médius et annulaire de la main gauche, rangés sur la même ligne, il écarte, recouvre et protége avec la pulpe de ces doigts l'artère carotide primitive qu'il sent battre, la veine jugulaire interne, le nerf trisplanchnique et le pneumogastrique.

» 5° On voit alors le muscle omo-hyoïdien, dont le faisceau supérieur traverse obliquement, de bas en haut et de dehors en dedans, la moitié supérieure de la division. Je coupe ce muscle, sur une sonde cannelée, dans la direction de la plaie, et par là toute l'étendue de la portion cervicale de l'œsophage se trouve libre, découverte et à la disposition du chirurgien. Cette section n'entraîne ni primitivement, ni pour la suite, aucun inconvénient, aucune gêne dans les mouvements du larynx ou du pharynx. Les malades à qui je l'ai pratiquée ont la parole et la déglutition aussi libres qu'auparavant.

» 6° L'œsophage est aisément reconnu à sa position derrière la trachée-artère et le larynx, à sa surface arrondie et charnue, à ses mouvements et à la dureté qu'il acquiert pendant la déglutition dont, en cas d'incertitude, on fait exécuter les mouvements au malade. C'est, d'ailleurs, en partant du plan prévertébral, le premier, le seul organe allongé, mobile et musculeux que l'on rencontre en parcourant le côté interne de la plaie, et en s'approchant du conduit laryngo-trachéal. Il faut alors plonger hardiment la pointe du bistouri dans cet organe, sur son côté gauche, parallèlement à son axe. Une incision d'un demi-pouce environ y étant faite, de la mucosité s'échappe par la plaie, la membrane muqueuse se laisse apercevoir, et, avec un bistouri boutonné, on agrandit en haut et en bas cette première ouverture, de manière à rendre facile l'introduction du doigt, des intruments explorateurs et des tenettes.

» 7° Dans toute cette partie de l'opération, je crois utile d'allonger la plaie en haut, plutôt que de la rapprocher profondément du sternum. Entre les deux artères thyroïdiennes que l'on peut craindre de diviser, le choix n'est pas douteux. La supérieure, placée plus superficiellement, déjà loin de la poitrine, sera bien plus aisément saisie et liée que l'inférieure, née de la sous-clavière, profondément placée sous les muscles, les vaisseaux et les nerfs du cou, et parcourant un tissu lamelleux qui communique directement avec celui du thorax. On a vu cette artère thyroïdienne supérieure ou l'une de ses branches principales, ouverte dans la première des opérations rapportées plus haut, ne pas faire courir au malade le moindre danger.

» Il n'en aurait pas été de même peut-être de la thyroïdienne inférieure. Aussi, lorsque l'œsophage est ouvert, et que le doigt a pénétré dans ce conduit, s'il faut, à raison de la situation éloignée du corps étranger, agrandir en bas la plaie qu'on y a faite, doit-on glisser le bistouri boutonné sur le doigt indicateur, et ne le faire agir qu'avec prudence, en écartant de devant lui les parties importantes qu'il pourrait atteindre.

» 8° L'action de saisir et d'extraire le corps étranger ne saurait être soumise à aucune règle. Il faut s'en rapporter à la finesse du toucher, à l'habileté manuelle et aux inspirations instantanées du génie chirurgical, pour surmonter les difficultés que ce temps de l'opération est susceptible de présenter. Les pinces à polypes, recourbées, à double croisement, et d'une construction solide, sont, en général, l'instrument qui s'accommode le mieux à la disposition des parties et à la direction de l'œsophage. Il est important de se pourvoir d'un assez grand nombre de ces pinces, de forces et de dimensions différentes, afin de satisfaire aux indications diverses qui peuvent se présenter.

» 9° Tous les vaisseaux ouverts ont dû être immédiatement liés, de telle sorte que, la plaie étant convenablement abstergée, on puisse distinguer à tous les instants les parties qui la composent, et agir sur elles avec une entière liberté.

» 10° Après l'extraction du corps étranger, les lèvres de la division doivent être, non pas réunies à l'aide de bandelettes agglutinatives et encore moins au moyen de points de suture, mais seulement rapprochées, recouvertes avec un linge fenêtré enduit de cérat ou de styrax, et ensuite de plumasseaux de charpie. Des compresses locales et circulaires, surmontées de quelques tours de bandes, affermiront et compléteront cet appareil.

» Les motifs de cette conduite sont faciles à expliquer et à comprendre. Le sujet à qui l'on vient de pratiquer l'œsophagotomie n'est pas dans la même position que celui qui est atteint d'une plaie récente au cou, avec lésion de l'œsophage. Dans ce dernier cas, les tissus sont sains, la section est plus ou moins nette, la tendance à l'agglutination immédiate on ne peut plus active, et la réunion peut être opérée avec le plus grand avantage. Dans le cas de l'opération, au contraire, l'œsophage a souffert pendant un temps variable, par le fait même de la présence du corps étranger ; une inflammation plus ou moins vive, quelquefois accompagnée déjà de gangrène ou de suppuration, s'est développée dans ses parois : toujours, l'intro-

duction du doigt et des pinces, les efforts d'extraction, le passage du corps étranger, ont tourmenté, distendu, froissé, et même déchiré les lèvres de la plaie intérieure; de telle sorte qu'elle doit nécessairement s'enflammer et suppurer, ou même, comme dans notre première observation, donner passage à des parties molles frappées de mort. Dans de telles conjectures, une réunion exacte, et spécialement la suture, seraient non-seulement inutiles, mais éminemment nuisibles : inutiles, parce que les parties ne s'agglutineraient pas; nuisibles, en ce qu'elles renfermeraient au dedans les matières purulentes ou autres, qui devront s'écouler par la plaie. Il est donc préférable de laisser celle-ci parcourir ses périodes de suppuration, de détersion, et se cicatriser graduellement par les seuls efforts de la nature.

» 11° Au lieu de nourrir exclusivement les malades avec des lavements plus ou moins chargés de matières alibiles, on peut et l'on doit leur donner, dès le lendemain de l'opération, un peu de bouillon léger, un peu de lait ou de bouillie très-claire, que l'on fait parvenir dans l'estomac à l'aide de la sonde œsophagienne. Avec un peu d'habitude, cette sonde est facilement glissée jusqu'au-dessous de la plaie, et l'ingestion s'opère sans difficulté, à l'aide d'un petit entonnoir de verre appliqué à son extrémité. Comme on ne pratique, et que l'on n'exécutera sans doute jamais l'opération de l'œsophagotomie qu'après avoir longtemps essayé de retirer le corps étranger par la bouche ou de le précipiter vers l'estomac, il en résulte que les opérés seront constamment affaiblis, fatigués, épuisés par l'inquiétude, l'insomnie, les tentatives même d'extraction, et qu'il y aura nécessité de les restaurer promptement, avec plus d'énergie qu'on ne peut le faire à l'aide des lavements, si nutritifs qu'on les suppose.

» Ainsi qu'on l'a vu par les fait rapportés plus haut, la plaie du cou ne tarde pas longtemps à se rétrécir, à se fermer vers son fond; de telle sorte que, du sixième au douzième jour, elle ne laisse plus échapper que de très-petites quantités de liquides, et que les aliments mous parviennent dans l'estomac sans se répandre en aucune sorte au dehors. A cette époque aussi, l'usage de la sonde œsophagienne serait superflu, et l'on doit entièrement l'abandonner, le reste de la cicatrisation n'opposant plus d'obstacle au passage des substances alimentaires. »

Il nous a semblé extrêmement important de transcrire, sans les altérer, les règles indiquées par Bégin pour arriver à ouvrir le conduit œsophagien, d'autant plus que, sauf quelques modifications que nous allons

examiner, ce sont ces règles qui ont guidé beaucoup de chirurgiens dans la pratique de l'œsophagotomie.

Bégin insiste sur la position à donner au malade et opère couché, précepte suivi depuis par tous les praticiens, sauf un cas, celui de Bruns; le chirurgien de Tubingue fit l'ouverture de l'œsophage, le malade étant *assis* et *chloroformisé!* Nous n'avons pas besoin d'insister sur les dangers d'une telle pratique. Le décubitus dorsal est donc d'autant plus indiqué que, dans un certain nombre de circonstances (9), les opérés ont été soumis à l'influence du chloroforme (6 cas) ou de l'éther (3 cas).

D'après les préceptes formulés par le chirurgien français, l'opération doit être faite du côté gauche ; aussi indique-t-il d'une façon très-nette la position relative du malade, du chirurgien et des aides. Or, dans toutes les observations publiées depuis 1832, observations dans lesquelles on indique le côté où a été pratiquée l'opération, deux fois sur quatorze, l'incision a été faite du côté droit. Ce fut dans les cas d'Arnott et de Cheever, qui, voyant que le corps étranger était situé plutôt à droite, crurent devoir inciser de ce côté.

D'après Bégin, l'incision cutanée doit être parallèle au conduit laryngo-trachéal, et placée dans le sillon interposé entre ce conduit et le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette règle fut adoptée par Arnott, de Lavacherie, Anthoinesz, Flaubert, Arnold, Cheever et Hitchock; dans ses deux opérations, Cock a dû s'éloigner fort peu du sillon précédent; enfin, il est probable que les incisions des deux œsophagotomies de de Lavacherie et de Monod pratiquées pour des rétrécissements, ont été faites d'après ces indications.

Cependant, un certain nombre de praticiens se sont éloignés du sillon laryngo-trachéal, et ont reporté l'incision cutanée un peu en dehors, la faisant alors parallèlement au bord interne du sterno-mastoïdien ou juste sur ce bord interne, suivant le conseil donné par Richerand d'abord, puis par Velpeau dans sa *Médecine opératoire*. Du reste, cette manière de faire est adoptée par les classiques, tels que Vidal (de Cassis), A. Guérin, Chassaignac et Sédillot; Malgaigne seul conserve l'incision à l'endroit déterminé par Bégin.

Demarquay le premier, puis Syme, Inzani, Maclean, Bruns et Willett, firent la section de la peau au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien, ou au moins parallèlement à ce bord et très-peu en avant de lui.

Si, en résumé, la position de l'incision a assez peu varié, il n'en est pas de même de sa longueur et de sa hauteur.

Bégin commence à un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire gauche, pour s'arrêter au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Arnott, de Lavacherie (2 obs.), Cock et Cheever firent comme lui ; mais, dans beaucoup de cas, la longueur de cette incision fut agrandie ou diminuée : tantôt on la pratiqua vers la partie supérieure du cou, tantôt on se rapprocha de la fourchette sternale.

Bruns fit une section cutanée bien plus étendue que celle de Bégin, puisqu'elle partait de la corne supérieure du cartilage thyroïde et se terminait vers l'articulation sterno-claviculaire; l'incision d'Anthoniesz commençait à l'os hyoïde, pour finir vers le sternum. Demarquay remonta jusqu'à 1 centimètre de la mâchoire inférieure ; enfin Flaubert et Cock firent une section depuis l'angle du maxillaire jusque vers l'articulation sterno-claviculaire.

Dans sa 3e observation, Cheever ne commença son incision, de 3 pouces 1/2, qu'au niveau de la moitié du cartilage thyroïde ; Maclean, qui, il est vrai, ne fit qu'ouvrir un abcès péri-œsophagien, n'agit qu'entre le bord inférieur du cricoïde et le bord supérieur du thyroïde ; enfin Willett (de Londres) fit une section cutanée s'étendant du bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire.

Grâce à ces diverses incisions, on arriva tantôt un peu au-dessous de l'union du pharynx avec l'œsophage, tantôt à ce niveau même, quelquefois un peu au-dessus et sur le pharynx. C'est, en effet, en ce point que viennent le plus souvent s'arrêter les corps étrangers, et c'est aussi là que siégent de préférence un certain nombre de rétrécissements.

Mais, dans quelques cas, il était indiqué d'agir plus bas, soit qu'on dût ouvrir l'œsophage au-dessous d'une lésion organique, soit plutôt parce que le corps étranger à enlever était très-rapproché de l'orifice supérieur du thorax. C'est ainsi que dans les trois observations de Syme, d'Arnold, et de Sonrier, l'ouverture de l'œsophage dut être faite vers la partie inférieure du cou. L'incision cutanée pratiquée, soit vers le bord antérieur du sterno-mastoïdien, soit dans l'aire du triangle formé par la trachée et le muscle précédent, ne remontait, dans un cas, que jusqu'au niveau du cartilage cricoïde (fait de Sonrier) et présentait dans un autre une longueur de 6 à 7 centimètres (Arnold).

Malheureusement, dans beaucoup d'autres observations, on n'indique

ni le lieu exact, ni l'étendue, ni même le côté sur lequel on a fait l'incision cutanée.

Toujours est-il que, sauf des indications toutes particulières tirées surtout de la position du rétrécissement ou du corps étranger, il nous paraît possible d'accepter l'étendue et le siége de l'incision cutanée proposée par Bégin, sauf à l'agrandir un peu du côté de son extrémité supérieure, si le corps étranger ou le point coarcté est placé très-haut, par exemple à l'union du pharynx et de l'œsophage; dans ces dernières circonstances, on fait plutôt une pharyngotomie qu'une œsophagotomie proprement dite (obs. de Cock et Bruns).

La peau incisée, on sectionne ensuite le peaucier, le fascia du cou, et tous les chirurgiens cherchent à pénétrer, comme Bégin, dans le tissu cellulaire interposé entre le conduit laryngo-trachéal en dedans, les gros vaisseaux, les nerfs et le sterno-mastoïdien en dehors. Bégin croit que ce dernier muscle ne recouvre les vaisseaux carotidiens et jugulaire qu'à la partie inférieure du cou; or, tout le monde sait aujourd'hui, grâce à l'enseignement du professeur Richet, que ces gros vaisseaux sont sous-jacents au bord antérieur du sterno-mastoïdien dans toute sa longueur. D'ailleurs, ceci explique assez bien pourquoi l'incision cutanée fut faite d'abord en avant, puis au niveau du bord antérieur du muscle, alors que, dans les deux cas, on voulait arriver en dedans de la gaîne vasculo-nerveuse du cou, entre elle et le système laryngo-trachéal.

La dissection doit être faite avec le plus grand soin, et souvent les chirurgiens ont dû se servir, pour plus de précaution, soit de la sonde cannelée (chirurgiens français), soit du manche du bistouri (chirurgiens anglais et américains) ; on évite de cette façon la lésion de vaisseaux volumineux, et l'on pénètre avec plus de sûreté entre la gaîne vasculo-nerveuse du cou et les muscles de la région sous-hyoïdienne, soit les sterno-hyoïdien et thyroïdien.

Dans presque toutes les observations publiées, un aide, comme le conseille Bégin, rétracte le bord interne de la solution de continuité, par conséquent le système laryngo-trachéal, pendant que le chirurgien fait rétracter, ou mieux, rétracte lui-même en dehors le bord externe de la plaie, c'est-à-dire les vaisseaux, les nerfs et le muscle sterno-mastoïdien.

Selon la hauteur à laquelle a été faite la solution de continuité des téguments, et aussi selon les sujets, on a rencontré ou l'on n'a pas rencontré, couché en travers de la plaie, le muscle omo-hyoïdien. Bégin, Arnott, de Lavacherie, Demarquay, Cock, Inzani, Cheever (3 fois), Hitchock,

Maclean et Bruns ont découvert ce petit muscle, et ont dû, soit le sectionner, suivant le conseil de Bégin (Cock et Bruns), soit le dévier en dedans (Arnott, Cheever, 2 fois), soit le dévier en dehors (Cheever, Hitchock), soit enfin le refouler en haut (Demarquay et Maclean) ; dans quelques cas, on se contente de dire que le muscle fut dévié ou mis à nu (de Lavacherie, Inzani).

Il est bien évident que, si l'on vient à pratiquer la section des parties molles vers la région inférieure du cou, comme dans les cas de Syme, d'Arnold et de Sonrier, le muscle omo-hyoïdien ne croise la direction de la plaie que tout à fait en haut, ou même il passe au-dessus d'elle; aussi ces chirurgiens n'ont-ils pas eu à s'en préoccuper. Somme toute, dans les conditions ordinaires, ce muscle peut être coupé ou simplement dévié ; telles sont d'ailleurs les indications formulées par Malgaigne.

A mesure qu'ils pénètrent plus profondément, les opérateurs ont grand soin de se rapprocher plutôt de la trachée que du système vasculaire du cou; et, dit Bégin, l'œsophage est aisément reconnu derrière la trachée-artère. Or, telle n'est pas l'opinion d'un grand nombre de chirurgiens, et il suffit de pratiquer l'œsophagotomie sur le cadavre pour constater qu'il n'est pas très-facile de trouver le conduit œsophagien aplati d'avant en arrière, et caché derrière le système laryngo-trachéal et le corps thyroïde.

Bégin, et après lui la plupart des chirurgiens, ne mentionnent pas la nécessité de disséquer, de soulever, et de dévier en dedans le lobe du corps thyroïde correspondant à l'incision cutanée. Cette omission dans la description du manuel opératoire nous paraît grave et tenir à deux causes, d'abord à la hauteur à laquelle on a pratiqué la section de la peau, puis au développement très-inégal de la glande thyroïde selon les sujets. Cependant Flaubert, Demarquay, Cock, Syme, Cheever et Bruns furent obligés de disséquer, de contourner le bord externe du corps thyroïde, et, enfin, de le faire dévier en dedans, pour arriver à l'œsophage; cette dissection dut être même poussée très-loin dans le cas de Bruns où la glande hypertrophiée adhérait fortement aux parties voisines. Du reste, cet isolement paraît assez facile à pratiquer sans léser les vaisseaux thyroïdiens, car, dans un seul cas, la section de la thyroïdienne supérieure ou d'une de ses branches nécessita l'application d'une ligature (Cock).

Est-ce à dire que, toutes les fois qu'il n'est pas fait mention de l'isolement et de la dissection du lobe thyroïdien, les chirurgiens n'ont pas lésé d'artères. Certes non, et Bégin, le premier, a fait une fois la

ligature de la thyroïdienne supérieure, et une seconde fois celle d'une artériole provenant du même tronc. Arnott dut aussi appliquer deux ligatures sur les vaisseaux thyroïdiens; de Lavacherie n'en mentionne qu'une seule. Enfin, Sonrier, Cheever et Watson sectionnèrent aussi les artères thyroïdiennes supérieures. D'ailleurs, le plus ordinairement, l'hémorrhagie fut facilement arrêtée, et, sauf le cas de Sonrier, les chirurgiens s'inquiétèrent assez peu de cet accident.

En général, il n'est pas fait mention des vaisseaux thyroïdiens inférieurs; cependant, dans une opération pratiquée par Cheever, » ce chirurgien isola, sans la léser, l'artère thyroïdienne inférieure, qui se rendait au lobe thyroïdien hypertrophié », et dans un autre cas il dut la lier.

Jusqu'ici, on le voit, le manuel opératoire suivi par les divers chirurgiens qui ont pratiqué l'œsophagotomie ne diffère pas très-notablement de celui proposé par Bégin et que nous avons pris en quelque sorte pour type. Mais il n'en est plus de même pour les temps suivants, qui consistent à rechercher et à ouvrir l'œsophage.

Malgré leurs connaissances anatomiques et les caractères donnés par Bégin, beaucoup d'opérateurs ont eu une certaine difficulté à reconnaître le conduit pharyngo-œsophagien au fond d'une plaie assez étendue et dont les diverses parties peuvent être masquées par un suintement sanguin plus ou moins abondant.

On a donc eu recours aux procédés préconisés tout d'abord par Vacca, et l'on s'est servi soit d'une sonde ordinaire, soit de l'*ectop-œsophage*, pour faire saillir la paroi latérale du conduit pharyngo-œsophagien.

Il est évident que ce temps de l'opération n'est pas toujours possible. Si, par exemple, un rétrécissement cancéreux infranchissable siége à la partie supérieure de l'œsophage, il faut faire l'opération sans conducteur. Il en est de même si, comme dans les deux cas de Cock, un corps très-volumineux est arrêté à l'union du pharynx et de l'œsophage.

Quelques chirurgiens, cependant, suivirent l'exemple de Bégin, et ouvrirent l'œsophage sans se servir de conducteur, alors qu'un instrument aurait pu être introduit dans le canal pharyngo-œsophagien : tels sont Demarquay, Syme (2 observ.), Arnold, Sonrier et Maclean; mais, dans la plupart de ces cas, certaines particularités expliquent assez bien la manière de faire des opérateurs.

Le corps étranger enlevé par Demarquay pouvait être senti à l'extérieur; il devait donc repousser la paroi œsophagienne; et, d'ailleurs,

une simple déchirure de cette paroi, faite par la pince du chirurgien, suffit pour permettre l'enlèvement de la pièce de monnaie. Les mêmes remarques sont applicables au cas d'Arnold, qui fit saillir le noyau de pêche, et, par suite, la paroi œsophagienne, du côté de la solution de continuité des téguments.

Dans deux des observations de Syme, comme dans celle de Maclean, les parties superficielles furent sectionnées méthodiquement, puis on arriva à un abcès communiquant avec l'œsophage, et dans lequel deux fois seulement (obs. de Syme) on put rencontrer le corps étranger.

Le fait rapporté par Sonrier est des plus curieux; en effet, loin d'éprouver quelque peine à trouver l'œsophage, on peut dire que ce chirurgien en fit l'ouverture *sans le savoir*. Une première cause peut expliquer cet accident, c'est qu'une branche de la thyroïdienne supérieure ayant été lésée, les parties étaient infiltrées de sang, d'autant plus qu'au lieu de faire tout de suite la ligature de l'artère, on employa d'abord l'eau froide, le *perchlorure de fer*, et les larges inspirations (?). Les points de repère furent perdus, « *tout est confus, tout est dangereux* », dit l'auteur; heureusement, l'hémorrhagie est arrêtée par la ligature. La dissection, continuée en longeant les parties latérales du larynx, on arrive derrière lui, et l'on rencontre « une masse globu- » leuse, résistante, grisâtre, de nature cartilagineuse, qui n'a ni la » forme, ni le volume, encore bien moins la couleur du canal alimen- » taire ». Le chirurgien se croit un instant sur l'anneau cricoïdien, puis il suppose que l'œsophage est ouvert, et qu'il est arrivé sur un corps étranger de nature cartilagineuse. Il se décide, enfin, à introduire une sonde d'argent par la bouche, et ne tarde pas à apercevoir le métal en un point où il avait enlevé une petite portion de la prétendue masse cartilagineuse, afin de mieux s'assurer de sa nature. Il est probable que le corps étranger avait donné naissance à une infiltration plastique assez étendue des parois œsophagiennes, infiltration qui fut prise, bien à tort, pour une tumeur cartilagineuse.

Dans quelques cas, on a voulu se servir de dilatateur (Inzani) sans pouvoir y arriver, et c'est probablement à cette cause qu'il faut attribuer la manière d'opérer de Bégin. Une seule fois, enfin, la sonde introduite dans le canal pharyngo-œsophagien, on ne parvint pas à le faire saillir du côté de la plaie du cou, de Lavacherie se servit alors du moyen préconisé par Bégin : il fit avaler un peu d'eau au malade pour faire contracter l'œsophage; mais, aussitôt, « quelques bulles » d'air, suivies de quelques gouttes de liquide, s'échappèrent du fond

» de la plaie». L'œsophage était donc perforé, juste au point où se trouvait le corps étranger, car celui-ci fut retiré sans incision.

Arnott, Martini, Anthoniesz, Flaubert, Syme, Cheever, Hitchock, Richet, Bruns et Willett, firent l'œsophagotomie externe *sur conducteur*.

A cet effet, Arnott, Anthoniesz, Flaubert et Bruns se servirent des sondes uréthrales rigides, suivant en cela le conseil donné pour la première fois par Vacca en 1793, puis par Ch. Bell dans ses *Institutes of Surgery* en 1838. Cheever, dans sa dernière opération, et Willett employèrent le premier un cathéter élastique n° 12, le second une bougie n° 5. Syme fit usage du cathéter œsophagien terminé par une boule d'ivoire, enfin Cheever (deux fois) et Hitchock incisèrent sur la sonde œsophagienne ordinaire.

Nous avons déjà dit que le professeur Richet fut le seul qui employa, avec succès d'ailleurs, la sonde de Vacca ou l'*ectopœsophage*.

En résumé, à part quelques cas exceptionnels, l'usage d'un instrument conducteur a été généralement adopté, aussi est-ce avec raison que Follin, dès 1853, et Sédillot, en 1866, préconisent son emploi, sauf le cas où le corps étranger fait saillie au niveau même de la solution de continuité des parties molles.

La manière d'ouvrir l'œsophage a varié selon les auteurs. Bégin conseille avec raison de l'inciser sur sa partie latérale gauche pour éviter le nerf récurrent ; il est vrai que, excepté les deux cas de Cock, personne n'a noté d'altération de la voix des opérés. Cela tient évidemment à ce que le nerf laryngé inférieur a été respecté dans toutes les opérations, et, il faut bien le dire, un peu en dehors de la volonté des opérateurs, qui pour la plupart (Watson excepté) ne l'ont pas aperçu, du moins n'en font pas mention. Dans les deux observations de Cock, l'incision portant très-haut, vers la partie inférieure du pharynx, on conçoit plus facilement la lésion du nerf laryngé externe, de laquelle on ne paraît pas s'être préoccupé.

Lorsque le corps étranger faisait saillie dans le fond de la plaie, et pouvait être senti par le toucher, les chirurgiens ouvrirent l'œsophage sur le point saillant déterminé par la présence du corps (Goursaud, Rolland, Cock, Inzani, Arnold). S'ils avaient employé le cathéter, et si la saillie formée par le corps étranger était mal accusée ou située au delà des limites de la solution de continuité des tissus, ils incisaient sur le cathéter (Arnott, Anthoniesz, Flaubert, Syme, Cheever, Hitchock). Enfin, Demarquay, Syme, Sonrier et Cock ouvrirent l'œsophage en se guidant sur les notions anatomiques. L'étendue de

l'incision des parois œsophagiennes a dû nécessairement varier, aussi a-t-il fallu souvent l'agrandir, soit avec un bistouri boutonné, soit avec le bistouri conduit sur la sonde cannelée (Bégin, Flaubert, etc.).

Dans quelques cas même l'implantation du corps étranger dans la paroi pharyngo-œsophagienne a nécessité un débridement assez étendu des tissus (Cock). La recherche du corps étranger a toujours été faite d'abord avec le doigt, puis avec des pinces dont la grandeur et la forme ont dû varier selon le volume et la situation du corps à enlever.

S'il s'agit d'un rétrécissement, le conduit œsophagien peut être ouvert aussi sur un conducteur (Richet, Willett et Bruns), ou bien directement en se guidant sur la disposition anatomique normale des parties (Watson, de Lavacherie, Monod). On a ensuite introduit une sonde, soit dans le rétrécissement, soit dans le conduit œsophagien, selon que l'opération avait été faite dans un but curatif ou simplement palliatif.

Il résulte de cet examen des diverses opérations d'œsophagotomie externe, que sauf des conditions exceptionnelles, l'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien peut être faite, en un véritable *lieu d'élection*, correspondant à peu près à l'espace compris entre le trajet des deux artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Que d'ailleurs ce lieu d'élection paraît parfaitement déterminé par Bégin ; et s'il est permis d'agir un peu plus haut ou un peu plus bas, il faut toujours le faire dans des limites fort restreintes, vu les organes importants qu'on serait exposé à rencontrer, surtout en se rapprochant trop de la partie supérieure du thorax. Mais une seconde remarque, peut-être plus importante encore, résulte de cette sorte d'examen statistique, c'est que l'œsophagotomie externe peut être faite comme l'uréthotomie externe *avec* ou *sans conducteur*.

Toutes les fois, qu'un corps étranger sera arrêté vers la partie inférieure de la portion cervicale de l'œsophage, ou que, placé plus haut, il permettra l'introduction d'un cathéter entre lui et la paroi pharyngo-œsophagienne, l'opération devra être faite sur conducteur. Si au contraire le corps étranger est tellement volumineux qu'il obstrue tout à fait le calibre de l'œsophage, ou bien s'il est placé très-haut vers la partie inférieure du pharynx, on se trouvera dans la nécessité d'opérer sans conducteur. Heureusement que la saillie produite par le corps volumineux, viendra ordinairement en aide au chirurgien pour reconnaître et ouvrir la paroi pharyngo-œsophagienne.

Dans les cas de rétrécissements inflammatoires ou autres, mais non cancéreux, on pourra en général introduire un cathéter jusqu'au-dessus du rétrécissement pour faciliter l'opération. Mais au contraire l'œsophagotomie doit être faite sans conducteur lorsqu'un rétrécissement organique infranchissable exposera le malade à mourir d'inanition. Bien entendu que si dans ces circonstances, on pouvait introduire même une petite sonde dans le point rétréci, on devrait le faire et imiter en cela la conduite du Dr Willett de Londres.

Examinons maintenant l'opération telle qu'elle nous paraît devoir être faite, d'après les renseignements fournis plus haut par l'analyse des observations publiées jusqu'ici, et d'après les recherches que nous avons pu faire sur le cadavre.

Opération. — Le malade doit être couché sur un lit assez étroit, la tête un peu renversée en arrière, la face tournée légèrement vers la droite. Nous croyons que dans la plupart des circonstances on pourra imiter la conduite des chirurgiens américains, c'est-à-dire anesthésier le patient ; cependant des troubles respiratoires accusés nous paraissent une contre-indication absolue à l'emploi des anesthésiques.

Le chirurgien, suivant le conseil de Bégin, se place à gauche, et un aide, situé à droite, doit être prêt à l'assister à chaque moment de l'opération.

L'incision des téguments est faite à gauche et parallèlement au bord antérieur du sterno-mastoïdien ; non pas immédiatement sur le bord du muscle, mais à environ un demi-centimètre en avant de lui ; nous préférons cette incision un peu antérieure à cause de la rétraction transversale des téguments, qui permet de découvrir toujours très-facilement le bord antérieur du sterno-mastoïdien.

La longueur de l'incision peut légèrement varier selon la position du corps étranger à enlever, ou selon le siége du rétrécissement ; nous pensons toutefois qu'elle doit rester généralement dans les limites indiquées par Bégin, c'est-à-dire depuis le bord supérieur du cartilage thyroïde, jusqu'à 1 ou mieux 2 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire.

On divise successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le peaucier ; si quelques vaisseaux artériels donnent du sang, on les tord, ou bien on les lie. Dans certains cas on a dû lier de gros troncs veineux, comme, par exemple, le tronc de la veine jugulaire externe anormalement placé (obs. de Flaubert), ou celui de la jugulaire antérieure (obs. de Cheever). Ces ligatures nous semblent très-utiles

pour éviter tout écoulement sanguin pendant le reste de l'opération, et pour parer à l'introduction de l'air dans les veines, introduction qui semble avoir eu lieu dans le cas de Cheever ?

L'aponévrose superficielle du cou est sectionnée, soit directement, soit sur la sonde cannelée et au niveau du bord antérieur du sterno-mastoïdien. On pénètre alors dans l'espace celluleux qui sépare les muscles de la région sous-hyoïdienne de la grande gaîne vasculo-nerveuse du cou ; cette dissection doit être faite avec lenteur et avec la sonde cannelée. En général, on rencontre bientôt le muscle omoplat-hyoïdien ; or, il nous paraît facile de le dévier en dedans de la plaie, ou bien en dehors si l'on a incisé un peu plus bas que de coutume. D'ailleurs, d'après Bégin, sa section n'a pas de grands inconvénients, malgré le rôle important que lui fait jouer le professeur Richet, dans la tension de l'aponévrose cervicale moyenne.

A mesure que le chirurgien s'engage vers les parties profondes, l'aide, situé à droite, rétracte de son côté la trachée, le larynx et le lobe correspondant de la glande thyroïde ; d'ailleurs ces derniers organes restent recouverts la plupart du temps par le bord externe des muscles de la région sous-hyoïdienne, les sterno-hyoïdiens et thyroïdiens.

De son côté, l'opérateur attire à lui et maintient en dehors la partie gauche de la solution de continuité, et protége ainsi les gros vaisseaux et les nerfs importants de la région.

Plus on pénètre profondément, plus il faut prendre de précautions, et si l'on est obligé d'user du bistouri, il faut toujours en porter le tranchant ou la pointe plutôt du côté du système laryngo-trachéal, que du côté de la carotide. On devra aussi éviter d'inciser vers la partie supérieure de la plaie pour ne pas intéresser l'artère thyroïdienne supérieure ou ses branches, ou bien trop en avant pour éviter le nerf récurrent.

Il vaut donc mieux agir avec la sonde cannelée, lorsque toutefois les adhérences des organes sont assez lâches pour permettre cette manœuvre. Si un vaisseau thyroïdien était ouvert, il faudrait le lier immédiatement.

On arrive ainsi jusqu'au devant de la colonne cervicale qu'on reconnaît très-facilement par le toucher et, même par la vue, lorsque l'opération n'a donné que très-peu de sang, ce qui n'est pas exceptionnel (obs. de Cheever, etc.).

A partir de ce moment, il nous faut distinguer deux cas, ou bien

on ouvre l'œsophage sur *un conducteur*, ou bien l'opération est faite *sans conducteur*.

Toutes les fois qu'il sera possible d'introduire une sonde dans le pharynx et l'œsophage pour en faire saillir la paroi latérale, nous croyons qu'il faut l'essayer et imiter la conduite de la plupart des chirurgiens américains et anglais (1) ; toujours est-il que ce procédé simplifie extrêmement la manœuvre opératoire sur le cadavre.

Un cathéter uréthral peut être parfaitement utilisé, on l'introduit dans la bouche, la concavité de l'instrument dirigée vers la convexité de la langue ; puis on le fait passer jusque dans le conduit pharyngo-œsophagien en se servant du doigt pour le guider en arrière du larynx. Évidemment cette introduction n'est pas toujours facile, elle peut provoquer des efforts de vomissements, des contractions intenses de l'arrière-bouche et des muscles du larynx ; cependant, elle a réussi assez souvent pour la conseiller. Il nous est impossible de dire si l'anesthésie des opérés facilite ou non cette manœuvre, quelques faits même sembleraient démontrer que, malgré l'emploi de l'éther ou du chloroforme, ce temps de l'opération est toujours assez pénible ; ce qui se comprend assez bien, les phénomènes réflexes n'étant pas abolis dans l'anesthésie chirurgicale.

L'introduction du cathéter faite par le chirurgien lui-même ou confiée à un aide, demande donc de grandes précautions, et dès que l'extrémité mousse de l'instrument est arrivée au niveau de la plaie extérieure, on la fait saillir en portant le pavillon de la sonde du côté opposé, c'est-à-dire à droite.

En général, l'œsophage se dégage aussitôt de la partie profonde et interne de la plaie et rien n'est plus facile que de l'ouvrir sur le cathéter. Cependant, on conçoit que des adhérences anormales du conduit œsophagien puissent l'empêcher d'être déplacé, c'est ce qui arriva très-probablement à de Lavacherie.

L'incision de l'œsophage doit être latérale, parallèle à son axe, et pratiquée sur l'extrémité saillante de la sonde ; on peut ensuite l'agrandir, soit avec un bistouri boutonné, soit avec la sonde cannelée et le bistouri ordinaire. Cette ouverture, de 3 centimètres environ (Bégin), doit être assez grande pour introduire une paire de pinces, le doigt, ou bien une sonde œsophagienne, selon le but que l'on se propose d'atteindre en faisant l'œsophagotomie.

(1) Malgaigne d'ailleurs partage complétement cette manière de voir; *c'est une vanité puérile*, dit-il, de s'en tenir aux rapports anatomiques (*Méd. opérat.*, 1861, p. 542).

Le dernier temps de l'œsophagotomie externe *sans conducteur* est plus difficile; mais encore faut-il distinguer deux cas; ou bien on opère pour enlever un corps étranger volumineux situé vers la partie supérieure du conduit pharyngo-œsophagien ; ou bien il s'agit de faire une ouverture au conduit œsophagien, au-dessous d'un rétrécissement cancéreux qu'on n'a pu franchir. Dans le premier cas, la saillie formée par le corps qu'on cherche à retirer, finit par vous guider; en portant le doigt au fond de la plaie, entre la colonne cervicale et la trachée ou le larynx on parvient d'ordinaire à déterminer la position du corps étranger et à conduire un bistouri jusque sur la paroi œsophagienne ou pharyngienne.

Mais ce temps de l'opération est loin d'être réglé et les conditions doivent varier à peu près à chaque intervention chirurgicale.

Dans le second cas, il faut agir suivant les préceptes de Bégin ; cet auteur dit que le conduit pharyngo-œsophagien se reconnaît facilement à sa position derrière la trachée et le larynx, à sa surface arrondie et charnue ; enfin, à ses contractions et à la dureté qu'il acquiert lorsque le malade déglutit (1). Nous n'avons rien à objecter aux propositions de Bégin, n'ayant jamais fait, ni vu faire l'opération sur l'homme vivant, cependant nous dirons que dans quelques cas des opérateurs habiles ont eu beaucoup de peine à trouver l'œsophage. Une fois, Watson dut couper en travers une partie du sterno-mastoïdien pour se donner du jour et inciser de dehors en dedans le rétrécissement œsophagien.

Lorsqu'on opère sur le cadavre et sans conducteur, le dernier temps de l'opération est toujours ou presque toujours pénible, l'œsophage aplati entre le système laryngo-trachéal et la colonne vertébrale est difficile à mettre à découvert et surtout à inciser, vu la mollesse de ses parois. En est-il autrement sur le vivant? cela paraît probable, au moins d'après les faits de Bégin, Demarquay et Monod.

Il est de toute évidence que, lorsqu'il est impossible de faire pénétrer la sonde dans les cavités buccale et pharyngo-œsophagienne (fait d'Inzani), ou bien lorsque le corps étranger qui obture complétement le conduit digestif ne peut être senti que très-difficilement, l'œsophagotomie externe est fatalement pratiquée sans conducteur et d'après les principes de Bégin.

On voit, par ce qui précède, que l'œsophagotomie externe sur conducteur est une opération parfaitement réglée dans ses divers temps,

(1) Ce dernier signe ne peut guère servir lorsque le patient est anesthésié.

et qu'elle est généralement facile à exécuter. Au contraire, l'œsophagotomie externe sans conducteur, toujours réglée dans ses premiers temps, varie ensuite quelquefois selon les circonstances qui ont nécessité l'intervention du chirurgien, et en particulier lorsqu'il s'agit d'enlever un corps étranger arrêté dans le conduit pharyngo-œsophagien.

L'œsophage ouvert, la conduite de l'opérateur doit nécessairement varier selon le but qu'il s'est proposé en pratiquant l'œsophagotomie externe.

S'agit-il, par exemple, d'un corps étranger, ou bien celui-ci fait saillie au niveau de la plaie, ou bien il est placé au-dessus ou au-dessous d'elle. Dans le premier cas, une simple traction exercée avec des pinces suffit d'ordinaire pour dégager et enlever l'obstacle; dans le second cas, il faut introduire le doigt dans l'œsophage, déterminer la position du corps étranger, puis le saisir avec des pinces plus ou moins courbes, conduites ordinairement sur le doigt explorateur. D'ailleurs ces diverses manœuvres ne peuvent être soumises à des règles bien certaines, comme l'a dit Bégin.

Les soins consécutifs à l'opération de l'œsophagotomie, doivent fatalement différer, selon qu'on a ouvert l'œsophage pour en retirer un corps étranger, ou bien pour traiter un rétrécissement ou pallier à ses symptômes.

Dans le premier cas, le pansement le plus ordinairement en pratique, soit le linge cératé et la charpie, ou plutôt les compresses d'eau froide ou tiède, est celui qui convient le mieux à cette opération. Lorsque les chirurgiens ont fait une longue incision aux téguments, ils ont pu sans inconvénient réunir les bords de la partie supérieure de la plaie, soit avec des bandelettes agglutinatives (de Lavacherie), soit même par des points de suture (Hitchock). Voulant éviter le passage de la salive ou des matières alimentaires par la solution de continuité de l'œsophage, les anciens chirurgiens mettaient leurs malades à la diète absolue pendant 6 et 8 jours (Goursaud), et cherchaient à les alimenter à l'aide de lavements nutritifs.

Mais la plupart des opérés ont grand besoin de prendre des aliments, et le succès même de l'intervention chirurgicale est souvent à ce prix (voy. la 2e observ. de Syme). Aussi, après avoir tenu quelques jours les opérés à la diète, leur avoir même défendu d'avaler leur salive, ce qui nous ne paraît pas très-possible, au moins d'une façon absolue, les opérateurs se sont décidés à nourrir leurs malades avec la sonde œsophagienne. Telle a été la conduite de Bégin, de Cock, de

Syme, etc.; mais, souvent ils furent obligés d'y renoncer, vu la difficulté d'introduire l'instrument, les accès de suffocation et les douleurs qu'il déterminait (de Lavacherie, Arnold, Cock). Aussi, voyons-nous un grand nombre de chirurgiens abandonner l'usage de la sonde œsophagienne, soumettre leurs malades à une diète absolue pendant 24 heures, puis leur permettre d'ingérer, d'abord de l'eau, puis du lait, et enfin des liquides nutritifs (Cheever, Hitchock, Maclean).

La diète primitive permettrait d'attendre le début de l'inflammation de la plaie, par conséquent l'infiltration plastique de ses parois, d'où une difficulté plus grande pour l'infiltration des aliments liquides dans les tissus. Malheureusement cette diète, bien que rendue peut-être un peu plus tolérable par des lavements nutritifs, est toujours un supplice pour l'opéré ; aussi croyons-nous devoir la proscrire, et sauf impossibilité absolue, il nous semble préférable d'alimenter le patient avec la sonde, au moins les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération.

Mais les aliments ingérés plus tard, et ce sont toujours des liquides comme du lait et du bouillon, sortant par l'ouverture œsophagienne, sont perdus pour le malade et peuvent déterminer des accidents, soit en s'infiltrant dans les parois de la plaie, soit en retardant sa cicatrisation. Cette perte des aliments par la plaie peut être telle, que l'opéré soit exposé à mourir d'inanition ; tel est le fait de Syme, qui dut avoir recours à la sonde pour sauver sa malade (2e obs).

D'autre part, avons-nous dit, les aliments peuvent s'infiltrer dans les tissus et y déterminer des accidents d'inflammation ; il est vrai que cette crainte est exagérée, car on n'en trouve pas un seul cas dans tous les faits que nous avons pu rassembler.

Reste donc le retard apporté à la cicatrisation ; cet inconvénient nous paraît réel ; nous croyons même, d'après la lecture des faits de Cheever et de Hitchock, que dans certains cas, l'issue intermittente des liquides nutritifs par les lèvres de la plaie du cou, a pu déterminer la gangrène du tissu cellulaire situé autour de la solution de continuité ; soit qu'il y ait eu mortification directe, soit que celle-ci résultât de l'inflammation.

Un procédé opératoire empêchant cette issue des liquides alimentaires au dehors, serait donc excellent.

Gross, de Philadelphie (1), bien que n'ayant pas eu l'occasion de pratiquer l'œsophagotomie, conseille de faire la suture des lèvres de

(1) *System of Surgery*, vol. II, p. 505. Philadelphie, 1866.

la solution de continuité de l'œsophage. «Dès que la plaie est nettoyée, dit-il, et que le sang est arrêté, les bords de l'incision œsophagienne seront réunies avec soin par plusieurs points d'une suture interrompue faite avec un fil de soie fin mais résistant, les chefs sont coupés tout près des nœuds, de façon que les ligatures puissent tomber plus tard dans le conduit œsophagien. » Or, ce conseil fut mis en pratique par Cheever de Boston ; cet habile chirurgien fit six sutures de soie au conduit œsophagien, sans réunir toutefois la plaie extérieure. Rien, tout d'abord, excepté quelques bulles de gaz, ne passa par la plaie ; mais probablement la suture coupa les tissus, car dès le quatrième jour, le lait ingéré par la bouche s'écoulait en partie au dehors.

A quoi attribuer cet insuccès ? faut-il croire, que, comme dans les expériences de Colin d'Alfort, la musculeuse de l'œsophage ayant été prise avec la muqueuse, la première membrane a dû se rupturer par suite de ses contractions, répétées à chaque déglutition. Le fait nous paraît probable; aussi, d'accord en cela avec Colin, proposerons-nous la suture de la muqueuse œsophagienne seule ; on sait que cette muqueuse est très-lâchement unie à la membrane contractile sous-jacente, ce qui rend possible sa suture isolée, au moins autant qu'il nous est permis de le conclure après des expériences faites sur le cadavre.

Cette suture devra-t-elle être faite simplement en surjet, ou faudra-t-il employer l'une des sutures préconisées pour l'intestin, comme par exemple celle de Gély ; l'expérience peut seule prononcer à cet égard. Cependant nous inclinerions vers le premier procédé, plus facile et plus vite exécuté.

Il est bien évident que malgré cette suture qui permettrait d'alimenter tout de suite les malades au moins avec des liquides, il ne faut pas réunir la plaie extérieure; car en supposant que la suture vienne à échouer, il faut surtout éviter l'infiltration des matières alimentaires dans les tissus du cou.

Les quelques accidents qui ont été signalés à la suite de l'œsophagotomie externe ont été l'inflammation des lèvres de la plaie (Bégin), la rétention du pus, la formation et l'élimination de tissu cellulaire gangrené (Cheever, Hitchock), une fois une hémorrhagie (Cheever) ; en général ils sont peu alarmants, et ont nécessité, soit un traitement antiphlogistique, soit des injections détersives et antiseptiques, soit enfin la compression des parties.

La guérison a lieu ordinairement au bout d'un mois (Bégin, de Lavacherie, Inzani, Cock, Hitchock, Cheever, Maclean) ; quelquefois

bien plus tôt (Syme, 15 jours et 18 jours) ; quelquefois cependant plus tard (Anthoniesz, Cheever, Sonrier, 1 mois 1/2 ; Bégin, 2 mois ; enfin Arnold, 3 mois).

Quant aux accidents consécutifs et en particulier au rétrécissement ultérieur du point sectionné longitudinalement, rétrécissement que Sonrier craignait tellement, qu'il introduisit une *sonde à demeure* dans l'œsophage de son opéré ; personne n'en a jamais parlé jusqu'ici. Est-il à craindre? nous ne le croyons pas, et alors même qu'il surviendrait un rétrécissement du conduit œsophagien, il faudrait tenir grand compte de la possibilité d'une coarctation résultant non de la simple section, mais d'une perte de substance de la muqueuse œsophagienne, produite par le corps étranger qui a nécessité l'intervention du chirurgien.

Le Dr Cheever, de Boston, a signalé la réouverture de la fistule œsophagienne, plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'opération ; dans un cas il sortit un morceau d'os de la plaie, et il apparut une déviation vertébrale de la région cervicale. Une portion d'un corps vertébral aurait-elle été éliminée?

Parmi les accidents qui suivent l'œsophagotomie externe, nous avons omis à dessein la toux et l'altération de la voix. Cette dernière, signalée surtout par Cock, tiendrait suivant lui à la section de quelques filets des nerfs récurrents ; or, nous avons déjà dit en nous appuyant sur des recherches du professeur Longet, qu'elle nous paraît plutôt due à la lésion de la branche laryngée externe du laryngé supérieur.

Reste la toux ; résulte-t-elle des tiraillements subis par les nerfs laryngés, ou bien tient-elle à une légère inflammation due à la déviation du larynx en avant et en dedans, lors de l'opération? Cela est possible, et dans ce dernier cas, on s'explique l'idée du Dr Cheever, qui fit placer deux de ses opérés dans une chambre où arrivait continuellement de la vapeur d'eau. Mais ne peut-on aussi rattacher ces symptômes à des phénomènes réflexes, dus précisément à l'irritation et au tiraillement subi par l'œsophage ; cette remarque mérite évidemment d'être prise en considération.

Lorsque l'œsophagotomie externe est faite pour pallier aux accidents d'inanition, résultant de la présence d'un cancer œsophagien, le pansement de la plaie doit avoir un tout autre but.

Il faut empêcher la réunion des bords de la solution de continuité, soit par un cathétérisme répété, soit en laissant à demeure une sonde ou mieux une canule analogue à celle qu'on emploie pour la trachéotomie ; tel est le procédé de Willett, de Londres.

Enfin si l'œsophagotomie externe a été faite pour traiter un rétrécissement, celui-ci étant sectionné ou dilaté jusqu'à un certain degré, il faut laisser cicatriser la plaie œsophagienne, dès que le cathétérisme par les voies supérieures sera possible. D'ailleurs, cette époque n'est pas toujours très-facile à déterminer nettement, car dans une circonstance, on a dû désunir les bords de la plaie du cou, pour refaire le cathétérisme par cette voie artificielle (Watson).

Nous avons déjà prouvé que les nombreux accidents qui ont entraîné la mort à la suite de l'opération de l'œsophagotomie externe, en particulier dans les cas de rétrécissements, ne peuvent être attribués en aucune façon à l'opération elle-même, mais bien aux causes mêmes qui l'ont rendue nécessaire. Nous ne reviendrons donc pas sur ce point.

CONCLUSIONS

1. L'œsophagotomie externe abandonnée dans ces dernières années, au moins en France, est une opération qui mérite cependant de fixer l'attention des chirurgiens.

2. Elle peut être faite dans deux circonstances, soit pour retirer des corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien ; soit pour traiter les rétrécissements du même conduit.

3. Les corps étrangers irréguliers, et en particulier les os, arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien nécessitent plus que tous les autres l'œsophagotomie externe.

4. Les tentatives de propulsion ou d'extraction de ces corps doivent être faites avec beaucoup de ménagements, afin de ne pas léser les tuniques des premières voies digestives.

5. On doit proscrire l'emploi des vomitifs, qui épuisent le malade et facilitent l'enclavement du corps étranger.

6. Lorsque le corps étranger ne peut être extrait par la bouche ou refoulé dans l'estomac, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'œsophagotomie externe ; si surtout le corps arrêté dans le conduit œsophagien y séjourne depuis quelques jours.

7. Plutôt sera faite l'opération, plus les chances de guérison seront grandes.

8. Dans les rétrécissements de l'œsophage, l'opération peut être palliative ou curative.

9. Lorsqu'il existe un rétrécissement cancéreux infranchissable ou presque infranchissable, de la partie supérieure du conduit œsopha-

gien, on peut ouvrir l'œsophage au-dessous du point rétréci pour alimenter les malades et les empêcher de mourir d'inanition.

10. Quand un rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel est situé dans la portion cervicale, ou tout à fait à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage, que ce rétrécissement est infranchissable ou très-difficile à franchir, l'œsophagotomie externe est parfaitement autorisée, comme opération palliative ou curative.

11. Dans ce dernier cas, l'ouverture de l'œsophage peut être faite, soit au niveau même du rétrécissement qui est alors sectionné de dehors en dedans, soit au-dessus de lui.

12. La section directe du rétrécissement est tout à fait exceptionnelle jusqu'ici ; mais rien ne prouve que ce soit une mauvaise opération.

13. L'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien doit être faite de préférence au-dessus du rétrécissement, à cause de la plus grande facilité de l'opération, et de la possibilité de dilater assez vite le point coarcté.

14. Enfin ne pourrait-on associer l'œsophagotomie externe à l'œsophagotomie interne lors de rétrécissements siégeant à la fois dans la portion cervicale et dans la portion thoracique de l'œsophage ?

15. L'opération de l'œsophagotomie externe offre bien moins de gravité qu'on ne pense généralement ; et contrairement à ce qu'on en a dit, elle nous semble entraîner plus d'accidents chez les animaux, et surtout chez les ruminants, que chez l'homme.

16. Le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe n'est pas extrêmement difficile, au moins dans le plus grand nombre des cas.

17. Sauf quelques circonstances exceptionnelles, il existe un *lieu d'élection* pour pratiquer l'œsophagotomie externe.

18. De même que pour l'uréthrotomie externe, l'œsophagotomie externe peut être exécutée *avec* ou *sans conducteur*.

19. L'œsophagotomie externe avec conducteur doit être faite toutes les fois qu'il est possible d'introduire une sonde dans le canal pharyngo-œsophagien, ce qui permet d'en faire saillir la paroi latérale du côté de la plaie du cou.

20. L'œsophagotomie externe sans conducteur, dont les premiers temps sont tout à fait analogues à ceux de l'œsophagotomie avec conducteur, est indiquée dans un certain nombre de cas, et en particulier dans les rétrécissements cancéreux infranchissables de la partie supérieure de l'œsophage.

21. Le dernier temps de cette opération est parfois assez pénible

vu la difficulté qu'on peut éprouver à découvrir le conduit pharyngo-œsophagien caché derrière le larynx et la trachée.

22. Les soins consécutifs à l'opération varient beaucoup selon le but que le chirurgien s'est proposé d'atteindre.

23. A-t-on enlevé un corps étranger, il faut faciliter la cicatrisation des parties, et empêcher autant que possible l'issue des matières ingérées, par la plaie de l'œsophage.

24. Cette indication peut être remplie, pensons-nous, par la suture de la muqueuse œsophagienne.

25. Lors de rétrécissements cancéreux, il faut au contraire laisser l'ouverture œsophagienne béante et combattre son rétrécissement incessant par le cathétérisme ou l'usage d'un tube à demeure.

26. Le rétrécissement inflammatoire doit être dilaté, et dès qu'on est parvenu à un certain résultat, il faut fermer la plaie œsophagienne et continuer la dilatation par les voies supérieures.

27. Les accidents consécutifs à l'opération de l'œsophagotomie externe sont exceptionnels au moins d'après les faits publiés. Rien ne prouve qu'il se fasse ultérieurement un rétrécissement de l'œsophage au point où celui-ci a été sectionné.

28. Sauf des indications exceptionnelles, les opérés ne devront pas être soumis à une diète absolue. Il faut essayer, au moins dans les premiers jours qui suivent l'opération, de les alimenter avec une sonde œsophagienne d'un calibre modéré et ne leur permettre d'avaler des liquides qu'en petites quantités.

29. Grâce à l'emploi de la suture de la muqueuse, on pourra peut-être se dispenser du cathétérisme et alimenter tout de suite les malades, tout en prenant d'ailleurs de grandes précautions.

30. Nous croyons que dans tous les cas il est absolument contre-indiqué de réunir les lèvres de la solution de continuité des parties molles.

Tableau des observations d'œsophagotomie externe, pratiquées pour extraire des corps étrangers.

Nos	DATES des opérations	OPÉRATEURS	AGE des opérés.	SEXE	NATURE des CORPS ÉTRANGERS.	POINTS D'ARRÊT	SYMPTOMES.	TRAITEMENT avant L'OPÉRATION.	DATES des opérations	COTÉ et nature de l'opération	RÉSULTATS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
	1738	Goursaud.	?	Homme	Os de 1 pouce de long.	Cou.	Saillie à gauche.	Essais répétés de propulsion vers l'estomac.	?	Gauche sans conducteur	Guérison.	*Hist. de l'Acad. r. de chirurg.* in *Mém. de l'Acad. r. de chirurg.*, t. III, p. 14, 1757.
	?	Roland.	?	?	Os probablement.	?	?	?	?	?	Guérison.	*Ibidem.*
	1832	Bégin.	?	Homme	Os de bœuf.	Partie moyen. de la 1re pièce du sternum.	Dysphagie, suffocation, douleurs, inflammation.	Tentatives d'extraction et de propuls., émétique.	12 j. après l'accident	Gauche sans conducteur	Guérison en 1 mois	*Mém. de méd., de chir. et de pharm. militaires*, t. XXXIII, p. 241, 1832.
4	1832	Bégin.	28 ans	Homme	Fragment spongieux d'os long.	Partie infér. du cou.	Dysph., puis dyspnée.	Tentatives d'extraction et de propulsion.	6 j. après	Gauche sans conducteur	Guérison en 2 mois	*Ibidem.*
5	1832	Arnott.	2 ans et 3 m.	Petit garçon.	Apophyse épineuse d'une vertèb. dorsale.	Vers le niveau du cricoïde.	Dysphag. peu marquée, dyspnée plus tard.	Tent. d'extrac. Émétique. On propose l'opér. 7 jours après l'accident; elle est refusée.	36 j. après	Droit, sans conducteur	Mort de pneumonie exist. lors de l'opération, en 56 h.	*Transact. méd. chirurg.*, vol. XVIII, p. 86. London, 1833.
6	1842	De Lavacherie.	41 ans	Homme	Os jugal ou ap. zygomatique.	Milieu du cou.	Dysph., douleurs, hémorrhagie.	Tentat. d'extract. et de propuls. Vomitif.	8e jour.	Gauche sans conducteur	Guéris. en 26 jours	*Mém. de l'Acad. de médec. de Belgique*, t. I, p. 83, 1848.
7	1844	Martini.	34 ans	Homme	Os.	Un peu au-dessus de la clavicule.	Dysphagie, suffocation, saillie extérieure.	Tentat. d'extrac. et de propulsion. Injection d'émétique dans une veine.	4e jour.	? , sans conducteur	Mort. Gangrène de l'œsophage, etc., le 3e jour.	*Wurtemberg medicin. Correspondenzblatt*, B. 20, 1844.
8	1853	Anthoniesz	40 ans	Homme	Poisson long de 4 pouces 1/2 sur 1 1/2 de large.	Partie sup. de l'œsophage.	Dysphag., cou gonflé.	Pas de tentat. d'extraction.	?	? , sans conducteur	Guérison en 1 mois et demi.	*The Lancet*, vol. II, p. 260. London, 1854. (Extrait.)
9	1853	Flaubert.	44 ans	Homme	Portion d'os en forme de pyramide triangulaire.	Un peu au-dessus du sternum.	Dysphag., cou gonflé, état général très-grave.	Tentat. de propulsion et d'extraction.	8e jour.	Gauche, sur conducteur	Mort. Perforat. de l'œsophage. Abcès le 3e jour.	*Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 349.
10	?	?	?	Homme	Bouchon de liége volumineux.	Partie supér. du cou.	?	Soins non indiqués.	?	?	Guérison probable.	*Eve' Surgical cases*, p. 191. Philadelphia, 1857.
11	1854	Demarquay	3 ans 1/2	Petite fille.	Pièce de 1 franc.	Partie infér. du cou.	Dyspnée, dysphagie, suppuration, saillie au toucher.	Tentat. répétées d'extraction.	10e jour.	Gauche sans conducteur	Mort. Abcès rétro-pharyngien ouvert dans la plèvre, le 3e jour.	*Gaz. hebdom.*, 1861, p. 700.

12	1855	J. Syme.	26 ans	Homme	Côte de lapin.	?	Dysphagie, gonflement, dyspnée.	Tentat. de propulsion. Vomitif.	17e jour.	?, ?, ouvre un abcès.	Guéris. en 15 jours	*Obs. in Clinical Surgery*, p. 94. Edinburgh, 1861.
13	1856	E. Cock.	?	Homme	Plaque d'or supportant une fausse incisive.	Jonct. du pharynx et de l'œsophage.	Dysphagie, pas de saillie extérieure.	Tentat. d'extraction. Vomitif.	4e jour.	Gauche sans conducteur	Guérison en 4 semaines.	*Guy's Hosp. Reports*, 3e série, vol. IV, p. 217; 1858.
14	1861	J. Syme.	15 ans	Femme	Os de près d'un pouce carré.	Partie moyen. du cou.	Dysphagie, suffocat., gonflement du cou.	Tentatives d'extraction probables.	6e jour.	Côté? sans conducteur ouvre un abcès.	Guéris. en 15 jours	*British med. Journ.*, new series, vol. II, p. 193; 1861.
15	1861	J. Syme.	21 ans	Homme	Pièce de monnaie.	Au-dessus du sternum.	Phénom. très-peu marqués, d'où intervention chirurgicale tardive.	Pas de tentat. d'extraction.	4e mois.	Côté ? sur conducteur	Guéris. en 18 jours	*British med. Jour.*, new series, vol. I, p. 299; 1862.
16	1862?	Inzani.	?	Homme	Esquille osseuse de 4 centimètres.	Vers l'origine de l'œsophage.	Dysphagie, ph. inflammat., fièvre.	Tentatives d'extraction.	2e jour.	Côté? On ne peut se servir de l'ectopœsophage.	Guéri en 1 mois.	*Annali Univ. di Medicin*, seria 4, vol. LXV, p. 570. Milano, 1862.
17	1863	Arnold.	14 ans	Je fille.	Noyau de pêche.	Au-dessous du cou, à 4 mm. environ.	Dysphag., dyspnée état général très-grave.	Cathétérisme, vomitifs, etc.	2e jour.	Gauche sans conducteur	Guérie en 3 mois.	*Il Morgagni*, anno VI, disp. IV, p. 352. Naples, 1864.
18	1863	Sonrier.	22 ans	Homme	Os de 35 m.m. sur 26 m.m.	Au niveau du cricoïde.	Dysphagie, cou raide, douloureux.	Tentatives d'extract. et vomitif.	6e jour.	Gauche sans conducteur	Guéri en 1 mois et demi environ.	*Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 66.
19	1866	Cheever.	Jeune	Homme	Nageoire de poisson.	Au niveau du cricoïde.	Dysphagie, vomissem., doul. tr.-vives, etc., frissons.	Exploration avec la sonde munie d'une éponge.	3e jour.	Droit, avec conducteur	Guéri en 1 mois et demi environ.	Cheever, *Two cases of œsophagotomy*, etc., 2e édit., p. 7. Boston, 1868.
20	1866	Cheever.	Jeune	Homme	Epingle ordinaire.	Au-dessus du sternum.	Dysphag., douleur, gonflement à gauche, sensibil., etc.	Cathétérisme sans résultat.	3e jour.	Gauche, av. conducteur	Guéri en 1 mois et quelques jours.	Cheever, *ibid.*, p. 20.
21	1867	Cock.	33 ans	Homme	Plaque ayant porté des fausses dents.	Au niveau du cricoïde.	Dysphagie, douleur à gauche.	Tentat. d'extract. répétées.	3e jour.	Gauche sans conducteur	Guéri en 15 jours.	*Guy's Hosp. Reports*, 3e série, vol. XIII, p. 1; 1868.
22	1867	Hitchock.	49 ans	Femme	On crut à l'existence d'une épingle ordinaire qu'on ne put trouver.	Au niveau du cricoïde.	Dysphagie, fièvre, abcès du cou ouvert dans la gorge, douleurs, etc.	Cathétérisme pendant longtemps.	4e mois.	Gauche, sur conducteur	Guérie en 1 mois environ.	*The Boston med. a. Surg. Journal*, new series, vol. I, p. 373; 1868.
23	1868	Cheever.	60 ans	Femme	On croit à l'exist. d'une éping. qu'on ne trouve pas.	Vers le cricoïde.	Dysphagie, piqûres, douleurs vives.	Cathétérisme sans résultat.	7e mois.	Gauche, sur conducteur	Guérie.	Cheever, *loc. cit.*, p. 30.
24	1869	Maclean.	23 m.	Petite fille.	On supp. que l'enfant a avalé un os. On ne le trouve pas.	Vers le cartilage thyroïde	Dysphagie légère, phénom. d'inflam. consécutivement, suffocation.	Pas de cathétérisme.	10e jour.	Gauche, ouvre un abcès.	Guérie.	*The Richmond and Louisville med. Journal*, vol. VII, page 545; 1869.

Tableau des opérations pratiquées pour des rétrécissements œsophagiens.

Nos	OPÉRATEURS.	DATE de l'opération	AGE	SEXE.	NATURE du RÉTRÉCISSEMENT.	SIÉGE de L'OPÉRATION.	BUT de L'OPÉRATION.	COTÉ.	AVEC ou sans CONDUCTEUR.	RÉSULTAT de L'OPÉRATION.	RÉSULTATS DÉFINITIFS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
1	?	?	?	Femme.	Rétréciss. cancéreux.	Au-dessous du point rétréci.	Palliatif.	?	?	Heureux.	Morte 16 mois après, de son cancer.	Tarenget, *Journ. de méd.-chirurg. et pharm.*, t. LXVIII, p. 250; 1786.
2	J. Watson.	1844	24 ans.	Homme.	Rétrécissem. tuberculeux.	Au niveau même du point rétréci.	Palliatif et curatif.	?	?	Heureux.	Mort environ 2 mois après de pneumon, et d'œdème laryngien (trachéotomie).	*The Dublin Journ.*, v. XXVII, p. 260; 1845.
3	De Lavacherie	1845	68 ans.	Homme.	Rétréciss. de nature indéterminée.	Au-dessus du point rétréci.	Palliatif et curatif.	Probablement à gauche?	Probablem. sans conducteur.	D'abord heureux.	Meurt au bout de 15 jours. Pas d'autopsie.	*Bull. de l'Acad. r. de méd. de Belgique*, 1844-45, t. IV, p. 758. Bruxelles, 1845.
4	Monod.	?	?	Femme.	Rétréciss. cancéreux.	Au-dessous du point rétréci.	Palliatif.	Probablement à gauche?	Sans conducteur.	Heureux.	Meurt 3 mois après de son cancer.	Follin, thèse d'agrégation en chirurgie de Paris, 1853. p. 116.
5	Richet.	?	?	?	Rétrécissem. fibreux.	Au-dessus du point rétréci.	Curatif et palliatif.	?	Avec la sonde de Vacca.	?	?	*Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, 2e édition, 1860, p. 508.
6	Bruns.	1864	37 ans.	Homme.	Rétrécissem. inflammatoire?	Au-dessus du rétrécissement.	Curatif et palliatif.	A gauche?	Avec le cathéter de Gély.	Heureux.	Meurt 1 mois après d'œdème du larynx et de pneumonie (trachéotomie).	*Deutsche Klinik*, 1865, p. 37 et suiv.
7	Willet.	1867	47 ans.	Femme.	Rétréciss. cancéreux.	Au-dessous du point rétréci.	Palliatif.	A gauche?	Avec une bougie n° 5.	Heureux.	Meurt 18 jours après d'épuisem., refusant l'alimentation par la fistule et les lavem. nutritifs.	*Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, vol. IV, page 204, 1868.

OBSERVATIONS

Nous n'avons pas cru devoir recopier ici les observations d'œsophagotomie publiées en France ou en français; nous préférons donner *in extenso* celles qui n'ont jamais été traduites, ou qui ne sont connues que par des analyses incomplètes insérées dans les revues périodiques.

I

OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR EXTRAIRE DES CORPS ÉTRANGERS

PREMIÈRE OBSERVATION.

Cas d'œsophagotomie, par J. M. Arnott, chirurgien de l'hôpital de Middlesex.

Dans l'après-midi du 22 décembre (1832) je fus appelé à l'hôpital de Middlesex pour y voir un petit garçon âgé de deux ans et trois mois; cet enfant, amené du dehors, avait avalé un morceau d'os qui s'était arrêté dans sa gorge et qu'on n'avait pu extraire. En effet, son père me raconta qu'il y avait six jours que l'enfant avait avalé une portion de la partie la plus épaisse d'une côtelette de mouton, et que, depuis ce temps, il lui avait été impossible de prendre autre chose que des liquides; que, d'ailleurs, l'enfant paraissait peu souffrir et qu'on avait fait des tentatives pour extraire le corps étranger.

En introduisant le doigt très-profondément dans toute sa longueur, on pouvait sentir, au-dessous de l'ouverture glottique et du côté droit, un morceau d'os faisant saillie par en haut. J'essayai de le déplacer, mais il était situé à une profondeur trop grande. Les pinces à pharynx et les pinces à urèthre de Weiss furent inutilement employées et ne purent saisir le morceau

l'os. Un crochet attaché à une tige de baleine, un autre formé d'un fort fil métallique, ne purent être passés au-dessous du corps étranger. Un émétique fut administré, il y eut de violents efforts, mais pas de vomissements (probablement à cause de la vacuité de l'estomac). L'os ne changea pas de place, même à la suite d'une pression directe exercée en cet endroit avec l'extrémité du doigt.

Échouant dans toutes mes tentatives, je proposai de faire recevoir l'enfant à l'hôpital, afin de pouvoir provoquer une consultation sur l'opportunité d'extraire cet os par l'incision de l'œsophage; mais le père refusa cette proposition. Comme il n'y avait pas de symptômes alarmants, on pouvait espérer que peut-être l'os se détacherait et serait expulsé par en haut, ou bien qu'il descendrait peu à peu vers l'estomac. Les moyens usuels furent prescrits pour prévenir l'inflammation et l'on enjoignit au père d'apporter immédiatement son enfant à l'hôpital, s'il survenait quelque symptôme alarmant.

Rien de particulier n'apparut pendant une quinzaine, mais l'enfant maigrissait beaucoup, le 16 janvier je constatai que l'os était toujours à la même place, et j'essayai encore de l'extraire. Après quelque retard, résultant de l'impéritie des parents, je réussis à obtenir une consultation, et tous mes collègues ayant échoué dans leurs tentatives d'extraction, on convint de l'opportunité de l'opération de l'œsophagotomie qui fut faite le 21 janvier, près de quatre semaines après l'accident.

Depuis quelques jours, la respiration de l'enfant était devenue laborieuse, surtout pendant la nuit. L'os ne faisait aucune saillie sur les parties latérales du cou, et l'on ne pouvait le distinguer à l'extérieur, enfin aucun des consultants mentionnés plus haut ne pouvait l'atteindre avec le doigt. Cependant je parvenais encore à le toucher, et il me semblait fixé vers la terminaison du pharynx ou au commencement de l'œsophage; je résolus donc de faire la section du tube pharyngo-œsophagien immédiatement en arrière de la face postérieure du cartilage cricoïde.

Opération. — L'enfant couché sur un oreiller et la tête tournée un peu à gauche, on fit une incision sur le côté droit du cou, dans le sillon situé entre le muscle sterno-mastoïdien en dehors, le larynx et la trachée en dedans. Cette incision fut commencée au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde et prolongée en bas sur une étendue de 1 pouce 3/4 (anglais). Deux vaisseaux ouverts dans la section du tissu cellulaire sous-cutané furent liés; sous le fascia parut le muscle omo-hyoïdien placé en diagonale dans la solution de continuité; il fut aisément dévié en dedans et l'on continua l'opération en sectionnant le tissu cellulaire jusqu'à ce qu'on vît le bord externe du muscle sterno-thyroïdien; on avait bien soin de diriger le tranchant du couteau vers le larynx et la trachée, de manière à éviter l'artère carotide. La séparation ultérieure des parties fut faite avec le manche du bistouri et les doigts. Deux vaisseaux qui résistaient à la traction exercée sur le tissu cellulaire, et qui pénétraient latéralement dans le lobe droit de la glande thyroïde, mis à découvert, furent liés par précaution. A l'aide d'un crochet mousse, la glande thyroïde fut attirée en dedans, et le larynx fut un peu tourné sur son axe; mais le doigt porté derrière la partie supérieure de cet organe ne put sentir le fragment osseux. Un cathéter d'argent fut alors introduit par la bouche, et son extrémité repoussant la paroi pharyngienne, fut conduite de manière à

venir faire saillie au fond de la plaie. On fit une petite incision à cette paroi et l'on introduisit par cette ouverture une paire de pinces à polypes. Les mors de la pince écartés, la plaie fut dilatée dans le sens vertical (perpendiculaire), de façon que le doigt puisse être conduit dans l'œsophage. L'os fut alors senti à un demi-pouce environ au-dessous de l'ouverture œsophagienne, et les pinces étant réintroduites, l'os fut saisi, dégagé et extrait. On vit alors que c'était l'apophyse épineuse d'une des dernières vertèbres dorsales d'un mouton.

L'enfant supporta très-bien l'opération, il perdit peu de sang, et les fonctions du larynx ne furent nullement troublées, ce que j'avais craint jusqu'à un certain point, vu les phénomènes morbides survenus la nuit précédente du côté de la respiration, et la dilatation active des ailes du nez, constatée immédiatement avant l'opération. On pensa tout d'abord à réunir la plaie par première intention, mais vu le peu de probabilité en faveur de cette réunion immédiate, on abandonna cette idée et l'on prévint ainsi une difficulté qui se serait présentée peu après l'opération.

Quelques heures après l'opération, la respiration de l'enfant fut un peu entravée par du mucus collecté dans la gorge vers l'ouverture glottique ; toutefois, ce mucus fut rejeté en partie par la bouche, en partie par la plaie, et l'enfant eut une bonne nuit. On l'avait nourri à l'aide d'un cathéter de gomme élastique introduit par la bouche ; mais le lendemain matin on eut quelque difficulté de l'introduire profondément, et comme on crut imprudent de forcer sur le cathéter, vu la possibilité d'une ulcération ou d'une blessure de l'œsophage, le cathéter fut introduit par la plaie, ce qui fut très-facile et dès lors adopté. La journée se passa tranquillement, mais pendant la deuxième nuit la respiration devint laborieuse, et même bruyante vers le matin : l'enfant fut alors fortement purgé. Dans l'après-midi, la difficulté de la respiration s'accrut, le facies devint anxieux et légèrement cyanosé, enfin la mort arriva à neuf heures du soir, cinquante-six heures après l'opération.

Autopsie. — On constata une légère coloration rougeâtre à la partie inférieure du pharynx, deux points ulcérés superficiellement, ou plutôt éraillés existaient à la partie supérieure de l'œsophage et sur les parois opposées. L'ouverture du gosier, faite par le chirurgien, siégeait moitié dans le pharynx, moitié dans l'œsophage, ou plutôt cette moitié inférieure était au-dessous du bord inférieur du cartilage cricoïde. Il n'existait aucune trace de suppuration entre le pharynx, l'œsophage et la partie antérieure des vertèbres cervicales. L'entrée de la glotte et la cavité du larynx offraient leur aspect normal, ainsi que la partie supérieure de la trachée ; mais la partie inférieure de ce conduit et les bronches étaient enflammées. Le poumon droit, sauf sa partie supérieure, était hépatisé, et des morceaux de ce viscère jetés dans l'eau gagnaient le fond du vase. Les sections offraient un aspect grisâtre irrégulier et une texture granuleuse ; çà et là on voyait une goutte de matière jaune sortant des extrémités des tubes bronchiques. Le poumon gauche offrait aussi les caractères de l'hépatisation, mais à un moindre degré et d'une façon plus disséminée (*Transact. méd.-chir.*, vol. XVIII, p. 86, 1833, London).

OBSERVATION II.

OEsophagotomie d'Anthoniesz.

Singho Naide, natif de Colombo, âgé de quarante ans, fut admis à l'hôpital (Pettah Hospital) dans la soirée du 12 août 1853. Un poisson, que cet homme tenait entre ses dents, pendant qu'il amorçait un hameçon, avait glissé dans sa bouche, et était resté engagé dans l'œsophage...

Le cou paraissait enflé, et il semblait que du liquide s'était épanché dans le tissu cellulaire entourant les muscles de la région. La queue du poisson se sentait dans la gorge et l'on pouvait l'apercevoir en déprimant la langue du malade. Cette queue, inclinée vers la gauche du pharynx, montrait la direction prise par le poisson, dans son trajet intra-œsophagien. Un examen extérieur fait avec soin ne permit pas de déterminer la situation exacte du poisson et l'on vit qu'il était impossible de l'extirper de la gorge, en s'appuyant sur des raisons qui paraîtront évidentes lorsque le poisson sera décrit.

Une incision fut faite entre le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et la trachée; cette incision commençait au niveau du bord inférieur de l'os hyoïde et s'étendait en bas jusque vers le sternum.....

Après une attentive exploration, faite par moi et mes amis, on ne découvrit rien qui indiquât un lieu d'élection pour ouvrir l'œsophage. Le temps suivant de l'opération fut fait avec de grandes précautions.....

Le passage d'une sonde d'homme fut confié aux soins du docteur Elliot, qui l'introduisit dans le pharynx, non sans quelque difficulté, en la dirigeant avec ses doigts et en tournant ensuite sa convexité du côté correspondant à la plaie du cou. Ceci permit de saisir avec une pince la paroi œsophagienne et d'y faire une petite ouverture. Le doigt introduit dans cette solution de continuité, on sentit comme quelque chose de cartilagineux, logé dans le conduit œsophagien ; ce n'était autre, comme on le reconnut bien vite, que la partie latérale du poisson. Une pince à polypes fut alors introduite dans la plaie œsophagienne, et l'on fit des tentatives d'extraction qui restèrent infructueuses parce que la tête du poisson était trop unie pour être saisie par un instrument à mors polis. Cependant, grâce à une petite manœuvre faite avec l'index, le poisson fut délogé et il sortit bientôt la tête la première à travers la plaie...

Ce poisson était long de 4 pouces 1/2 (anglais). M. Gray l'appelle « *Anabas spinosus* », dans ses « *Illustrations of India zoology* » ; il présente des nageoires longues et pointues situées sur le dos et près des ouïes.

Une semaine après l'opération, un peu de nourriture fut introduit par la bouche, mais comme elle s'écoulait à travers la plaie du cou, il parut prudent de ne pas renouveler cette tentative et de continuer à nourrir le malade par le rectum.

Trois ou quatre jours plus tard, l'opéré put avaler des aliments et, à partir de ce moment, il reprit de l'embonpoint et des forces. La plaie se cicatrisait peu à peu, et elle était entièrement guérie le 23 septembre, si bien qu'il n'existait plus qu'une cicatrice linéaire sur le côté du cou. L'opération

de l'œsophagotomie dura plus d'une heure, et fut faite à la lumière artificielle (*in the Lancet*, vol. II, p. 260, 1854, extrait du *Ceylon Miscellany*, vol. I, n° 2).

OBSERVATION III.

OEsophagotomie rapportée par Eve (*Surgical cases*, p. 191, Philadelphie, 1857).

Un homme fut admis récemment à l'hôpital de Portsea and Gosport, à Portsmouth, à la suite des circonstances bizarres qui suivent. Cet homme s'efforçait d'extraire avec ses dents le bouchon d'une grande bouteille de bière anglaise, lorsque ce bouchon fut tout à coup lancé dans l'œsophage par la tension du gaz acide carbonique développé dans la bouteille.

Des soins médicaux lui furent aussitôt donnés, mais sans bons résultats, et cet homme fut admis à l'hôpital, où on lui pratiqua l'œsophagotomie. Le bouchon de liége, qui mesurait près de 3 pouces 1/2 (anglais) de ciconférence, put ainsi être extrait (ext. du *Saint-Louis med. and. Surg. Journ.* de 1853).

OBSERVATION IV.

OEsophagotomie de J. Syme (1er cas).

J. M. G. d'Aberfeldy, âgé de vingt-six ans, entra à l'hôpital le 28 août 1855. Il raconta que le 12 du même mois, mangeant un plat de lapin, il sentit un morceau d'os s'arrêter dans sa gorge; et, depuis, il ne lui avait été possible d'avaler autre chose que des liquides. Le chirurgien, mandé auprès de lui, fit administrer un vomitif, explora le pharynx, et introduisit dans le conduit pharyngo-œsophagien une sonde de baleine; tout cela sans le soulager. Le malade ne dormait plus depuis l'accident, sa voix était enrouée et sa respiration pénible. Le pouls battait 100 et le cou légèrement enflé. Le jour suivant, pénétrant à travers les enveloppes et au milieu des muscles du cou, j'ouvris un abcès profond et je fis l'extraction d'une côte de lapin longue d'un pouce. L'opéré fut immédiatement délivré de ses vives douleurs; cependant il resta très-malade plusieurs jours, bien qu'il pût avaler des liquides, dont une partie s'échappait par la plaie. Au bout d'une semaine, la convalescence commença, et avant la fin de la seconde semaine le malade était remis. (*Obs. in Clinical Surgery*, p. 94, Edinburgh, 1861.)

OBSERVATION V.

Premier cas de pharyngotomie pour l'extraction d'un corps étranger, etc., de Edward Cock.

M. T. Guilford me fut amené le jeudi matin, 17 janvier 1856, par M. Martin de Dartford. M. G. portait depuis quelque temps une fausse incisive centrale, fixée à une plaque d'or, qui s'étendait à quelque distance de

chaque côté de la fausse dent. Cette plaque, — formant le corps étranger qui fut extrait plus tard du pharynx, — peut être ainsi décrite : Elle constitue un segment de cercle répondant à la voûte palatine derrière l'incisive cuspide et les dents bicuspides. L'une des extrémités de la plaque se terminait en un crochet mince offrant deux pointes aussi fines que des aiguilles, et qui entouraient la dent bicuspide ; l'autre extrémité de la plaque formait une pointe unique et aiguë.

Le bord antérieur, convexe de cette plaque, offrait trois angles saillants et aigus, correspondant aux intervalles situés entre les dents, et la fausse incisive faisait une saillie notable sur ce bord antérieur. La plus grande longueur de la plaque, en d'autres termes, le secteur du cercle qu'elle représentait, était d'un pouce et 5/8e (anglais), et une ligne s'étendant du bord de la fausse dent jusqu'au secteur précédent, mesurait juste 1 pouce. Cette plaque avait été avalée pendant le sommeil, vers deux heures du matin, et M. Martin la trouvant fichée dans la gorge et ne pouvant ni la voir, ni l'enlever par la bouche, m'amena le malade pour avoir un avis.

Sans aucun doute, le corps étranger s'était logé dans la partie cervicale du pharynx, mais sa situation exacte n'était pas indiquée nettement.

L'irritation, la douleur, la sensibilité à la pression, toutes très-développées, étaient rapportées à l'extrémité supérieure de l'œsophage, juste derrière le larynx ; mais aucune saillie anormale, visible extérieurement, n'indiquait la position précise de la plaque. Le malade pouvait avaler des liquides, mais avec de grandes difficultés et en petites quantités. La respiration était libre, cependant il existait une toux due à l'irritation du larynx. Tenant compte de ces particularités, je jugeai plus prudent d'ajourner toute tentative d'extraction, jusqu'à ce que le malade se soit remis des phénomènes immédiats qui suivirent l'accident et des fatigues de la journée. On lui conseilla donc d'entrer à l'hôpital afin qu'on pût employer tous les moyens utiles pour le secourir efficacement ; et il accepta volontiers cet arrangement.

Je le visitai l'après-midi, j'introduisis une bougie dans le pharynx et je constatai une obstruction totale de ce conduit, siégeant vers le bord supérieur du larynx, c'est-à-dire juste au point de l'union du pharynx et de l'œsophage. Une paire de pinces courbes heurta la plaque, mais on ne put ni la saisir, ni même la déplacer un peu.

Comme la respiration s'effectuait normalement et que la douleur était très-supportable lorsque le malade gardait le repos, les tentatives d'extraction furent remises au lendemain. On administra une forte dose d'opium, et on lui donna à prendre la nourriture la plus fluide possible, afin qu'elle puisse passer dans le conduit œsophagien ; enfin on lui prescrivit de sucer de la glace à discrétion.

Le vendredi, 18 janvier, je vis le malade avec M. Hilton ; il était calme et tranquille et ne souffrait que lorsqu'on venait à exercer une certaine pression à l'extérieur du cou, ou bien lorsqu'il essayait d'avaler. Il parut peu probable que les liquides introduits par la bouche aient pu arriver dans l'œsophage. Des tentatives d'extraction faites à l'aide de divers instruments, échouèrent toutes, et il fut impossible de faire passer aucun instrument entre le corps étranger et les parois du pharynx, par conséquent de le faire arriver au-dessous du point obstrué.

Je finis cependant par réussir à introduire un cathéter flexible (n° 5), probablement entre les pointes du crochet placé à l'une des extrémités de la

plaque artificielle. Possédant alors le moyen de faire passer des liquides dans l'estomac, on pensa que des vomissements modifieraient probablement la position de la plaque et la rendrait plus accessible aux instruments introduits par la cavité buccale. Une pinte de lait fut donc passée dans l'estomac et l'on administra 1/2 drachme de sulfate de zinc et un scrupule de poudre d'ipéca. Chose singulière, il n'y eut même pas de nausées, et le vomitif fut gardé sans produire le moindre effet général.

Toujours est-il, qu'on pouvait nourrir le malade, et que, par conséquent, il était possible d'attendre et de compter sur quelque événement favorable.

Le samedi 19, j'essayai encore d'ébranler la plaque ; depuis la veille le patient avait été alimenté à deux reprises, avec du lait, du vin et du thé de bœuf. Mais le cathéter était difficile à introduire, et l'on ne pouvait le faire arriver dans l'œsophage qu'en passant par un point bien limité situé du côté gauche. Le malade ne pouvait avaler une goutte de liquide, toutefois il était très-soulagé en gardant constamment de la glace dans sa bouche. J'essayai de passer un fil métallique autour de la plaque, mais en vain ; je fis aussi un essai avec un tube flexible, par l'extrémité duquel on pouvait faire saillir les mors d'une pince, mais je n'eus aucun succès ; j'abandonnai donc momentanément toute tentative d'extraction.

Le dimanche 20, on se borna à alimenter le malade à trois reprises différentes, toujours à l'aide du cathéter, dont l'introduction devenait de plus en plus difficile.

Le lundi 21, j'assemblai encore mes collègues en consultation. Il fallait absolument prendre un parti décisif pour extraire le corps étranger, car le cathéter ne pouvait pas être passé plus longtemps, et l'état général du malade commençait à se ressentir sérieusement du manque de sommeil et de l'insuffisance de la nourriture. La position de la plaque avait toujours été déterminée avec assez de précision ; elle était située, soit au commencement de l'œsophage, soit plutôt à la jonction du pharynx et de l'œsophage. Il fut convenu qu'on ferait l'incision du pharynx pour enlever le corps étranger, et M. Hilton m'assista pendant l'opération.

Opération. — Le malade couché sur le dos, la tête et les épaules légèrement élevées, on administra le chloroforme, et bientôt il fut sous l'influence de cet anesthésique. L'incision fut faite du côté gauche et s'étendait sur une longueur de 4 pouces 1/2, du bord supérieur du cartilage thyroïde, jusque vers l'articulation sterno-claviculaire. Le peaucier et le fascia cervical furent divisés, et l'on mit ainsi à nu la gaîne carotidienne et le muscle omo-hyoïdien épais et charnu, au point même où il croisait l'incision des tissus. Le muscle omo-hyoïdien fut divisé et rejeté en dehors de la solution de continuité ; il en fut de même de quelques filaments de la branche descendante de l'hypoglosse, et de deux ou trois petites artères, qu'on lia immédiatement, afin d'éviter autant que possible l'infiltration du sang dans le tissu cellulaire voisin. La dissection mit nettement à découvert la carotide primitive et elle fut séparée des parties situées à son côté interne, à l'aide des doigts et du manche du bistouri. Je regardai ce temps de l'opération comme très-important, et dès que les connexions internes du vaisseau furent bien divisées, celui-ci et le sterno-mastoïdien furent déviés en dehors et maintenus par des rétracteurs. La carotide étant ainsi abritée contre toute lésion, pendant les autres temps de

l'opération, ayant pour objet de découvrir la partie supérieure de l'œsophage, on mit à nu le corps thyroïde, après avoir divisé quelques-unes des fibres externes des muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, et la dissection fut continuée en contournant la face externe de la glande thyroïde et en se dirigeant en arrière vers la colonne vertébrale. Les tissus furent ainsi séparés, tantôt avec la lame, tantôt avec le manche du bistouri. Une artère, probablement une branche de la thyroïdienne supérieure, fut divisée au point où elle croisait la partie la plus élevée de la plaie ; elle donna du sang, et l'on eut quelque difficulté à en faire la ligature.

Un gros vaisseau, probablement aussi la thyroïdienne inférieure, fut aperçu plus bas, croisant la direction de la plaie, mais il ne fut pas lésé. Le larynx et la trachée furent doucement déviés à droite, de façon à élargir la vaste plaie située à gauche du cou ; enfin l'œsophage fut atteint en contournant la face externe du corps thyroïde, qui recouvrait et cachait entièrement le conduit trachéal.

L'œsophage pouvait être maintenant exploré avec le doigt dans une étendue d'environ 2 pouces ; toutefois on ne sentait aucune saillie anormale, indiquant la présence d'un corps étranger contenu dans sa cavité. Il parut donc presque certain que la plaque n'était pas descendue jusque dans l'œsophage et qu'elle devait être logée dans la partie la plus inférieure du pharynx. Après quelques difficultés, et en portant un peu le larynx en bas, en dehors et à droite, le doigt put être passé derrière cet organe, c'est-à-dire entre la paroi du pharynx et les vertèbres ; on put ainsi sentir assez mal le corps étranger, placé juste derrière le cartilage cricoïde, et semblant caché par la corne inférieure du cartilage thyroïde. La pointe du bistouri fut conduite sur la partie la plus proéminente du corps étranger, qui paraissait être la fausse incisive, et une sensation de choc de la lame de l'instrument avec le corps étranger prouva que celui-ci était atteint et qu'on avait ouvert le pharynx. La dent blanche parut au fond de la plaie, et fut saisie avec des pinces, après quoi l'ouverture du pharynx fut agrandie par en haut et par en bas à l'aide d'un bistouri boutonné. Après une légère tentative, une des extrémités de la plaque fut débarrassée de ses adhérences et tirée hors de l'incision du pharynx, mais le corps entier ne put être extrait qu'en divisant légèrement la paroi laryngienne. Ce dernier temps fut bientôt fait, grâce à l'aide de M. Hilton, qui sectionna les tissus le long du bord libre de la plaque d'or, à mesure que je la retirais avec une main, et que, de l'autre main, je maintenais ouverts et je protégeais les bords de la solution de continuité.

L'opéré fut reporté dans son lit, de l'eau froide fut appliquée sur sa plaie, et l'on n'essaya d'aucun moyen de réunion.

Débarrassé de l'influence des vapeurs du chloroforme, le malade parut n'avoir que peu souffert de l'opération ; il dit lui-même qu'il était bien, et libre de toute douleur, il reprit tout de suite son occupation favorite, c'est-à-dire qu'il se mit à sucer de la glace. Un mélange de thé de bœuf et de vin fut aussitôt introduit à l'aide de la sonde jusque dans l'estomac, car le malade n'avait rien pris depuis la veille. Dans la soirée il se plaignit d'une grande faiblesse, disant qu'il mourait de faim, aussi lui donnai-je des aliments et une bonne dose d'opium, toujours à l'aide du cathéter.

Le 22 janvier, tous les symptômes graves avaient disparu et le malade ne se plaignait que de la vacuité de son estomac. Il fut nourri avec du thé de

bœuf à trois reprises différentes; il éprouvait un grand plaisir à sucer de la glace, et quoiqu'il crût que rien ne passait dans l'œsophage, il est bien certain que la plaie ne donna issue à aucune quantité de liquide, au moins autant qu'il nous est permis de l'affirmer.

Le troisième jour, 24 janvier, j'introduisis dans l'œsophage la sonde ordinaire, qui passa sans encombre et sans produire de douleurs. Dès lors, le malade fut alimenté d'une façon régulière par M. Dyer, d'abord trois fois, puis, sur sa demande, quatre fois par jour. Il était toujours prêt, et même empressé à prendre ses repas, et il les recevait avec grand plaisir. Son régime consistait en thé de bœuf, en eau-de-vie et en farine d'arrow-root mêlée avec du vin ou de l'eau-de-vie. Malgré cette alimentation, dont le malade absorbait près de quatre pintes par jour, les forces se perdaient graduellement et la maigreur augmentait chaque jour. Aussi j'ordonnai d'ajouter au thé de bœuf une certaine quantité de viande suffisamment pilée, pour pouvoir passer à travers la sonde œsophagienne, de plus, je conseillai d'administrer à chaque repas 1 once ou 1 once 1/2 d'huile de foie de morue. Chaque nuit le malade prit une potion opiacée, dont la dose fut diminuée d'une façon graduelle.

Le 5 février, la viande ou l'huile, et peut-être les deux aliments, avaient amené une notable amélioration dans l'état du malade, et il disait lui-même qu'il se sentait mieux et plus fort. Son moral avait toujours été excellent. La plaie qui pouvait être regardée comme guérie, dès le 1er février, n'offrait plus que la moitié de son étendue primitive; toutefois, depuis l'opération, rien n'avait été avalé naturellement et le malade ne voulait pas s'y essayer, parce que toute tentative lui causait une douleur vive et une sensation analogue à la déchirure de la plaie œsophagienne. Le malade ne paraissait même pas avaler sa salive.

Dès ce moment, la convalescence fit de rapides progrès et trois semaines après l'opération on abandonna l'usage de la sonde œsophagienne. Le malade put alors avaler avec une facilité augmentant de jour en jour.

Au bout d'une autre semaine, la plaie extérieure fut tout à fait cicatrisée et le rétablissement du malade était complet. Cependant, l'opération semblait avoir déterminé une notable altération de la voix, jadis claire et forte, et lorsque M. G... quitta l'hôpital, c'est-à-dire très-peu de temps après, et complétement guéri, sa voix était restée rauque, voilée, et ressemblant à un chuchotement. En somme, les sons dépendant, selon toute probabilité, de la tension des cordes vocales, semblaient perdus; et comme il n'y avait aucune raison pour supposer que le mécanisme du larynx ait été altéré par suite de la présence temporaire du corps étranger, il sembla logique de croire que les filets du nerf récurrent qui animent les muscles aryténoïdiens avaient été lésés en totalité ou en partie. La situation et les rapports de ces rameaux placés sur le trajet de l'instrument tranchant qui a ouvert le larynx, rendent cette supposition très-probable.

M. G..., revu quelques semaines après par M. Cook, s'était marié, se portait fort bien et était très-vigoureux. Sa voix, bien qu'évidemment transformée, était plus forte et plus mâle ; dans sa jeunesse il se vantait parfois de posséder une belle voix de ténor, tandis que maintenant il possédait une voix de basse très-respectable. Peut-on, dans ce changement de ton, distinguer ce qui appartient à une modification naturelle, de ce qui résulte de la division des filets récurrents; c'est fort discutable. Cependant il est tout à fait impossible de

sectionner la partie la plus inférieure du pharynx sans intéresser un plus ou moins grand nombre de filets des nerfs qui animent les muscles aryténoïdiens. (*Guy's Hospital Reports*, 3e série, vol. IV, p. 217, 1858.)

OBSERVATION VI.

Œsophagotomie, par James Syme, d'Edimbourg. (2e cas.)

M. C..., âgée de quarante-cinq ans, fut admise à l'hôpital d'Edimbourg le 22 juillet 1861. Elle raconta que, six jours avant son entrée à l'hôpital, pendant qu'elle mangeait du bouillon de mouton, il lui avait été soudainement impossible d'avaler quoi que ce soit, qu'elle ressentit en même temps une vive douleur dans la gorge, d'où elle conclut qu'elle avait un morceau d'os arrêté dans le gosier. Dans cette persuasion, elle demanda des secours médicaux et fut traitée sans succès par l'introduction de sondes œsophagiennes ou d'autres instruments. Ses souffrances, non diminuées, ne tardèrent pas à se compliquer d'accès de suffocation qui souvent firent craindre une issue fatale. En examinant la malade, je la trouvai dans l'état décrit plus haut, l'anxiété était très-grande, et il existait une légère tuméfaction diffuse du cou, qui du reste ne présentait ni coloration anormale, ni aucune autre altération, excepté un peu de douleur à la pression. Ayant introduit la longue pince courbe, sans arriver à toucher le corps étranger, mais suffisamment éclairé par les symptômes bien tranchés accusés par la malade, symptômes qui prouvaient l'existence d'un corps étranger; craignant, d'autre part, que le corps étranger restant en place, ne donnât naissance à de la suppuration, si même il ne l'avait pas déjà fait, je pensai qu'il n'y avait qu'un seul moyen à adopter pour soulager efficacement la malade, c'est-à-dire qu'il fallait pratiquer l'œsophagotomie.

Après avoir administré le chloroforme, je fis une incision comme pour la ligature de l'artère carotide, je découvris ainsi le bord des muscles sterno-mastoïdien et sterno-thyroïdien, j'ouvris alors le fascia profond du cou, au-dessous duquel s'échappa une petite quantité de matière purulente. Introduisant mon doigt par le passage étroit ainsi découvert, je le portai en haut et en bas vers la partie postérieure de l'œsophage (Gullet), où je sentis un morceau d'os faisant saillie hors de ce conduit membraneux. Une dilatation suffisante ayant été faite, j'y introduisis une paire de pinces à polypes, et je fis l'extraction d'un morceau d'os de mouton extrêmement mince, mais de près d'un pouce carré.

L'opération fut faite le jeudi, et le vendredi la malade paraissait aller bien et devoir guérir; mais le dimanche on me dit qu'elle avait été prise de délire depuis la veille, et qu'elle semblait baisser. En la visitant, je lui trouvai les mains cyanosées et très-froides; le pouls était remplacé par un thrill à peine marqué, si bien que le cas paraissait extrêmement désespéré. Cependant, je pensai que ces symptômes pouvaient peut-être résulter de la faim, car, pendant toute une semaine, la malade n'avait pu avaler quoi que ce soit, et depuis que l'os avait été enlevé elle n'avait été nourrie que très-imparfaitement, le lait et les autres liquides qu'on lui donnait s'échappant en grande partie par la plaie œsophagienne. En conséquence, me servant d'un cathéter intro-

duit par la bouche dans l'œsophage, je lui injectai un peu de bouillon et de vin. Au bout d'une demi-heure, il s'était déjà produit un changement notable, à tous les points de vue, et ce changement favorable ne fit qu'augmenter graduellement par suite de l'emploi du même moyen, qui fut répété à des intervalles convenables, jusqu'à ce que la guérison fut complète, c'est-à-dire au bout d'une quinzaine de jours. (*British med. Journ.*, new series, vol. II, p. 193, 1861.)

OBSERVATION VII.

Œsophagotomie pour l'extraction d'une pièce de monnaie de cuivre, qui était restée trois mois dans l'œsophage, par J. Syme, d'Edimbourg (3e cas).

W. H..., âgé de vingt et un ans, fils de respectables habitants de Gottenburgh, vint de Suède pour étudier l'agriculture chez un cultivateur demeurant à l'est de Fife. Pendant son séjour dans ce pays et au commencement de novembre dernier, il s'amusa à jeter en l'air une pièce de monnaie de cuivre et à la recevoir dans sa bouche. Mais en se livrant à cet exercice, sa tête étant trop rejetée en arrière et sa bouche largement ouverte, la pièce de monnaie tomba directement dans sa gorge et fut avalée involontairement et sans aucun effort. Le malade sentit alors que le corps étranger n'était pas descendu dans son estomac, mais qu'il s'était arrêté à la partie la plus inférieure de la région du cou; ce corps y produisait quelque malaise et empêchait le passage des aliments.

C'est dans ces circonstances que W. H... fut amené à Edimbourg et que j'eus à lui donner des soins. Reconnaissant que la pièce métallique (penny ou demi-penny, car le malade ne le savait pas au juste) était arrêtée au delà de la portée des pinces œsophagiennes, et ayant grand peur des accidents désastreux qu'on peut produire en cherchant à vaincre à l'aide d'une pression forcée, la résistance dépendant de la forme et de la consistance d'un corps étranger situé dans cette position, je résolus de m'abstenir de toute intervention, dans l'espoir qu'après avoir franchi la partie rétrécie du tube œsophagien, la pièce de métal effectuerait graduellement sa descente jusque dans l'estomac.

Cette expectation sembla suivie de bons effets, vu la diminution de la gêne du cou dont se plaignait le malade et vu la facilité plus grande dans la déglutition; phénomènes qui se manifestèrent dans la quinzaine suivante; en conséquence, j'engageai le malade à retourner chez lui.

Vers la fin de février, j'appris que ce jeune homme se plaignait toujours de son corps étranger. Je saisis donc une occasion pour l'examiner, et le voyant présenter toutes les apparences d'une excellente santé, je crus si complétement à une entière liberté de passage des premières voies digestives, que je n'hésitai pas à y introduire une grosse bougie, qui, à ma grande surprise, vint heurter distinctement sur une substance dure placée au niveau de l'extrémité supérieure du sternum.

Tenant compte des graves conséquences qui pouvaient résulter d'une ulcération de l'œsophage en cet endroit; sachant que les phénomènes de cette

complication pouvaient survenir à chaque instant, même après le long délai qui s'était écoulé heureusement sans troubles notables, je n'hésitai pas à incliner tout de suite vers l'opération de l'œsophagotomie ; et, dans ce but, je fis donner une chambre particulière au malade, afin qu'il puisse être entouré de soins assidus.

Le 25 février, le chloroforme ayant été administré jusqu'à résolution complète du patient, je fis une incision partant de la partie supérieure du sternum, entre les muscles sterno-mastoïdien et sterno-hyoïdien. Je divisai le fascia graisseux et disséquai profondément, jusqu'à ce que mon doigt puisse sentir les vertèbres, au côté trachéal de la carotide primitive, juste au-dessous du croisement du muscle omo-hyoïdien. Comme je ne trouvai là aucune trace du corps étranger, et que d'ailleurs je voulais éviter de découvrir l'œsophage tout à fait à sa partie inférieure, ce qui aurait exposé à la lésion des gros vaisseaux de cette région, un cathéter, muni d'une boule d'ivoire, fut introduit dans le conduit pharyngo-œsophagien, afin de le distendre et de servir de guide pour sectionner ses parois.

Ceci fait, et l'instrument retiré, j'introduisis mon doigt dans l'ouverture œsophagienne et je le dirigeai en bas, jusqu'à ce que je pusse toucher la pièce de monnaie; je pus alors en faire aisément l'extraction à l'aide de pinces légèrement courbes.

Tout d'abord on crut à un 1/3 de penny de George, mais un examen plus attentif fit reconnaître que la pièce offrait une épaisseur moindre et que c'était une pièce suédoise de la même valeur.

Aucun phénomène grave ne suivit l'opération. Le malade fut alimenté avec du lait et du bouillon, qu'on administrait de temps en temps à l'aide d'une sonde introduite par la bouche. Au bout d'une semaine, il pouvait avaler des matières alimentaires sans aucun écoulement par la plaie, et dix jours après W. H... était tout à fait convalescent, ne ressentant aucune espèce de gêne, du sérieux danger auquel il avait été exposé (*British med. Journ*, new series, vol. I, p. 299; March 22, 1862).

OBSERVATION VIII.

Œsophagotomie, par le docteur Inzani (traduite par M. Thaon, interne des hôpitaux).

Un aveugle de l'hospice des Incurables avala, en mangeant de la soupe, une large esquille osseuse. Pendant deux jours on fit des tentatives infructueuses d'extraction ; et quoique saisi à l'aide de larges pinces, le corps étranger résista aux manœuvres d'un habile chirurgien.

Le cou était enflé, la muqueuse de l'isthme du pharynx enflammée, la déglutition de quoi que ce soit impossible, la fièvre vive, la temporisation dangereuse.

Après avoir triomphé de la résistance du malade, j'entrepris l'opération avec l'aide des chirurgiens de l'hôpital, MM. Borghesi et Rabaglia, ainsi que de M. le professeur Sherardi. Une incision de 4 à 5 pouces de longueur, faite au niveau du bord du sterno-mastoïdien, intéressa la peau, le tissu cellu-

laire et les aponévroses ; le muscle omo-hyoïdien mis à nu, je pénétrai avec la sonde cannelée dans le tissu cellulaire lâche, en contournant le bord et la face postérieure de la glande thyroïde. On essaya, mais en vain, d'introduire l'*ectopœsophage*, les vomissements et les efforts du malade s'y opposèrent, ainsi que les changements des rapports qui en résultaient. Le bord postérieur du corps thyroïde fut accroché et sa face postérieure tournée en avant ; le doigt put alors sentir au fond de la plaie une pointe saillante. Les bords de la solution de continuité convenablement écartés, l'œsophage fut mis à découvert et incisé avec un bistouri droit, garni jusque près de sa pointe. L'incision tombant sur la saillie osseuse, elle permit de donner passage à une pince, à l'aide de laquelle le corps étranger fut saisi et tiré au dehors, toutefois un coup de ciseaux fut nécessaire, pour le dégager de la boutonnière qui le retenait.

Ce fragment osseux mesurait 4 centimètres dans son plus grand diamètre, ses arêtes avaient déchiré la muqueuse, la musculeuse et même la tunique celluleuse de l'œsophage. Le gonflement de la région, sa sensibilité exagérée, la projection du corps vers la colonne vertébrale, empêchèrent de préciser exactement son siége. Une légère hémorrhagie veineuse suivit l'extraction, on plaça un bourdonnet au fond de l'incision, comme le recommandent les praticiens (?) et l'on réunit en partie la plaie extérieure.

L'opéré, confié aux soins assidus et éclairés des chirurgiens Borghesi et Rabaglia, ne tarda pas à être en pleine voie de guérison. Au bout de six jours, il ne sortait plus qu'une faible quantité de lait par la plaie ; et au bout d'un mois la guérison était complète (*Annali universali di medicin*, série 4e, vol. XLV, p. 570 ; Milano 1862).

OBSERVATION IX.

Œsophagotomie pour un corps étranger, etc., par F. Arnold de Mirandola, (traduite par M. Thaon, interne des hôpitaux).

Le 27 août 1863, à huit heures du matin, la nommée Papazzoni Carolina, âgée de quatorze ans, fille de Ferdinand et Marguerite Bignozzi, métayers d'une terre de M. Caleffi Joseph de Cividale, section de la commune de Mirandola, mangeait une pêche, et suçant le restant de la pulpe attachée au noyau, elle avala brusquement ce noyau, par suite du vide qui se fit dans sa bouche. La petite malade fit de vains efforts pour rejeter le corps étranger engagé dans l'œsophage. Un médecin, consulté, persuada aux parents trop crédules que le noyau avait dû être rejeté à l'extérieur. Vingt-quatre heures s'écoulèrent ainsi, pendant lesquelles l'enfant ne prit pour tout aliment que de l'eau pure qu'elle recherchait avec avidité, mais qu'elle rejetait au bout de quelques minutes en faisant de violents efforts de vomissement. Les forces de la malade diminuaient ; elle se trouvait mal de temps à autre ; aussi, de nouveaux médecins furent-ils consultés ; mais ils trompèrent encore les parents en leur faisant croire que le corps étranger n'était plus dans la gorge, et qu'on le retrouverait dans les fèces. La journée du 28 fut donc encore perdue, et cependant l'état général de l'enfant était de plus en plus sérieux. Enfin, le 29,

à neuf heures du matin, les parents se décidèrent à amener leur fille à la ville de Mirandola; là elle fut examinée par plusieurs médecins, qui ne firent que des explorations insuffisantes, et administrèrent des vomitifs qui n'amenèrent aucun bon résultat. Je rentrais chez moi à une heure de l'après-midi, lorsque je fus appelé à me rendre aussitôt auprès de l'enfant, dans la pharmacie de Rigozzi (Jean). Je trouvai la malade abattue, ayant la face injectée, les yeux larmoyants et éteints, la respiration était un peu embarrassée, la déglutition impossible, enfin, le pouls à 45. L'inspection extérieure de l'œsophage, le toucher et la pression exercée sur les parties latérales du cou ne m'apprirent rien, de même que l'examen des parties profondes de la bouche, en maintenant celle-ci largement ouverte et la langue fortement abaissée. J'eus recours au cathétérisme œsophagien à l'aide de la sonde de Baillarger, et j'arrivai à introduire l'instrument jusqu'à environ 4 millimètres au-dessous du cou; en ce point je rencontrai de la résistance aux poussées successives et énergiques que je fis avec la sonde. Après avoir fait suspendre la malade par les pieds, j'enfonçai l'index en arrière du sternum, la pulpe du doigt dirigée vers cet os, et je parvins ainsi à faire basculer le corps étranger en le soulevant de bas en haut; malheureusement il retournait à sa position primitive dès que la manœuvre cessait. Mon diagnostic était que c'était bien là le corps étranger, mais si bien logé dans l'œsophage qu'il ne permettait pas le passage d'une seule goutte d'eau. La vie de la malade était donc en danger imminent, si le noyau n'était pas déplacé ou retiré, aussi je pris le parti de tenter l'opération difficile de l'œsophagotomie comme dernière ressource, pour sauver d'une mort certaine cette malheureuse enfant. Je dis donc aux parents que leur fille était mourante, mais que j'espérais la sauver s'ils voulaient consentir à l'opération. Ma proposition fut acceptée, aussi je me mis aussitôt en mesure d'opérer dans la pharmacie, aidé de M. Gasparri Nicolla de Chieti, médecin du 39e régiment d'infanterie et de M. Vitali Antoine de Mirandola, étudiant en médecine.

Procédé opératoire. — Je ne décrirai pas les difficultés extrêmes de cette opération, pratiquée parallèlement à la trachée, et juste dans le sillon qui sépare le muscle sterno-mastoïdien du sterno-thyroïdien; je n'insisterai pas sur la difficulté de ce cas particulier, dans lequel l'opération fut faite en un lieu d'élection tout à fait nouveau. Je laisse à mes collègues le soin de rappeler tout ce qui a été dit sur cette région, et je ne veux exposer ici que le procédé opératoire que j'ai suivi.

La malade fut couchée sur une table couverte d'un oreiller, la tête pendante, renversée en arrière, inclinée à droite et soutenue par un aide. L'opérateur se plaça à gauche de la malade, et l'aide Gasparri, glissant son index derrière la fourchette sternale, fit basculer le corps étranger. Je saisis de la main droite un bistouri convexe, et je pratiquai une incision s'arrêtant à la base du triangle formé par le bord interne du muscle sterno-mastoïdien et le bord externe de la trachée-artère, juste au-dessous de l'artère *thyroïdienne inférieure.* L'incision, longue d'environ 6 centimètres, intéressa la peau, puis, à l'aide de la sonde cannelée, le tissu cellulaire fut déchiré et les fibres des muscles du larynx écartées. De la main droite, l'aide écarta la lèvre droite de la solution de continuité, soit les muscles du larynx et la trachée-artère elle-même; quant à moi, je continuai à me faire jour de haut en

bas en agissant avec la sonde cannelée, jusqu'au sternum, écartant avec la main gauche le bord gauche de la plaie du cou. Puis j'abandonnai la sonde cannelée, et je m'assurai avec le doigt de la position de l'œsophage et du corps étranger, sur lequel je fixai l'index de la main gauche. Je saisis alors de la main droite un bistouri droit, que je fis glisser sur mon doigt, et j'incisai l'œsophage; un bistouri boutonné, conduit de la même manière, permit de prolonger l'incision vers la partie inférieure. Une pince à polypes fut alors introduite pour rechercher le noyau, et celui-ci ne fut extrait qu'au prix de grands efforts, car il était retenu par suite de son grand diamètre et de sa fixité dans les lèvres de l'ouverture œsophagienne, gonflées elles-mêmes par suite de l'inflammation des parois de ce conduit; enfin, des accès de suffocation, de vomissement, vinrent encore empêcher l'extraction, qui s'opéra enfin.

La perte de sang ne dépassa pas deux onces; les bords de la plaie furent rapprochés par un pansement *in pieno*. L'opérée fut réconfortée à l'aide de potions cordiales et assise sur une chaise.

Le noyau mesurait 38 millimètres dans son plus grand diamètre, 30 millimètres dans son plus petit, et 6 centimètres de circonférence. Deux heures après l'opération, la petite malade fut reconduite chez elle. Je la revis le soir à six heures (chez elle), et j'ordonnai de la limonade légère et des applications topiques froides; le pouls était peu fréquent; une diète sévère et le repos furent aussi prescrits.

Le lendemain, l'administration d'un purgatif à l'huile de ricin amena plusieurs évacuations alvines. Le soir, le pouls était beaucoup plus fréquent; une fièvre symptomatique se déclara et ne se prolongea pas au delà de vingt-quatre heures.

Deux jours après, j'enlevai le pansement et je ne trouvai ni gonflement, ni chaleur, ni rougeur; la sécrétion purulente n'était pas exagérée. Le pansement fut réappliqué, et je permis l'administration de quelques bouillons froids et d'un peu de lait, coupé d'eau. Ces liquides ne purent être introduits à l'aide de la sonde œsophagienne, la malade ne s'y prêtant pas, aussi s'écoulèrent-ils en partie par la plaie, d'où une suppuration qui se prolongea plus longtemps. Mais, grâce à mes soins, aux pansements répétés trois fois par jour et à la cautérisation, je parvins à exciter la formation des bourgeons charnus dans la profondeur de la plaie.

Trois mois après, les liquides ne sortent plus par la solution de continuité; on continue à alimenter la petite malade avec du lait et du bouillon, et il ne reste plus d'ouvert que la partie supérieure de l'incision primitive (*Il Morgagni*, anno VI, disp. IV, p. 352, 1864).

OBSERVATION X.

Première observation du Dr Cheever.

Le 9 novembre 1866, M. L., ingénieur, jeune homme d'habitudes réglées, vigoureux, fortement musclé, mangeait un plat de *chowder* (1), lorsqu'il eut subi-

(1) Mets préparé avec du poisson et des pommes de terre.

tement conscience qu'un os était arrêté dans sa gorge. M. L. perçut aussitôt une violente sensation d'étranglement et des efforts de vomissement, bientôt suivis de vomissements, se manifestèrent, sans que le fragment osseux fût délogé. Un médecin, appelé près du malade, lui conseilla de mâcher et d'avaler du biscuit, ce qui fut fait, mais sans déplacer le corps étranger. La gorge du patient était fortement congestionnée, on le reconduisit chez lui, on lui conseilla l'usage de l'eau froide et de s'adresser à moi, si le malaise continuait. Je fus demandé le jour même, mais, n'étant pas chez moi, on ne me laissa aucun mot pour aller voir le malade. La douleur de la gorge continuait et, à la suite des applications répétées d'eau froide, apparurent des frissons continuels ; M. L. passa une mauvaise nuit, ne pouvant avaler que de l'eau, et le jour suivant fut tout aussi mauvais.

Il m'envoya chercher pour la deuxième fois le 10 novembre, et je le vis entre deux et trois heures de l'après-midi, un peu plus de vingt-quatre heures après l'accident. Le malade souffrait beaucoup à chaque effort de déglutition ; la face était injectée, les yeux congestionnés, le palais gonflé, la luette touchant la base de la langue, provoquait des efforts de déglutition, excités encore par une hypersécrétion de mucus au niveau du pharynx. La langue et les amygdales n'étaient pas gonflées, la langue légèrement chargée, le pouls un peu accéléré. Les douleurs s'irradiaient en haut et en bas de la région cervicale, en partant d'un point placé à droite et au niveau du cartilage cricoïde. Le sommeil avait été nul la nuit précédente. Plaçant le malade en face d'un bon jour, j'explorai le pharynx avec mon index, je pus arriver à l'orifice supérieure et même en arrière du larynx et j'examinai le fond de l'isthme du gosier, les replis épiglottiques, ainsi que la région postérieure du pharynx. Je ne trouvai rien. Le malade vomit un peu de mucus et assura lui-même qu'il était soulagé ; un verre plein d'eau fut alors avalé sans trop d'efforts. Je laissai donc M. L., lui conseillant des frictions sur le cou avec un liniment contenant un tiers de laudanum, et l'engageant à attendre pour savoir si les accidents réapparaîtraient. Nous espérions, le malade et moi, que le corps étranger était descendu dans l'estomac. Ceci se passait dans l'après-midi du samedi, et je n'entendis plus parler de rien jusqu'au lundi matin ; ce jour je fus appelé de très-bonne heure auprès du malade et je le trouvai plus mal.

Les symptômes provoqués par la déglutition étaient réapparus environ deux heures après mon exploration du pharynx de samedi, et depuis ce moment, ils n'avaient qu'augmenté.

Les deux nuits du samedi et du dimanche avaient été mauvaises, le malade ne pouvait dormir plus d'une demi-heure en tenant sa bouche ouverte et en laissant écouler la salive au dehors. Dès que celle-ci s'accumulait dans la cavité buccale, elle provoquait un effort de déglutition qui réveillait brusquement le malade. Enfin, ce léger sommeil était probablement produit par les frictions laudanisées, dont le patient avait largement usé.

M. L. n'avait pu prendre que de l'eau et du bouillon passé ; il ne pouvait boire de lait, et la déglutition de ce dernier liquide lui semblait plus difficile que celle de l'eau simple. Les efforts de déglutition provoquaient de violentes contorsions, et les souffrances étaient très-vives et évidentes ; le facies du malade changeait de jour en jour, la langue et la gorge offraient le même aspect que samedi, enfin le pouls battait 116 par minute.

Ayant préparé une éponge douce, assez large pour remplir l'œsophage et

l'ayant attachée à une longue sonde œsophagienne, je la passai deux fois dans le conduit pharyngo-œsophagien. La première fois, le malade vomit, la seconde fois, il s'évanouit et ne voulut plus qu'on recommençât une troisième fois, ce que, d'ailleurs, j'étais peu disposé à faire. L'éponge arrivait presque jusqu'au sternum et au delà du siége de la douleur, sans rencontrer aucun obstacle. En la retirant la seconde fois, elle présentait une seule goutte de sang située à son côté gauche, c'est-à-dire du côté correspondant à la paroi latérale droite du pharynx. Nulle trace de sang dans le mucus expectoré, soit avant, soit après l'opération, et le malade continuait à rapporter le siége de sa douleur au côté droit du cartilage cricoïde ; la sensibilité à la pression était exagérée en ce point et plus vive que du côté opposé du cou. Les douleurs s'irradiaient en bas vers la poitrine et en haut jusque vers la tempe ; quelques unes aussi allaient de la gorge vers l'oreille. La déglutition était presque impossible, et le malade n'essayait d'avaler que s'il y était forcé. De la morphine fut donnée, un lavement purgatif fut administré afin de vider l'intestin et de le préparer à recevoir des injections nutritives ; enfin, je laissai le malade quelques heures en repos.

A ce moment, je diagnostiquai qu'un petit fragment d'os de poisson était implanté dans la paroi œsophagienne et du côté droit, au niveau du cartilage cricoïde, c'est-à-dire à l'union du pharynx avec l'œsophage. Les raisons sur lesquelles je me basai pour formuler cette opinion étaient les suivantes :

1° Les commémoratifs ; le malade était arrivé au troisième jour depuis l'accident et les symptômes s'aggravaient.

2° Les altérations morbides du pharynx, du palais, de la luette et de la langue, n'expliquaient pas suffisamment les symptômes présentés par M. L.

3° Le corps étranger était petit, puisque les doigts promenés aux environs du larynx et de la trachée et embrassant l'œsophage ne pouvaient rien sentir à l'extérieur, et que l'introduction de la sonde se faisait sans rencontrer aucun obstacle.

4° Le corps étranger devait être situé au niveau du cartilage cricoïde, du côté droit et fixé en ce point, parce que c'était la partie la plus étroite de l'œsophage, que cette région était le centre de la douleur et de la sensibilité accusées par le malade ; enfin, parce que la goutte de sang ramenée par l'éponge correspondait à ce côté.

A une heure et demie de l'après-midi, le docteur Buckingham vit le malade avec moi. Depuis ma dernière visite, il avait eu un violent frisson suivi de chaleur et de sueur, le pouls était à 120, vif et irritable, un peu d'œdème était survenu du côté droit du cou. La figure du malade était hideuse, les yeux et les téguments très-congestionnés, enfin il disait qu'il n'aurait plus la force de supporter ces souffrances pendant bien longtemps. Le docteur Buckingham s'abstint sagement d'explorer les parties, vu leur gonflement œdémateux et le trouble dans lequel se trouvait le malade ; il s'accorda à reconnaître avec moi que l'œsophagotomie était la seule chose à tenter, que cette opération était très-urgente et que d'ailleurs elle ne pouvait être nuisible. En effet :

1° Si le diagnostic était exact et si le corps étranger était placé au niveau du cricoïde, il tendrait fatalement à perforer la paroi œsophagienne ; et d'ailleurs, on ne pouvait atteindre le corps étranger que par cette opération.

2° Si le diagnostic était erroné, et le corps étranger déplacé, l'irritation qu'il avait provoquée tendait à donner naissance à un abcès, qui pourrait se

terminer par la suffocation du malade et pour lequel l'incision de l'œsophage devait être le traitement définitif.

Les conditions de succès et d'insuccès ayant été exposées au malade, il consentit promptement à se faire opérer.

On le transporta à « City Hospital », on le maintint sous l'influence de la morphine, et on lui administra un lavement stimulant alcoolique. L'opération fut commencée à sept heures du soir, avec l'aide précieux des docteurs Buckingham et Thaxter.

Opération. — Le cou du malade était court et volumineux, les muscles puissants, enfin les veines étaient pleines et congestionnées. Le cou étendu et la face tournée du côté opposé à celui où l'on opère (1), une incision fut commencée au-dessus de la partie supérieure du cartilage thyroïde, au milieu de l'espace compris entre le cartilage et le muscle sterno-mastoïdien. Cette incision fut prolongée en bas vers le sternum, parallèlement au muscle et dans une étendue de trois pouces et demi environ. On divisa ainsi la peau, le *fascia superficialis* et le peaucier ; le bord du sterno-mastoïdien fut alors recherché et disséqué, et en terminant son isolement vers la fourchette sternale, la veine jugulaire antérieure, vaisseau de taille médiocre, fut divisée. Cette section en somme d'importance presque nulle, donna naissance à deux bruits analogues à ceux qu'on produit par la succion, comme si deux bulles d'air s'étaient introduites dans le vaisseau. Le docteur Buckingham appliqua rapidement le doigt sur l'ouverture veineuse et à la suite de cet accident les mouvements cardiaques ne présentèrent absolument rien d'anormal. Bien que le vaisseau divisé ne donnât pas de sang, on le lia par précaution et ce fut la seule ligature nécessitée par l'opération.

La gaîne carotidienne fut découverte et isolée à l'aide de l'extrémité de la sonde cannelée, puis déviée en dehors avec le muscle sterno-mastoïdien. Le ventre supérieur de l'omo-hyoïdien fut mis à nu et dévié aussi en dehors, enfin on découvrit bientôt le bord du sterno-hyoïdien, la glande thyroïde et la partie latérale du cartilage cricoïde. Une dissection lente pratiquée, soit avec la sonde cannelée, soit avec le manche du bistouri, soit avec le doigt, permit d'arriver dans le tissu cellulaire placé en bas entre l'œsophage et la gaîne carotidienne qui étaient en contact et côte à côte à la partie inférieure de l'incision. Arrivé sur le côté de l'œsophage, le larynx et la trachée furent soulevés et déviés, et l'on chercha en vain avec le doigt à sentir le corps étranger. Le temps suivant de l'opération eut pour objet de faire saillir la paroi œsophagienne en la repoussant par sa face interne, de façon que cette paroi offrît une couche distincte au toucher. Dans ce but, on fit passer par la bouche, jusque dans l'œsophage, le tube d'une pompe stomacale ; mais ce tube ne fut introduit qu'avec une extrême difficulté, car il s'engageait dans le larynx et la trachée. La tuméfaction du voile du palais faisait dévier la sonde vers la glotte, et comme le patient était profondément éthérisé, l'épiglotte n'empêchait pas la pénétration dans le larynx, aussi le malade respirait-il régulièrement par le tube sans présenter de phénomènes de suffocation. Après plusieurs tentatives infructueuses faites par moi et par d'autres, le docteur Thaxter

(1) L'incision fut faite à droite, d'après la note que Cheever en donne dans son tableau.

réussit à attirer en avant l'ouverture de la glotte et à conduire sur son doigt la sonde jusque dans le pharynx et l'œsophage. Ce conduit fut franchi sans obstacle et la sonde fut introduite jusque vers le sternum.

Une exploration attentive, faite avec le doigt, permit alors de découvrir un corps étranger situé entre le tube stomacal et l'extrémité digitale. C'était, à droite, au niveau du cartilage cricoïde, à l'union du pharynx et de l'œsophage; on sentait là un corps aigu, peu volumineux, faisant saillir la paroi œsophagienne, du côté des vertèbres cervicales, c'est-à-dire en arrière.

La profondeur de la plaie, le suintement sanguin dont elle était le siége, ne permettaient pas de voir le corps étranger qu'on cherchait, et qu'on finit par enlever en se servant seulement du doigt.

La paroi œsophagienne, mise à nu, fut traversée par une sonde cannelée, puis par des pinces à pansement et, après avoir extrait plusieurs écailles osseuses aplaties, la plus grande portion de l'os fut extirpée. C'était une portion osseuse raboteuse, à bords pointus, aplatie, provenant de la nageoire d'un poisson ; sa longueur mesurait un demi-pouce et sa largeur un quart de pouce.

Ne découvrant aucune autre partie osseuse, la sonde œsophagienne fut enlevée. La plaie fut laissée entièrement ouverte, car on pensa qu'il serait extrêmement difficile d'enlever les quelques points de suture qu'on pouvait faire à l'œsophage, en supposant même leur réussite; d'ailleurs, laissée libre, la plaie permettait ainsi un facile écoulement du pus. La solution de continuité de l'œsophage étant une plaie contuse, elle ne donna pas de sang. Une injection sous-cutanée de un quart de morphine fut faite et l'opéré fut reporté dans son lit.

(M. Cheever entre ici dans des considérations sur le manuel opératoire, qui ne se rapportent que partiellement au cas que nous rapportons, et sur lesquelles nous avons insisté à propos de l'opération.)

Les détails de l'histoire ultérieure du malade sont dus au docteur J. B. Brewster (*house-surgeon*), aux soins dévoués duquel l'opération dut en partie son succès.

Le malade fut placé dans la chambre à vapeur (*steam-room*). Le soir, à onze heures, il dort, la respiration peu bruyante se fait trente fois par minute. Lavement de thé de bœuf.

Le 13, à quatre heures du matin, le malade est éveillé, la voix est enrouée, la déglutition serait plus douloureuse qu'avant l'opération. La plaie est pansée avec une compresse mouillée.

A huit heures du matin, le pouls est plein, à 120 ; la langue un peu sale; il y a un peu de pus dans la plaie, la soif est vive. La bouche est humectée avec un linge humide, les bras et les poignets de l'opéré sont lotionnés avec de l'eau froide, dans le but de combattre la soif. Diète absolue, silence, éviter tout effort de déglutition, laisser la salive s'écouler hors de la bouche.

La chambre du malade était constamment remplie de vapeur, pour combattre les phénomènes laryngiens et pour éviter en même temps toute transpiration cutanée. Lavement de thé de bœuf, trois fois par jour. Morphine p.r.n.

A six heures du soir, l'opéré peut avaler un peu plus facilement ; il se sent assez bien, dort depuis midi, le pouls est à 120. A huit heures, lavement de thé de bœuf ; à neuf heures, injection sous-cutanée de 3/16e gr. de morphine.

Le 14, le malade a bien dormi de deux heures à six heures du matin ; il

se sent mieux et pense qu'il pourrait avaler de l'eau sans douleur, mais on ne lui permet pas de le faire. Il se plaint de la faim : ℥ ii de thé de bœuf sont injectés dans le rectum, ce qui calme tout de suite la sensation de la faim. Injection sous-cutanée de 3/16e gr. de morphine.

A neuf heures du matin, le cou est moins tuméfié ; suppuration dans la plaie.

A deux heures de l'après-midi, expectoration purulente.

A six heures du soir, l'opéré va plus mal, on n'a pas administré de morphine depuis le matin, expectoration très-fatiguante ; pouls à 120 et dépressible. Morphine et lavements nutritifs.

Le 15, à deux heures du matin, le chirurgien de la maison fut appelé en toute hâte par la garde, parce que le malade respirait avec peine. Cette difficulté résultait de l'accumulation de mucus et de pus dans le pharynx ; cette collection muco-purulente fut délogée par la déglutition d'un peu d'eau.

A neuf heures du matin, le pouls est à 108 ; le malade avale sans beaucoup de peine un peu de lait et d'eau ; une partie de ces liquides sortit par la solution de continuité du cou. *On était alors au troisième jour après l'opération.*

Le 16, à neuf heures du matin, on a administré des lavements, la morphine ; la nuit a été bonne, peu d'expectoration. La plaie, qui a un bon aspect, suppure un peu. Chute de la ligature placée sur la jugulaire antérieure. Pouls à 112 et bon. Le malade prit un peu de crème et d'eau, dont la plus grande partie s'écoula par la plaie. Ne boire que de l'eau, continuer les lavements nutritifs.

Six heures du soir, ulcérations aphtheuses des lèvres et de la langue, gargarisme avec : borax et glycérine. La soif est continue, le malade boit un peu plus d'eau, dont une partie s'écoule au dehors. Parole plus claire.

Le 17, neuf heures du matin, nuit bonne, pouls à 88 et bon. Le facies de l'opéré est meilleur, sa voix plus forte ; les aphthes le gênent beaucoup. La plaie est nette et a un bon aspect.

Six heures du soir. La langue est très-malade, la plaie suppure un peu plus. La morphine, supprimée pendant le jour, dut être administrée la nuit.

Le 18, pouls à 96, déglutition plus facile, soif moindre, suppuration plus abondante, plusieurs eschares se sont éliminées par la plaie du cou.

Le 19, les aphthes vont mieux, apparition d'un léger exsudat diphthéritique sur les gencives. Le malade a dormi toute la nuit sans morphine. De larges eschares sont sorties de la plaie. Les deux tiers de l'eau avalée arrivent dans l'estomac.

Le 20, nuit bonne, sans morphine. Écoulement abondant et rougeâtre par la plaie. Pouls à 96, dépressible. Lavements nutritifs continués.

Une semaine après l'opération, le malade boit de la crème ℥ ij, et du thé de bœuf ℥ iij ; il ne s'échappe qu'une très-petite quantité de liquide par la solution œsophagienne. Sous l'influence des efforts de déglutition et de la pression avec les doigts, on fait sortir de la plaie une certaine quantité de pus noirâtre et quelques parties mortifiées. Le malade ressent une légère douleur après avoir avalé la nourriture. La vapeur fut supprimée, inhalations deux fois par jour d'une solution de chlorate de potasse pulvérisée (*atomized*). Lavements peu fréquents, boire du thé de bœuf. Cette après-midi, évacuation d'une selle normale.

Le 21, il prend trois fois par jour ℥ viij de lait, dont une petite portion s'écoule au dehors. La sécheresse douloureuse de la gorge est diminuée grâce au pulvérisateur.

Le 22, pouls à 72, bouche moins douloureuse, la suppuration de la plaie est louable. Pendant la nuit le malade boit trois grands verres de lait.

Le 23, déglutition de moins en moins douloureuse.

Le 24, la plaie du cou est couverte de granulations et commence à se cicatriser à ses deux extrémités. La morphine est suspendue depuis plus d'une semaine.

Le 25, il ne passe plus qu'une ou deux gouttes de lait par la solution de continuité de l'œsophage. Suppuration moindre.

Le 26, *deux semaines après l'opération*, le malade se lève une heure, rien ne passe plus par la plaie depuis ce matin.

Le 27, la déglutition n'est plus douloureuse.

Le 28, le malade prend journellement trois quarts de lait et quatre lavements de thé de bœuf.

Le 29, il se lève une heure, deux fois dans la journée.

Le 30, les granulations exubérantes de la plaie sont cautérisées.

Le 1er décembre, le malade est tourmenté par une sensation de chatouillement dans la gorge, ce qui provoque à chaque instant des mouvements de déglutition. La luette est allongée, le palais très-pâle; on touche la luette avec une solution de nitrate d'argent (grs xxx et eau ℥ j). Trois fois par jour prendre dans du lait du tartrate ferrico-potassique (grs x).

Le 2, la déglutition des liquides se fait sans qu'il en sorte à peine une goutte au dehors.

Le 4, *trois semaines après l'opération*, la fistule œsophagienne est tout à fait close. Le malade prend des forces et engraisse.

Le 6, roideur douloureuse dans le trapèze ; suspension des lavements nutritifs. Prendre du lait et du bouillon de poulet *ad libitum*.

Le 9, le malade se lève quatre heures, il se recouche à cause de sa douleur d'épaule qui paraît être de nature rhumatismale. Injection sous-cutanée de morphine.

Le 12, l'ouverture extérieure de la plaie est rétrécie, mais elle communique avec une cavité de 2 pouces de profondeur, d'où le pus doit être chassé. Injections détersives journalières.

Le 15, douleurs plus vives dans les épaules; sinapisme et morphine.

Le 19, sauf les douleurs rhumatismales, le malade est très-bien ; la fistule diminue. M. L... se lève toute la journée ; du riz est mélangé à son bouillon, il prend une bouillie épaisse de farine de gruau légèrement grillée. Se couvrir les épaules avec de la flanelle et du soufre (*sulphur*).

Le 21, les douleurs rhumatismales persistent. Urines alcalines. On ordonne : vin de colchique, 10 gouttes ; fl. magnesiæ, ℥ s.s. deux fois par jour. M. L... mange du beefsteak.

Le 31, l'opéré va aussi bien que possible au point de vue de son œsophage ; toutefois, il dut rester encore plusieurs semaines à l'hôpital, à cause de son rhumatisme.

Suites. Après être resté fermée plusieurs mois, la plaie œsophagienne se rouvrit et resta dans cet état quelques mois. Un morceau d'os carié (venant

probablement du corps d'une vertèbre cervicale) fut éliminé par cette plaie. Il existait aussi une légère courbure du rachis vers la septième cervicale. Enfin la fistule se ferma, et M. L... est aujourd'hui très-bien portant (huitième mois après l'opération). (*Cheever's on OEsophagotomy*, etc., p. 7-20, Boston, 1868, 2e édition.)

OBSERVATION XI.

Deuxième observation du docteur Cheever.

Le vendredi 16 novembre 1866, c'est-à-dire seulement 4 jours après l'opération précédente (obs. X), Daniel B., jeune homme d'une force ordinaire et d'une bonne santé, vint me consulter à la *Surgical Room* du *Boston Dispensary*. Il nous raconta, que le mercredi 14, pendant qu'il mangeait à la hâte du chou, il sentit un corps étranger s'arrêter dans l'isthme du gosier ; ce devait être, pensait-il, un fragment d'os, le chou avec lequel il dînait ayant été cuit avec de la viande. Le malade avait déjà fait de violents efforts pour expulser cet os, mais ils furent inutiles; les nuits étaient sans sommeil, la douleur et la difficulté de la déglutition étaient presque aussi intenses que dans l'observation précédente. Le pouls battait 120, la langue était sale. La sensation de la présence d'un corps étranger, la sensibilité, etc., étaient rapportées au niveau du cartilage cricoïde et *à gauche ;* du reste la possibilité de délimiter exactement la position du corps étranger était plus difficile que dans le cas qui précède. Le malade, qui paraissait vivement souffrir en essayant d'avaler, n'avait pris aucun aliment depuis l'accident. L'exploration de l'isthme du gosier ne révéla rien d'important.

Une sonde œsophagienne, munie d'une éponge, fut introduite avec précaution jusque derrière le sternum, sans qu'on puisse sentir aucune obstruction du conduit pharyngo-œsophagien. L'éponge ne ramena pas de sang, cependant la première expectoration qui suivit l'exploration fut légèrement teintée de sang. Comme dans l'observation précédente, le malade se sentit soulagé et put avaler un verre d'eau froide sans trop d'efforts. Un narcotique fut prescrit, et l'on conseilla l'usage du bouillon, si la déglutition n'était pas trop douloureuse ; enfin il dut laisser sa gorge tranquille et se représenter à la consultation le jour suivant.

Le lendemain matin, D. B., revint marchant la tête penchée et inclinée à gauche dans le but de relâcher les muscles de ce côté ; il était fort abattu et nous dit qu'il se sentait très-mal. La douleur, en avalant, était revenue la veille au soir ; le cathétérisme œsophagien avait été suivi d'un violent frisson ; le malade n'avait pris ni boisson, ni nourriture; l'isthme du pharynx était un peu gonflé, la luette pendante et flasque, la langue fortement chargée. Les amygdales n'étaient pas tuméfiées, les efforts de déglutition provoquaient de très-vives souffrances, aussi le mucus et la salive s'écoulaient-ils en bavant de la bouche du patient, celui-ci ne voulant pas essayer de les avaler.

Une ligne étendue des apophyses épineuses des vertèbres cervicales à l'angle saillant et médian du cartilage thyroïde, mesurait un demi-pouce de plus à gauche qu'à droite. Il y avait en ce point une plus grande sensibilité, mais cette sensibilité anormale était diffuse ; toutefois l'endroit le plus dou-

loureux était encore rapporté au voisinage du cartilage cricoïde. On supposa donc, qu'une pointe osseuse s'était implantée dans la paroi œsophagienne vers l'anneau cricoïdien; que vu la persistance des symptômes, le corps étranger devait y être encore logé; que d'ailleurs cet os devait avoir de petites dimensions, puisqu'il ne donnait lieu à aucune résistance lors du passage de la sonde munie de son éponge ; qu'enfin ce corps devait être fiché dans la paroi œsophagienne, puisqu'il ne s'était pas déplacé du côté de l'estomac lors du cathétérisme, et que l'expectoration qui suivit cette exploration avait été teintée de sang.

Il y avait maintenant trois jours que le corps étranger était fixé dans le conduit pharyngo-œsophagien, et pendant ce temps le malade n'avait pu ni manger, ni dormir. Le pouls était à 120, vite et irritable, le malade avouait des habitudes d'alcoolisme et jouissait d'une vigueur musculaire bien moindre que le sujet de notre première observation. Il fallait donc de toute nécessité prendre un parti pour apporter quelque soulagement à cet état, et cette nécessité n'était douteuse ni pour le malade, ni pour le chirurgien ; aussi D. B. consentit facilement à supporter une opération. Celle-ci fut faite à cinq heures du soir avec l'aide du docteur Thaxter en présence des docteurs Homans et Swan, attachés à l'hôpital major, des fonctionnaires de la maison et de quelques étudiants.

Opération. — L'incision fut faite du côté gauche; elle s'étendait sur une longueur de 3 pouces et demi, du niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde au sternum et dans l'espace compris entre le sterno-mastoïdien et le larynx. Sa direction était parallèle au bord interne du muscle sterno-mastoïdien. La peau et le fascia divisés, on découvrit le bord du muscle sterno-mastoïdien ; puis le ventre supérieur de l'omo-hyoïdien qui fut isolé, de cette façon les limites profondes du triangle carotidien supérieur étaient tout à fait mises à nu. L'omo-hyoïdien fut alors dévié du côté interne, c'est à-dire vers la ligne médiane du cou, contrairement à ce qui avait été fait dans l'opération précédente ; cette seconde manœuvre nous donna plus d'espace que dans le premier cas. La gaîne carotidienne, sentie distinctement, fut déviée en dehors, et bientôt au-dessous du bord des muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien, on vit faire hernie à la glande thyroïde développée anormalement. Les veines qui rampaient à sa surface étaient dilatées et la glande elle-même paraissait remplie et turgide. Grâce à une dissection attentive avec la sonde cannelée, le manche du scalpel et parfois avec sa pointe, la glande put être soulevée et renversée sur son isthme, sans léser les vaisseaux. L'artère thyroïdienne inférieure fut isolée du tissu cellulaire et conservée intacte.

On vit alors que la paroi de la gaîne carotidienne était directement en rapport avec la trachée ; ces deux organes furent séparés l'un de l'autre avec la sonde-cannelée, l'artère carotide fut déviée en dehors, la glande thyroïde et la trachée en dedans, à l'aide de rétracteurs mousses.

Il y avait si peu d'écoulement sanguin, qu'en projetant de la lumière dans cette plaie profonde, on apercevait très-facilement le fascia argenté et les tendons des muscles pré-vertébraux ; les deux parois profondes de la solution de continuité étaient formées en dedans par l'œsophage et en dehors par la gaîne carotidienne. Mais on ne put découvrir aucun corps étranger.

Après quelques tentatives infructueuses, comme cela était arrivé dans

l'observation précédente, la sonde stomacale fut passée dans l'œsophage par le docteur Thaxter, et l'on s'assura de sa position par la saillie qu'elle formait derrière la trachée et par l'odeur gastrique qui s'exhalait de son extrémité supérieure ouverte. Contrairement à nos espérances, on ne put encore trouver le corps étranger ; je me décidai en conséquence à ouvrir le conduit œsophagien et à explorer sa cavité. Une incision verticale fut faite sur la sonde œsophagienne, juste au niveau du cartilage cricoïde, intéressant la paroi œsophagienne vers sa partie postérieure. Cette plaie dilatée, la sonde fut enlevée et l'index fut introduit dans toute sa longueur dans l'œsophage. Dirigé d'abord en haut, je pus explorer la partie supérieure du larynx, l'épiglotte, le pharynx, sans rien trouver. Tournant alors mon doigt vers la partie inférieure du conduit œsophagien, je sentis, au-dessus du sternum, un corps mince, long et résistant, placé en travers de la paroi postérieure de l'œsophage. Les deux extrémités de ce corps étaient fixées dans le conduit œsophagien, et sa partie moyenne ne pouvait être soulevée. Conduisant une sonde sur mon doigt, je pus dégager et mettre en liberté une des extrémités du corps que j'attirai à l'extérieur, puis dégageant l'autre extrémité, je pus retirer ce que je croyais être un os, alors que j'avais affaire à une épingle commune en laiton, longue d'un pouce 1/4. Cette épingle était noircie et corrodée, placée diagonalement en travers de l'œsophage, sa tête était dirigée à droite juste derrière le manubrium du sternum. La tête et la pointe étaient engagées et fixées dans le tissu œsophagien.

Comme dans l'observation précédente, la plaie fut laissée ouverte ; enfin une autre injection sous-cutanée de morphine, un lavement nutritif furent administrés et l'opéré fut placé dans une chambre où pénétrait de la vapeur. Ces précautions prises dans le but d'entretenir une atmosphère chaude et humide, avaient pour objet de prévenir l'apparition d'une laryngite ou d'un spasme de la glotte. Ces complications étaient à craindre, d'abord comme une conséquence possible des manipulations et de la déviation qu'on avait fait subir au larynx et à la trachée ; puis à cause du trouble de l'action du nerf récurrent, trouble résultant non-seulement des tiraillements qu'il avait pu supporter pendant l'opération, mais aussi de la compression qu'il pouvait éprouver par suite de l'infiltration inflammatoire des tissus, lors de la suppuration de la plaie. D'ailleurs, dans chaque cas, nos craintes furent confirmées, mais les symptômes morbides ne se développèrent que dans une limite restreinte.

A neuf heures du soir, l'opéré se sent bien, il avale plus facilement qu'avant l'intervention chirurgicale. Pas d'hémorrhagie ; on répète l'injection de morphine.

Le 18 novembre, sommeil pendant la plus grande partie de la nuit, pouls à 112. Le malade se plaint d'un trouble dans la respiration, gargarismes aqueux, détergeant la gorge. Diète absolue, lavements de thé de bœuf, morphine, bains locaux comme dans l'observation précédente.

Huit heures du soir. Réaction vive, peau chaude, déglutition plus douloureuse, plaie en bon état.

Le 19, pouls à 96, voix plus claire, respiration facile, langue et lèvres chargées, expectoration très-abondante, sueurs profuses ; on ordonne la solution de chlorate de potasse pulvérisée.

20. Pouls à 84, le malade tousse un peu, la déglutition est moins douloureuse qu'hier. Suppuration établie.

Six heures du soir, c'est-à-dire *trois jours après l'opération*. Le malade se plaint de la faim, on lui permet de boire un demi-verre de lait. Une grande partie de ce liquide sort par la plaie, sans déterminer de douleur. La faim est apaisée.

Le 21, respiration facile, voix rauque ; le malade prend un grand verre de lait, dont un demi-quart s'écoule par la plaie ; celle-ci a un mauvais aspect. Prendre deux verres de lait par jour, ajouter une demi-once de rhum à chaque lavement, morphine, p. r. n.

Le 22. Pouls à 72, sommeil, les lavements sont bien gardés. Suppuration peu abondante de la plaie, qui est remplie d'une large eschare grisâtre et donne une mauvaise odeur. Le malade avale facilement, prend trois verres de lait et quatre lavements. Une grande partie de l'eschare s'était détachée dans la soirée.

Le 23. Pouls à 72, sommeil, déglutition facile, la plaie se déterge, toux légère. Le malade boit sept verres de lait et en perd un quart par la plaie, il se trouve très-bien.

Le 24, *une semaine après l'opération*, 84 pulsations, fortes ; la plaie est complétement dépouillée de ses eschares, pansement avec une faible solution de chlorure de soude.

Le 25. Il boit dix verres de lait et en perd un tiers par la plaie.

Le 26. La toux continue, sans cela tout va bien. Essayer la teinture d'hyosciamine avec le chlorate de potasse.

Le 27, la gorge va mieux, la toux est moins insupportable, la suppuration plus louable ; le malade boit trois quarts de lait par jour et en perd de moins en moins par la solution de continuité de l'œsophage.

Le 28, l'œil est vif, le malade se sent très-bien, le pouls est à 72. La déglutition est plus facile, la plaie est en bon état.

Le 1er décembre, *deux semaines après l'opération*. La plaie a un bon aspect, douleur légère en avalant, une petite quantité d'aliments s'échappe par l'ouverture de l'œsophage.

2. Le malade demande à suspendre les lavements nutritifs. Il prend du tartrate ferrico-potassique (grs x), trois fois par jour avec son lait.

4. Il craint de ne pas prendre assez de nourriture par la bouche ; se lève deux heures. Granulations de la plaie exubérantes.

5. Le malade demande à reprendre des lavements ; lorsqu'il boit la tête fléchie, une très-petite quantité de liquide s'écoule par la plaie, mais lorsque la tête est étendue, le liquide sort par jet.

8. La plaie se guérit vite, la suppuration très-légère. Le malade se lève quatre heures, il boit une grande quantité de lait.

11. Il reste levé toute la journée et avale sans douleur.

13. Pendant que le malade boit son lait, il ne s'en échappe qu'une ou deux gouttes par la plaie.

Le 15, *quatre semaines après l'opération*. Il ne passe plus rien par la plaie, le malade se lève tout le jour, lit, s'amuse, etc. Fer et lait continués. Dans ce cas, la plaie œsophagienne était plus large que dans le cas précédent, aussi elle se ferma en quatre semaines au lieu de trois. Toutefois, après la quatrième semaine, notre dernier malade s'était mieux et plus régulièrement rétabli que le premier.

17. Plaie cicatrisée, pansement avec un emplâtre adhésif. Le malade dîne avec de la soupe et avale sans douleur.

22. Daniel B. mange des aliments solides.

Le 29 décembre, il nous quitte très-bien portant.

Suites. — A la suite de la déglutition d'un gros morceau de bœuf, la plaie de l'œsophage se rouvrit, sept semaines environ après l'opération. Elle se ferma spontanément quinze jours après ; et aujourd'hui le malade se porte bien (8e mois après l'opération). (*Cheever's on œsophagotomy, etc.*, p. 20).

OBSERVATION XII.

Second cas de Pharyngotomie, par Edward Cock.

Les quelques particularités des commémoratifs de cette observation sont consignés dans l'extrait suivant d'une note que le chirurgien Turner, d'Aldershot, a bien voulu nous envoyer.

Camp Aldershot, 2 juillet 1867. — « J. Dowling, âgé de trente-trois ans, cuisinier du mess des officiers du 43e régiment d'infanterie légère, fut amené à l'hôpital du camp Aldershot, le dimanche 30 juin vers deux heures du matin. Cet homme portait habituellement une plaque d'argent à laquelle étaient fixées jadis six ou sept dents; bien que celles-ci fussent tombées, il continuait à garder cette plaque pour éviter toute déformation de la cavité buccale. La mâchoire n'offrait que deux ou trois petits chicots de dents, faisant à peine saillie au-dessus de la gencive ; et il était surprenant que cet homme pût conserver sa plaque étant au lit, un simple effort d'inspiration pouvant très-probablement la détacher. Ce malheureux accident lui arriva le matin en question, pendant qu'il dormait, et le réveilla en sursaut.

« Le docteur Grant, chirurgien-adjoint du régiment, et moi-même, nous cherchâmes à reconnaître la position du corps étranger (le malade assurait qu'il pouvait encore le sentir avec le doigt, pendant son trajet à l'hôpital) et nous tentâmes de l'extirper à l'aide d'une sonde œsophagienne terminée par un tenon en crochet (*loop-hook*). Nous n'obtînmes aucun résultat, mais nous reconnûmes la présence de la plaque un peu au-dessous du niveau du cartilage cricoïde.

« Le dimanche, on put un peu déplacer le corps étranger, à l'aide d'un instrument formé d'un tube externe jouant le rôle de cathéter et d'une tige centrale présentant à son extrémité inférieure des soies de cochon ; celles-ci formaient des sortes de crochets divergents, lorsqu'après l'introduction de l'appareil on retirait la tige centrale. L'exploration avec cet instrument, formant une sorte de parapluie, détermina une forte irritation ; aussi dut-on y renoncer dans la soirée. Bientôt on se procura de longues pinces courbes et on en fit usage le lundi 1er juillet. Après six tentatives faites avec beaucoup de douceur, le patient nous dit qu'il était très-mal, qu'il ne pouvait plus y tenir et réclama vivement une opération pour le débarrasser de sa plaque. J'essayai, avec plusieurs autres officiers de santé, de vaincre son opposition à toute autre exploration, car, grâce à l'emploi des pinces, le corps étranger

paraissait plus remonté que la veille. La plaque avait été accrochée deux ou trois fois avec les pinces ouvertes latéralement; il eût été préférable peut-être de les ouvrir dans le sens antéro-postérieur; mais l'ouverture latérale des mors résultait surtout de la façon dont on saisissait les branches de la pince, celles-ci étant prises de côté.

« Le mardi, 2 juillet, le malade ayant quitté la salle d'opération pour aller se coucher, j'appris bientôt qu'il était parti pour Londres; ce brusque départ m'empêcha de lui remettre une note, ainsi que j'avais l'intention de le faire. Et si j'écris ces lignes c'est que je pense qu'il serait malheureux que cette observation fût perdue.

A. F. Turner, *chirurgien au 43e léger.*

Le reste de l'observation est dû à M. George Eastes.

Mardi, 2 juillet, une heure et demie de l'après-midi. A son arrivée à Londres, le malade se rendit chez M. Cock, qui, après s'être informé de son accident, l'envoya à Guy's Hospital, où il fut aussitôt examiné. Extérieurement, une légère sensibilité à la pression et du côté gauche du cou derrière le cartilage thyroïde, pouvait seule faire penser que c'était l'endroit où la plaque s'était arrêtée. En explorant les parties latérales du pharynx et de l'œsophage, on ne pouvait sentir aucune résistance anormale.

Une paire de longues pinces recourbées fut alors introduite dans le pharynx et vint se heurter contre un corps dur, en produisant un son métallique. La respiration du malade n'était pas troublée, et il n'y avait d'autre symptôme qu'un malaise local, aggravé par l'extrême difficulté qu'éprouvait le malade à avaler; en effet, depuis le samedi, 29 juin, à trois heures de l'après-midi, c'est-à-dire soixante-dix heures et demie avant son admission à Guy's hospital, il n'avait pris aucune nourriture. Toutes les fois qu'il avait cherché à avaler des aliments, solides ou liquides, même de l'eau pure, il lui semblait que la gorge se contractait spasmodiquement, et malgré ses efforts tout était rejeté du pharynx dans la bouche.

M. Cock parvint à introduire dans l'œsophage une longue sonde flexible, qui passait sur le côté de la plaque; grâce à cette sonde, on pût faire prendre au malade quelques onces de lait.

L'opération n'étant pas urgente, le malade fut laissé tranquille le reste de la journée.

Le 3 juillet, une heure de l'après-midi. Même état que la veille, le cou est cependant un peu plus douloureux lorsque le malade veut le mouvoir. M. Cock se décide à faire la pharyngotomie.

Opération. — Le chloroforme administré, la face du malade fut un peu tournée à droite, de façon à mettre dans l'extension les parties situées au côté gauche du cou. M. Cock sectionne alors la peau, le peaucier, faisant une incision commençant immédiatement au-dessous de l'angle gauche de la mâchoire inférieure et s'étendant en bas jusque vers l'articulation sterno-claviculaire gauche. A ce moment, la face et le cou du patient se congestionnèrent, et les tissus divisés fournirent une assez notable quantité de sang, ce qui gêna quelque peu pour arriver aux parties profondes, toutefois il n'y eut pas un seul vaisseau volumineux d'intéressé. M. Cock incisa plus profondément au côté interne du sterno-mastoïdien, se servant du couteau avec beau-

coup de précaution et employant surtout l'aide d'un bistouri mousse, pour diviser le tissu cellulaire. Avec le doigt il sentit les battements de la carotide, déviée en dehors par les rétracteurs, dès que ses connexions internes eurent été divisées. Les corps des quatrième et cinquième vertèbres cervicales furent alors sentis au fond de la plaie; du côté interne était le conduit pharyngo-œsophagien, mis à nu au niveau du cartilage thyroïde, c'est-à-dire à la partie la plus inférieure du pharynx. Toutefois, le doigt ne put sentir aucun corps étranger à travers la paroi pharyngienne. Abaissant un peu le larynx et le portant à droite, M. Cock réussit à faire pénétrer la pointe de son bistouri à travers la paroi musculeuse du pharynx, au niveau de la corne inférieure du cartilage thyroïde. Il était important d'ouvrir le pharynx dans un point situé très en arrière, afin d'éviter la blessure des filets du nerf récurrent. Toutefois, cette première incision était insuffisante et l'on ne pouvait l'élargir que difficilement; c'est alors que M. Forster, aide de M. Cock, fit pénétrer dans la bouche et dans le pharynx une paire de pinces courbes, jusqu'à ce que les extrémités de l'instrument viennent faire saillie à travers l'ouverture déjà faite. Les mors de la pince étant légèrement ouverts, il fut facile d'élargir l'incision en la prolongeant verticalement par en bas, dans une étendue d'un pouce environ.

M. Cock fit pénétrer son index dans le pharynx, mais ne réussit pas à sentir la plaque; le tournant alors en sens inverse vers l'œsophage, il découvrit le corps étranger engagé à environ un demi-pouce de l'ouverture artificielle faite au conduit pharyngo-œsophagien. L'extrémité supérieure de la plaque était située au niveau du cartilage cricoïde, et son grand axe placé obliquement dans le pharynx. Une paire de pinces introduites, par la plaie, dans le conduit pharyngo-œsophagien, permit d'extraire facilement le corps étranger.

Aucun gros vaisseau n'avait été sectionné, un léger écoulement sanguin se produisit à la surface de la plaie congestionnée et deux ou trois petits vaisseaux furent liés pendant l'opération.

Quatre sutures superficielles furent faites dans la plaie, qui fut pansée avec du *lint* humide; et l'opéré fut reporté dans son lit.

(Suit la description détaillée de la plaque enlevée, plaque représentée dans le *Guy's Hospital Reports*.)

M. Cock fit la remarque que, dans ce cas, l'opération fut un peu plus difficile que dans la première observation qu'il a publiée, ce qui tenait à ce que le cou du malade était plus court et plus gras que celui de l'autre opéré; il n'y avait pas autant d'espace pour agir entre le pharynx et le sterno-mastoïdien, enfin les aponévroses et le tissu cellulaire étaient beaucoup plus résistants.

Cinq heures du soir. Débarrassé de l'influence du chloroforme, l'opéré était bien et n'avait pas vomi. Pas d'hémorrhagie par la plaie. Lavement de thé de bœuf.

Six heures. M. Cock introduisit une sonde dans l'œsophage et y versa une pinte de lait et une pinte de bouillon de bœuf. Il ordonna des lavements nutritifs, consistant en bouillon, 6 oz., eau-de-vie, 1, et œufs; ils devaient être administrés toutes les trois heures. L'injection alimentaire par la sonde œsophagienne devait être faite trois fois par jour.

Dix heures. Le malade est inquiet et se plaint d'une sensation d'irritation fort désagréable dans la gorge, ce qui le fait tousser.

M. R. Eager (*house-surgeon*) passe la sonde œsophagienne et introduit dans l'estomac une pinte de lait, une pinte de bouillon et deux onces d'eau-de-vie. On fait une injection sous-cutanée de morphine (gr. 1/3) pour combattre l'agitation et l'insomnie, car le malade, qui n'avait pas fermé l'œil, se plaignait vivement d'avoir besoin de repos.

Le 4, la nuit a été agitée, le malade étant fort tourmenté par une toux fatigante. A huit heures et demie du matin, on lui lui fit prendre un peu de lait, deux œufs, 2 onces d'eau-de-vie et une demi-pinte de bouillon. Cette administration fut renouvelée à midi et le soir. Les liquides ingérés ne régurgitaient ni par la bouche, ni par la plaie. Les lavements nutritifs avaient été régulièrement administrés depuis le jour de l'opération. L'injection hypodermique fut répétée le soir, avant le sommeil.

Le 5, la plaie, à peine enflammée, a bon aspect. Le malade a bien dorm après l'injection de l'hypnotique; le passage de la sonde produit quelque malaise, toutefois l'administration des matières alimentaires fut continuée comme précédemment. Il y avait, en général, une garderobe par jour, et les lavements nutritifs étaient bien conservés.

Le pouls et la respiration étaient normaux; pas de douleur au cou, nul trouble général. La seule cause de malaise était une toux brève, accompagnée d'une légère expectoration aérée; cette toux n'existait pas avant l'opération. Le soir, nouvelle injection sous-cutanée de morphine (gr. 1/3).

Le 6, l'introduction de la sonde œsophagienne donna lieu à de si vives douleurs qu'on dut en abandonner l'usage pendant quelque temps, et le malade ne fut nourri qu'avec des lavements.

Le 7, les sutures et les ligatures de la plaie furent enlevées; celle-ci était baignée d'un pus de bonne nature Le malade commença à avaler avec précaution et lentement un peu de lait, et n'en ressentit aucun trouble.

Le 9, les lavements furent cessés, le malade pouvant avaler des liquides. Si, par hasard, il prenait une trop forte gorgée de liquide, quelques gouttes s'échappaient par la plaie; mais lorsqu'il buvait en prenant son temps et par petites gorgées, rien ne sortait par l'ouverture pharyngienne. La plaie du cou guérissait, se comblant au centre et se cicatrisant à ses deux extrémités. Le malade se tenait assis à côté de son lit, pouvait se promener et se sentait très-peu affaibli par son accident.

Le 11, il commença à prendre des aliments solides, viande, pain, etc., toutefois il était obligé d'avaler en même temps des liquides « pour les faire passer, car il lui semblait que sa gorge était incapable d'avaler des substances solides. »

Le 15, la plaie était presque guérie, et avait l'aspect d'une blessure résultant d'une incision simple, c'est-à-dire ayant divisé seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Le malade mange des aliments solides, boit et dort bien; rien ne passe plus par la solution de continuité du cou. Une garderobe par jour. La toux et l'expectoration ont presque disparu; J. Dowling se promène toute la journée et se trouve tout à fait bien portant.

Le 18, il quitte l'hôpital, sa plaie presque cicatrisée. En somme, la guérison paraissait complète.

Dans une lettre ultérieure, le malade me rendit compte de quelques autres particularités intéressantes de son observation; voici cette note :

« Mess des officiers, etc. Camp Nord-Aldershot, 1er août 1867.

« Monsieur, suivant vos désirs, je vous prie de m'accorder la permission de vous informer de l'état de ma santé, depuis que j'ai quitté l'hôpital. J'ai toujours été bien portant, et je n'ai pas ressenti la moindre douleur du côté de ma plaie du cou. Je me suis toujours occupé de mon travail depuis mon arrivée, et je suis maintenant capable de manger de tout, viande, pain, etc. La plaie est entièrement guérie, sauf dans une étendue d'un demi-pouce, qui n'est pas encore recouverte de peau ; je n'y applique rien autre qu'un morceau de lin et un emplâtre.

» Ma voix revient aussi ; je puis même chanter, excepté dans les tons élevés : elle est à peu près la même que jadis, seulement un peu plus faible. Je parle aussi facilement qu'avant l'opération. J'ai tout à fait retrouvé mon embonpoint, et, somme toute, je suis plus vigoureux que je ne l'étais avant l'accident. D'après l'aspect de la plaie du cou, je crois qu'elle me laissera une cicatrice à peine visible.

» Monsieur, je suis étonné moi-même de ma rapide guérison, car il n'y a qu'un mois d'écoulé depuis l'accident, et j'ai pu reprendre mon travail depuis déjà neuf jours.

» *Votre serviteur reconnaissant,*

» John Dowling. »

Je vis encore J. Dowling en octobre ; il était en très-bonne santé, et m'assura avoir entièrement recouvré sa voix. (*Guy's Hospital Reports*, 3e série, vol. XIII, p. 1, 1868.)

OBSERVATION XIII.

Œsophagotomie, par A. Hitchcock.

Madame E. J. H., âgée de quarante-neuf ans, de Mason, N. H., avala une épingle ordinaire de laiton, le 5 janvier 1867 ; elle éprouva tout de suite une sensation d'étranglement, et supposa que le corps étranger était descendu dans l'estomac. Pendant trois jours, la malade put assez bien avaler ses aliments ; elle ressentait toujours une sorte de piqûre s'accompagnant de roideur et d'une légère douleur vers le côté gauche du cou, avec quelques irradiations dans l'épaule du même côté. Ces symptômes augmentèrent, la déglutition devint plus difficile ; aussi, effrayée, la malade fit-elle appeler le docteur Kidder de Townsend, le 12 janvier, c'est-à-dire sept jours après l'accident. Celui-ci fit quelques tentatives pour déloger et extraire le corps étranger, en se servant du doigt et d'une sonde munie d'une éponge, mais ces essais furent infructueux. Des frissons, de la fièvre, de la tuméfaction et de la douleur du côté gauche du cou, furent le résultat de ces efforts. Les liquides seuls pouvaient être déglutis et déterminaient toujours une sensation de piqûre et d'étranglement avec des douleurs aiguës s'irradiant vers l'épaule gauche.

L'état fébrile dura près de trois semaines, pendant lesquelles une tumeur apparut au côté gauche du cou. Cette tumeur, me disait-on, avait le volume

d'une noix, et, d'après les assertions de la famille, elle était située près de la partie supérieure du triangle carotidien. Le médecin traitant se préparait donc à l'ouvrir et à enlever l'épingle, lorsque, au bout de trois semaines d'attente, il se fit un écoulement abondant de matière sanieuse par la gorge, et les symptômes fébriles disparurent ainsi que la tumeur.

Il est regrettable que cette partie de l'observation soit fournie par la famille de la malade, cependant tous les membres de cette famille sont intelligents, et l'on doit croire leurs assertions, mais il y manque l'exactitude anatomique qu'un chirurgien seul pouvait donner.

Le docteur Kidder, qui le premier observa notre malade, partit en mars pour un pays éloigné, et l'on ne connaît pas sa résidence actuelle, aussi a-t-il été impossible d'en obtenir des renseignements par écrit.

Pendant le mois de mars, il s'écoula constamment du pus par la gorge, l'haleine était mauvaise, les sensations de piqûre et de douleur, rapportées en un point de l'œsophage situé au niveau du cartilage cricoïde, et s'irradiant vers l'épaule gauche, étaient devenues des symptômes persistants. — La malade essayait de temps en temps et réussissait quelquefois à avaler des aliments ramollis, mais ceux-ci provoquaient ordinairement des accès de suffocation, aussi madame H... désespérait-elle de jamais prendre des aliments solides. Parfois les liquides étaient régurgités, toutefois le plus ordinairement la nourriture composée d'aliments fluides pouvait être déglutie par petites quantités.

Vers le 3 avril, la malade fut confiée aux soins du docteur J. M. Blood d'Ashby, auquel je suis redevable du reste de l'observation, et dont les soins habiles et assidus ont certainement influé beaucoup sur l'issue favorable de l'opération. A cette époque (3 avril), la malade était très-émaciée, pâle et découragée; la difficulté de déglutir les liquides augmentait de jour en jour, et l'écoulement muco-purulent infect de la gorge continuait toujours. La malade assurait qu'elle « sentait la piqûre de l'épingle » à l'endroit de l'œsophage mentionné plus haut. Pendant un mois, on fit usage de lavements nutritifs; les toniques et les anodins furent administrés, et l'on fit espérer du soulagement à la patiente.

Le 21 avril, je vis madame H... avec le docteur Blood, et les 2 et 10 mai, le docteur Geo D. Colony se réunit à nous en consultation. Nous nous décidâmes à différer l'intervention chirurgicale, sauf toutefois le cathétérisme œsophagien, qui causait de grandes souffrances, et nous résolûmes d'essayer de soutenir la malade avec des toniques et des aliments liquides. Vers le 15 mai, madame H... était dans un état d'inanition très-alarmant; une grande consultation eut lieu, à laquelle assistèrent le docteur Blood, médecin traitant, puis les docteurs Miller, Colony, Rice et moi-même.

La malade, clouée dans son lit depuis plus de deux mois, était extrêmement faible, le pouls petit et filé; la déglutition d'une très-petite quantité de liquide était seule possible. La suppuration de la gorge était abondante et l'haleine très-fétide; enfin, l'état moral paraissait très-affaissé, car la malade prévoyait sa mort prochaine par inanition. Une sonde armée d'une éponge fut encore introduite dans l'œsophage, pénétra jusqu'au cardia, et fut ramenée souillée de mucus et de sang.

Le cathétérisme provoquait de vives douleurs et une violente irritation, bien qu'on l'eût fait avec beaucoup de précautions. Une grosse sonde œsopha-

gienne fut ensuite passée jusqu'à l'orifice cardiaque, et cette introduction fut suivie des mêmes accidents morbides. Vu la prostration extrême de la malade, vu la certitude de l'impossibilité de la guérir sans faire une exploration pour trouver l'épingle avalée, tous les médecins présents à la consultation conclurent en faveur de l'œsophagotomie.

L'*opération* fut faite le 15 mai 1867, à quatre heures de l'après-midi. La malade éthérisée fut exposée à la lumière vive et directe du soleil; une incision fut pratiquée au côté gauche du cou, sur une longueur de 3 pouces 1/2, et parallèlement au bord interne du sterno-mastoïdien, au milieu de l'espace compris entre le bord de ce muscle et le conduit laryngo-trachéal.

Le bord du sterno-mastoïdien fut aisément mis à découvert, l'opération étant très-facile vu l'absence presque complète du tissu cellulo-adipeux. Bientôt le ventre supérieur de l'omo-hyoïdien fut mis à nu et repoussé en dehors en même temps que le sterno-mastoïdien. La dissection, pratiquée surtout avec le manche du bistouri, fut continuée plus profondément dans le triangle carotidien : les muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien furent découverts et déviés du côté droit avec le conduit laryngo-trachéal, à l'aide d'un rétracteur confié à un aide. La glande thyroïde, très-peu volumineuse, n'attira nullement l'attention ; on eut très-peu de sang et il fut inutile de pratiquer une seule ligature, à aucun temps de l'opération. La gaîne carotidienne parut alors au fond de la plaie, elle était en contact avec la trachée; une sonde cannelée à extrémité mousse fut rapidement passée entre ces deux organes, vers la partie supérieure de l'incision, et après les avoir séparés à l'aide du manche du bistouri, les vaisseaux carotidiens furent reportés en dehors à l'aide d'un rétracteur, ce qui mit l'œsophage en évidence.

Une sonde fut alors introduite dans le conduit pharyngo-œsophagien, et en l'inclinant à droite elle fit saillir vers l'extérieur la portion dénudée de l'œsophage. Une incision longitudinale de 1 pouce un quart fut ensuite faite à ce conduit, en coupant directement sur la sonde œsophagienne. Après une recherche infructueuse du corps étranger avec des sondes, on retira le cathéter œsophagien et on introduisit l'index dans l'œsophage. Conduit d'abord en haut jusqu'à ce qu'il soit arrivé à la partie supérieure du larynx et promené dans toutes les directions, le doigt ne put sentir de corps étranger. L'index de la main gauche fut introduit en même temps au fond de la gorge, et rencontra derrière le larynx l'index droit introduit par la plaie ; toutes ces recherches simultanées furent inutiles. Enfin le doigt fut dirigé en sens inverse et introduit dans toute sa longueur dans la portion de l'œsophage située au-dessous de l'incision ; il arrivait ainsi jusqu'à environ 2 pouces et demi au-dessus de la fourchette sternale; or, *on ne rencontra aucun corps étranger.*

Les recherches furent abandonnées à regret et l'on cessa les inhalations anesthésiques. Deux points de suture furent appliqués sur la moitié supérieure de l'incision, tandis que la partie inférieure fut laissée ouverte. Une compresse légère imbibée d'eau fraîche compléta le pansement.

Le soir, à six heures, l'anesthésie a complétement disparu, le pouls très-faible est à 80, la malade est agitée. — Injection sous-cutanée de morphine, lavement de bouillon et de whiskey.

A dix heures du soir, pouls à 120, très-petit ; un peu de sommeil et plus de tranquillité. — A minuit, pouls à 140, extrémités froides ; application de

chaleur artificielle. — Bouillon, whiskey et morphine, répétés chaque deux heures de la nuit.

Le 16 mai, à cinq heures du matin, pouls à 130, peau chaude et moite, la malade a dormi deux heures cette nuit.

A neuf heures du matin, pouls à 120, chaleur et tranquillité. Traitement continué ; — à neuf heures du soir, pouls à 110, bien-être.

Le 17, pouls à 98, la malade a avalé un peu de lait, dont la moitié environ s'est écoulée par la plaie. Traitement continué.

Le 18, même état qu'hier, traitement continué.

Le 19, la suppuration de la plaie est abondante et odorante. — Emploi de la solution de chlorure de soude en pansement.

Le 20, la malade avale ℥ii de lait avec ℥i de whiskey, toutes les quatre heures et en perd à peu près la moitié par la plaie. La déglutition lui paraît moins douloureuse qu'avant l'opération.

Le 22, une masse du tissu cellulaire d'aspect filamenteux fut retirée de la plaie à l'aide des pinces. Le pus paraît plus louable et plus abondant.

Le 23, la malade prend du lait, du punch, des œufs (*egg-nogg*), et un quart des liquides avalés sort par la plaie.

Le 3 juin, madame X... boit d'un seul coup une pinte de liquide nutritif, e ne perd que la valeur de deux cuillerées à café de liquide par la plaie.

Le 4, rien ne passe plus au dehors.

Le 6, elle boit une tasse de café, et en perd environ deux cuillerées.

Le 12, la plaie est fermée, la déglutition facile.

Le 1er juillet, la cicatrice s'est enflammée depuis la semaine dernière, les tissus sont gonflés et la plaie se rouvre aujourd'hui pour laisser échapper du pus. Cet accident a causé quelque anxiété. Depuis cette époque et pendant une semaine, de petits morceaux d'éponge préparée furent introduits chaque jour dans la plaie, et les parois fistuleuses furent touchées de temps en temps avec le nitrate d'argent.

Le 10 juillet, la plaie est tout à fait fermée ; la malade, dont l'appétit est très-bon, prend des bouillons, du café, du coulis, des œufs, du lait, etc.; elle assure qu'elle se trouve bien mieux et qu'elle déglutit bien plus facilement que depuis l'époque de son accident.

A partir de ce moment, il ne survint aucune autre complication, l'alimentation fut augmentée graduellement par l'addition de gelées, de pudding, d'œufs, de pain. A ce régime et sous son influence, madame X... reprit bientôt ses forces et son embonpoint.

Le 11 janvier 1868, cette dame fut présentée à la Société médicale du North Worcester District, et son observation fut brièvement racontée par son médecin traitant, le docteur J. M. Blood d'Ashby. Madame H... jouissait d'une excellente santé, mangeait et avalait avec une grande facilité un régime composé d'aliments solides et variés ; enfin elle disait avec conviction que l'épingle n'était plus dans l'œsophage.

La cicatrisation définitive de la plaie arrêta tout à fait la sécrétion morbide de l'œsophage, sécrétion qui épuisait la malade et lui était si pénible. Aujourd'hui la déglutition est parfaitement normale, bien que de temps en temps la malade perçoive encore quelque vague douleur s'irradiant jusqu'à l'épaule gauche.

L'épingle s'est-elle soustraite à nos recherches en tombant dans l'estomac,

ou bien a-t-elle perforé la paroi œsophagienne et a-t-elle été se loger au milieu des muscles de l'épaule gauche, ne déterminant là que des symptômes peu appréciables? S'est-elle enfin fixée ailleurs? Ces questions ne peuvent être encore résolues. Toujours est-il que la malade se rétablit heureusement et de l'accident et de l'opération. Le 2 juillet 1868, madame X... est gaie, grasse et jouit d'une excellente santé (*The Boston med. and surg. Journal*, new series, vol. I, n° 24, p. 373. July 16, 1868).

OBSERVATION XIV.

Œsophagotomie, par le docteur Cheever. — 3e observation (rédigée par M. L. D. Gunter, *House-Surgeon*).

Madame M., âgée de soixante ans, raconte qu'en juillet dernier elle avait avalé environ une demi-douzaine d'épingles qui servaient à attacher ses vêtements et qu'elle avait mises dans sa bouche avant de s'endormir. En s'éveillant elle ressentit une piqûre et un chatouillement dans le fond de la gorge au niveau du cartilage cricoïde : cette sensation s'accompagnait d'un incessant besoin de déglutition.

Ces symptômes augmentèrent graduellement, et au bout de trois semaines ils devinrent si marqués, que la malade dut recourir à un médecin. Deux épingles furent extraites de sa gorge, mais sans procurer d'amélioration. Depuis lors, ses forces se sont perdues peu à peu, et aujourd'hui elle est dans l'impossibilité de travailler, souffre constamment, n'a plus de sommeil et se trouve dans un véritable état d'inanition. La malade entre à l'hôpital, désireuse de supporter une opération pour enlever le corps étranger, qui assurément, dit-elle, lui reste encore dans la gorge.

Les symptômes sont une douleur continuelle, avec sensation de brûlure, siégeant juste au-dessus du niveau du cartilage cricoïde, et un sentiment de constriction déterminant un incessant besoin d'avaler. La déglutition des substances liquides et solides et surtout de ces dernières, augmente ces phénomènes morbides, aussi a-t-elle été forcée de vivre, depuis plusieurs semaines, en suivant une diète composée exclusivement de liquides. Madame M. ressent encore des symptômes analogues, siégeant en un point qui répond juste en arrière de la fourchette du sternum, mais ces derniers ne sont ni constants, ni aussi accusés. Peu après l'apparition des symptômes dont elle se plaint actuellement, la malade fut prise de pyrosis, ce qui semblait exaspérer les douleurs siégeant derrière le sternum. La pression exercée sur les parties latérales du conduit pharyngo-œsophagien, au niveau du point douloureux supérieur, détermine une violente douleur, surtout quand on agit du côté gauche ; la pression exercée d'avant en arrière détermine quelques souffrances, mais celles-ci sont plus de moitié moins vives que les précédentes.

Une sonde munie d'une éponge fut introduite dans le conduit œsophagien, mais on ne rencontra ni rétrécissement, ni obstruction d'aucune sorte.

Il n'y a pas de traces d'inflammation récente ou ancienne du pharynx; rien d'anormal ne paraît à l'extérieur ; la malade n'a pas d'antécédents cancéreux,

elle n'est pas hystérique. Jusqu'à l'époque de l'apparition des phénomènes actuels, la malade a toujours joui d'une excellente santé, ses digestions, toujours bonnes, étaient encore conservées aujourd'hui ; la déglutition seule était atteinte et cette difficulté d'avaler s'était très-rapidement accrue depuis quelques semaines.

Madame M. s'était affaiblie de jour en jour, jusqu'au point d'être obligée d'abandonner ses occupations.

27 février. On essaye de faire avaler à la malade des aliments liquides d'abord, puis des aliments solides. Les premiers furent déglutis plus facilement et avec bien moins de peine que les derniers ; mais dans les deux cas, on put observer une hésitation et un retard instinctif dans l'acte de la déglutition. Il ne paraissait y avoir aucune lésion du larynx ou de la trachée, la respiration était normale, la voix aussi. La malade fut vue en consultation par le docteur Thorndike qui, d'accord avec le docteur Cheever, pensa que tous les symptômes qu'elle présentait résultaient de la présence d'un corps étranger dans l'œsophage et qu'il était indiqué de faire une opération pour l'extraire.

Le 28. Légère augmentation des phénomènes morbides, due probablement à l'examen précédent.

Opération. — La malade fut éthérisée et placée sur la table d'opération. On fit une incision à un demi-pouce environ du côté gauche de la trachée, parallèlement à ce conduit, longue de trois pouces, et passant d'un point situé vis-à-vis le milieu du cartilage thyroïde. Les tissus sous-cutanés et le fascia divisés avec le bistouri, le reste de la dissection fut fait à l'aide d'une sonde cannelée. Le sterno-mastoïdien fut dévié en dehors, les muscles sterno-hyoïdien et thyro-hyoïdien ainsi que l'omo-hyoïdien furent déviés en dedans, et l'œsophage fut atteint dans le triangle carotidien supérieur. Un cathéter élastique n° 12 fut introduit par la bouche dans le conduit œsophagien, et celui-ci fut ouvert longitudinalement sur le cathéter. L'incision fut faite assez largement pour admettre l'index, et une exploration attentive ne permit pas de découvrir le corps étranger. Pendant la dissection, on coupa l'artère thyroïdienne inférieure ainsi qu'une artériole superficielle ; en résumé la malade perdit très-peu de sang et l'opération ne dura que vingt minutes. La plaie de l'œsophage fut réunie avec six sutures de soie, et l'incision extérieure par quatre sutures.

Au début, lorsque la malade déglutissait, il était impossible de prévenir l'issue de petites bulles d'air par la plaie, mais peu après la réunion des bords de la solution de continuité, cette issue de gaz cessa tout à fait.

Au bout de deux heures, l'opérée était très-bien et complétement débarrassée de l'influence de l'éther, qui produisit quelques nausées ; on l'engagea à ne faire aucun mouvement de déglutition.

Lavements de bouillon toutes les quatre heures.

Quatre heures du soir. Douleur nulle au niveau de la plaie, mais la malade se plaint de souffrir, en avant entre les seins et en arrière entre les épaules. Pas d'hémorrhagie depuis l'opération. Respiration libre, pouls à 84 et bon.

Six heures. Aucune autre douleur que celles mentionnées plus haut, soif vive, glace dans la bouche. Pouls à 80, application de compresses humectées d'une solution étendue d'acide carbolique (phénique) ; trente-cinq gouttes de laudanum dans un lavement de bouillon.

Neuf heures. Douleur violente dans la poitrine. La malade a un peu dormi. Plaie en bon état.

Minuit. La douleur du thorax persiste, injection sous-cutanée d'un 1/4 gr. de morphine. Lavements de bouillon toutes les quatre heures, si la malade est éveillée.

Le 29, l'injection sous-cutanée a produit un bon sommeil. La malade est maintenant très-bien, cependant il y a une légère tuméfaction des bords de la plaie. Pas d'hémorrhagie, réaction franche, pouls à 80. On continue, *ut supra*, les lavements de bouillon et la glace.

Visite du matin. Bien-être toute la journée; sommeil fréquent, respiration libre, pouls excellent: la tuméfaction s'étend en bas jusque vers la clavicule, mais très-légèrement. La malade se plaint seulement d'une douleur siégeant en avant et en arrière de la poitrine.

Minuit. Cette douleur l'empêche de dormir. Injection sous-cutanée de morphine, 1/4 gr.

1er mars. Sommeil profond après l'injection sous-cutanée, la malade va maintenant bien. La plaie est en bon état, pas d'hémorrhagie. La tuméfaction n'a pas augmenté; pas d'apparence de suppuration, légère odeur de putréfaction; écoulement léger et sanieux, juste assez abondant pour salir la compresse appliquée sur la plaie.

Visite du matin. La journée a été très-bonne; la plaie offre un bon aspect, pas d'augmentation du gonflement. Écoulement purulent un peu plus abondant, offrant un peu plus d'odeur. État général bon. On continue les injections de bouillon pendant la nuit.

Le 2, les douleurs thoraciques devinrent si violentes après minuit, que la malade n'a pu dormir que fort peu; 1/4 gr. de sulfate de morphine en injection sous-cutanée. Elle se trouve maintenant assez bien et son moral est relevé. La tuméfaction du cou est un peu plus considérable et les bords de la plaie sont légèrement enflammés; cependant ils paraissent réunis par première intention. On enlève les sutures. La pression exercée sur la solution de continuité ne donne lieu à aucune difficulté dans l'acte de la respiration. Il s'échappe une petite quantité de pus de l'incision, dont les bords restent adhérents, excepté dans l'étendue d'un pouce environ vers sa partie supérieure où passaient les ligatures. On néglige les injections, et l'on permet à la malade de prendre du lait et de l'eau glacée *ad libitum*.

L'après-midi, la malade avale plusieurs gorgées de lait et à diverses reprises, et rien n'est sorti par la plaie extérieure. Il n'y passe plus d'air. M. M... dit qu'elle ne ressent plus rien de ses anciennes douleurs, et bien que sa gorge soit enflée, elle avale maintenant avec plus de facilité qu'avant l'opération.

Dix heures vingt minutes du soir. Hémorrhagie provenant de la partie supérieure de la plaie, la malade perd 3 ou 4 onces de sang avant l'arrivée du *house-surgeon*. Le sang ne coulait pas par jets, mais d'une façon continue; il fut facilement arrêté par une légère compression établie sur l'endroit d'où il sortait. La tuméfaction était augmentée au-dessus de l'incision, sans doute à cause du caillot formé.

Le docteur Cheever fut appelé, et après un examen attentif il résolut de ne pas toucher à la plaie, et dans le cas où le caillot n'augmenterait pas rapidement, il crut convenable de le laisser, de façon qu'il puisse servir en quelque

sorte de barrière pour empêcher les aliments de sortir du conduit œsophagien.

Le 3, la malade fut inquiète toute la nuit, plutôt par crainte que parce qu'elle souffrait. Le caillot n'a pas augmenté, plus d'hémorrhagie. État général excellent, pouls à 78 et bon. La plaie était ouverte et il s'en écoulait une petite quantité de matière purulente ; il y avait plutôt de l'amélioration depuis la nuit dernière. On ordonna du sherry et du lait, parties égales, et à des intervalles déterminés. Un peu d'air s'échappait de la plaie, lorsque la malade buvait, mais il ne s'écoula pas de lait.

Visite du matin. Elle prend son vin et son lait sans aucun trouble, rien ne semble s'écouler par la plaie extérieure.

Le 4, la dernière nuit fut très-bonne ; douleurs nulles sauf un léger malaise entre les épaules. La plaie a bon aspect, et suppure peu ; on y injecte une solution diluée d'acide phénique. Odeur très-désagréable. Pas de mauvais goût dans la bouche.

Visite du matin. Le lait sortit pour la première fois par la plaie cette après-midi ; eschare peu étendue, mais répandant une odeur très-désagréable. Pouls à 100 d'une force et d'une amplitude modérées.

Le 5, la malade s'asseoit sur son lit pour boire son lait et son vin. La plaie a meilleur aspect et se nettoie ; suppuration aussi abondante, mais moins fétide. Le lait s'échappe par la solution de continuité de l'œsophage.

Le 6, la malade continue à bien aller. La plaie se nettoie.

Le 7, suppuration un peu plus abondante, un demi-drachme de pus environ s'échappe par la pression des parties profondes de la plaie. La malade se plaint de la faim ; on lui ordonne du lait et du vin, de l'extrait de bœuf, et on l'engage à sucer du bifteck. Elle s'assied sur une chaise toute la journée. La malade pense que la moitié environ des aliments liquides qu'elle avale s'échappe par la plaie du cou.

Le 8, pas de douleurs, plaie allant parfaitement bien. On enlève toutes les ligatures et un large morceau de tissu cellulaire provenant des parties profondes de l'incision. L'injection passe parfois dans l'œsophage et est goûtée distinctement, bien qu'elle n'arrive pas dans la bouche (?) Pas d'hémorrhagie ; suppuration moindre, pas plus d'un demi-drachme par pansement. Plaie parfaitement saine, recouverte de granulations dans toutes ses parties visibles à l'extérieur. Les bords de la solution de continuité ne sont plus rouges et irrités. La malade paraît avaler avec plus de facilité qu'avant l'opération ; légère sensibilité et douleur de la région du cou située juste derrière la plaie. Fomentation de houblon. Régime : lait, vin et bifteck à sucer.

Le 9, on remédie à la gêne produite par l'écoulement du lait et du vin, à travers la plaie du cou, et à l'inanition qui en résultait, en pressant sur la solution de continuité à l'aide d'une compresse pliée. La malade avale souvent du lait et des œufs battus ensemble ; elle se sent mieux et plus forte. Plaie nette et recouverte de bourgeons charnus ; douleur nulle.

Le 10, elle se lève une grande partie de la journée et se promène dans la salle ; ses forces reviennent. Plaie nette et sans odeur. *C'est le douzième jour après l'opération.*

Le 12, plaie se guérissant rapidement.

Le 14, la plaie est presque cicatrisée dans un tiers de son étendue. Bouillon de poulet, œufs et lait, bifteck à sucer.

Le 16, va très-bien, bon appétit. La plaie se guérit vite.

Le 17, la plaie, réduite de moitié, ne suppure plus. La malade ne ressent plus aucun des premiers symptômes dont elle se plaignait à la gorge; elle avale du pain et du lait sans aucune difficulté. Une très-légère pression exercée de dehors en dedans, sur le muscle sterno-mastoïdien, empêche l'issue des liquides par la plaie.

Visite du matin. La plaie est cicatrisée, sauf un petit point du diamètre d'un cathéter n° 2. Lorsque la malade avale ses aliments par petites portions à la fois, rien ne s'échappe par la fistule; mais lorsque la quantité des matières alimentaires qui sont avalées augmente, il s'en échappe un peu par la plaie, mais cette quantité représente à peine le dixième de ce qui s'écoulait jadis. Les parties superficielles de la plaie ne sont encore qu'à moitié cicatrisées. La malade aide à faire le service de la salle.

Le 18, *dix-neuvième jour après l'opération*, le docteur Cheever constate la facilité avec laquelle la malade avale les aliments. Elle déglutit successivement de grandes et de petites gorgées, et pas une goutte de liquide ne paraît dans la plaie extérieure. Régime : pain et lait, auquel elle obtient bien vite d'ajouter de la viande.

Le 20, rien ne passe plus par la plaie, depuis le jour précédent. Légère difficulté en avalant surtout des liquides. La plaie est superficielle et offre une longueur de moins d'un pouce.

Le 22, guérison rapide de la solution de continuité, qui n'est plus qu'une ulcération superficielle.

Le 24, déglutition des liquides et des solides légèrement pénible.

Le 26, amélioration. Plaie presque guérie.

Le 28, la plaie n'est plus qu'une petite surface superficielle granuleuse. Le lait, le pain et le beurre, le bifteck, sont déglutis sans hésitation et sans la moindre difficulté ; la malade ne ressent plus rien des douleurs et de l'irritation qui l'avaient jadis tant tourmentée. Sa respiration est bonne, sa voix naturelle. Le lieu où l'on a pratiqué l'opération n'offre aucune tuméfaction et il n'en reste qu'une petite cicatrice. Elle part bien portante. On la prie de donner de ses nouvelles à l'hôpital, une fois par semaine, pendant quelque temps.

Suites. Après être restée fermée six semaines, la plaie de l'œsophage se rouvrit après un travail très-dur de blanchissage. La malade revint à l'hôpital et la fistule se ferma en quelques semaines. Maintenant (quatre mois après l'opération) elle est très-bien portante.

Septembre. Six mois depuis l'opération, la fistule s'est réouverte (*in Cheever's Cases of œsophagotomy*, p. 30).

OBSERVATION XV.

Œsophagotomie du docteur Donald Maclean de Liousville.

Le 18 février 1869, le docteur Goodman me fit appeler pour visiter E. M., petite fille de vingt-trois mois, qu'on supposait avoir un morceau d'os arrêté dans l'œsophage. Les commémoratifs qui suivent me furent donnés par mon collègue le docteur Goodman.

Vers le 10 février, M. R..., père de la petite malade, se rendit très-tard chez le docteur G... et lui raconta que, deux jours auparavant, l'enfant était à manger du hachis de mouton lorsqu'elle fut prise tout à coup d'un tel accès de suffocation « que sa figure en devint noire ». Vivement alarmée, la mère de l'enfant lui ouvrit la bouche de force et introduisit son doigt aussi loin que possible au fond de la gorge. Elle y toucha, quelque chose qui lui parut être un fragment osseux ; d'ailleurs elle avait déjà extrait antérieurement, un morceau d'os de la gorge du même enfant. Toutefois, dans ce cas elle ne put saisir le corps étranger, mais elle le sentit vaciller au delà de la portée de son doigt ; l'enfant toussa violemment pendant quelques minutes, elle cracha un peu de sang, puis parut complétement soulagée. Cependant, à partir de ce moment, la petite fille se refusa à avaler autre chose que des liquides, elle fut prise de fièvre, d'agitation, et ces symptômes augmentèrent jusqu'au moment où l'on vint consulter le docteur Goodman.

Un vomitif fut prescrit et administré et le 11 au matin, le docteur G... visita la malade et constata l'existence d'une bronchite généralisée, présentant son cortége habituel de symptômes généraux.

Il examina la gorge de la malade, avec autant de soin que possible, mais il ne put y trouver le moindre signe d'obstruction ; aussi pensa-t-il que la répugnance de l'enfant à prendre des aliments solides résultait du manque d'appétit et non de la perte de la possibilité de déglutir les aliments.

La bronchite céda peu à peu au traitement institué et, au bout de quelques jours, les soins médicaux ne parurent plus nécessaires.

Le 16, le docteur Goodman fut encore appelé auprès de la malade, constata les symptômes d'une roséole bien accusée et remarqua l'existence d'une tuméfaction diffuse du cou, siégeant aux environs du cartilage thyroïde, des deux côtés, mais appréciable plus particulièrement à gauche. La petite malade évitait avec soin tout mouvement du cou, surtout ceux de latéralité.

Il existait aussi une impossibilité d'avaler même les liquides, l'enfant souffrait évidemment d'une soif intense car elle essayait incessamment de boire. Des lavements nutritifs et stimulants furent prescrits, et amenèrent une notable amélioration.

Le 17, les symptômes précédents continuent, de plus la respiration s'embarrasse, et c'est le 18 au matin que je vis la malade avec le docteur Goodman.

La roséole avait disparu, mais d'ailleurs l'état de la malade n'était pas changé, la tuméfaction de la gorge était plus marquée et la respiration plus embarrassée que lors de la dernière visite du docteur Goodman, c'est-à-dire depuis la veille au soir.

Le pouls était trop vite et trop faible pour être compté, la peau chaude et sèche, la langue saburrale, la face livide et anxieuse, l'oppression très-accentuée. La respiration s'accompagnait d'un sifflement, qui faisait penser tout de suite à un œdème de la glotte, qui cependant n'existait pas. La tuméfaction de la région cervicale était très-difficile à délimiter vu sa profondeur et la compression exercée par le larynx et les muscles voisins ; de plus l'enfant, très-petite pour son âge, avait le cou excessivement court, gros et gras.

En ce moment, et même après avoir fait plusieurs explorations successives dans le courant de la journée, il fut impossible de déterminer d'une façon positive s'il y avait là du pus, et aucun symptôme précis ne put renseigner sur la texture de cette tumeur.

En questionnant la mère, lors de ma première visite, celle-ci nous apprit qu'en s'efforçant d'avaler une des potions prescrites contre la bronchite par le docteur Goodman, l'enfant avait « craché une petite esquille de bois ». Des applications calmantes et chaudes furent faites sur la tumeur et les inhalations à l'aide du pulvérisateur furent employées dans le but de soulager au moins temporairement la malade.

Cependant, vers le soir, on m'envoya chercher en toute hâte et l'on me dit que la petite malade allait mourir asphyxiée. Il ne restait évidemment plus qu'une seule ressource ; c'était l'opération, et il n'y avait pas de temps à perdre. Je proposai donc d'inciser la tumeur, en partie dans l'espoir de découvrir et d'extraire un corps étranger, mais pensant surtout qu'il fallait donner une issue au pus situé profondément et qu'il en résulterait une amélioration immédiate pour la fonction respiratoire.

Le docteur Henry Miller ainsi que les docteurs Satterwith et Goodman acceptèrent cette proposition, qui fut mise aussitôt à exécution ; j'avoue, du reste, que plus que d'ordinaire, je sentis ma responsabilité fortement engagée.

L'âge et l'épuisement de la malade ; les commémoratifs incomplets ; le caractère indéterminé de la tumeur ; la difficulté de délimiter les régions anatomiques par suite de la tuméfaction des tissus ; la proximité d'organes importants, dont la lésion pouvait être funeste, inévitable et instantanément mortelle ; toutes ces circonstances fâcheuses se combinaient en quelque sorte pour rendre l'opération extrêmement difficile et fort dangereuse.

Opération. — Le chloroforme, administré avec les plus grandes précautions par le docteur Goodman, je fis une incision du côté gauche du cou, suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et s'étendant du niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde jusqu'au bord inférieur du cricoïde. Je coupai successivement la peau, le peaucier et l'aponévrose ; le muscle omo-hyoïdien fut repoussé en haut ; les fibres des muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien furent divisés.

Avec l'index de ma main gauche, je repoussai autant que possible l'artère carotide en dehors, et sur l'extrémité du même doigt je conduisis le bistouri en bas, en dedans et en arrière du côté de la paroi saillante de l'œsophage, espérant, en y appliquant le tranchant du bistouri, démontrer l'existence du pus ; cette espérance ne fut pas déçue.

Au moment où l'ouverture fut faite, il se produisit une sorte d'éructation de gaz et un écoulement plus abondant de sang par la plaie ; un instant après les personnes présentes furent péniblement affectées par la perception d'une odeur pénétrante, et la solution de continuité donna issue à environ deux cuillerées à bouche d'un pus noir, grumeleux et fétide. J'introduisis alors le doigt dans la plaie et de là dans l'œsophage, mais je ne pus sentir aucun corps étranger ; persuadé d'ailleurs que nous avions atteint le but principal de l'opération et que s'il y avait un corps étranger on trouverait l'occasion de le rechercher plus tard, nous nous abstînmes volontiers de toute autre exploration. L'anesthésie fut donc arrêtée, et il fut inutile de pratiquer la moindre ligature.

Le résultat fut tel que nous l'avions espéré, la respiration devint presque naturelle, le sifflement (produit sans doute par la compression de la trachée)

cessa tout à fait, et lorsque l'enfant fut revenue à elle, on vit que la déglutition était tout à faite rétablie.

La petite opérée put ingérer une notable quantité de lait, bien qu'à chaque déglutition une petite portion du liquide s'écoulât par la plaie du cou.

Le 19 au matin, le sommeil a été très-bon, la plaie suppure beaucoup, la déglutition des liquides est facile, mais la malade refuse les aliments solides ; elle ne peut que chuchoter ; il y a encore de la bronchite presque généralisée des deux côtés ; le pouls est très-vite, mais plus fort qu'hier.

Bouillon, potion expectorante, cataplasmes sur le cou, sinapismes sur la poitrine.

Le soir, la respiration est beaucoup plus embarrassée, la fièvre violente, l'aspect du visage livide, le pouls très-petit et très-vite, la suppuration de la plaie presque tout à fait tarie.

En explorant la plaie avec une sonde, on constata qu'elle était fermée par une sorte de valvule due probablement à la contraction des parties musculaires voisines ; l'introduction de la sonde fut suivie de l'écoulement d'un pus louable, et tous les symptômes alarmants s'amendèrent immédiatement. Une compresse de *lint* fut placée entre les lèvres de la solution de continuité, afin d'éviter le retour de cet accident, et l'on eut soin de la remplacer à chaque pansement, au moins pendant les quelques jours qui suivirent.

Depuis ce moment tout alla pour le mieux, la suppuration s'écoula franchement pendant quelques jours, puis diminua peu à peu à mesure que la profondeur de la plaie devenait moindre. Souvent on explora la solution de continuité pour y découvrir le corps étranger, mais ce fut toujours sans résultats. La bronchite diminua lentement, la voix revint et, aujourd'hui, en mars, l'enfant est très-bien (*The Richmond and Louisville, med. Journal*, vol. VII, p. 545, n° 5, may 1869).

II

OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LES RÉTRÉCISSEMENTS

OBSERVATION PREMIÈRE.

Œsophagotomie de John Watson, de New-York.

M. John Ames d'Easton (Massachusetts), âgé de vingt-quatre ans, grand et maigre, avait joui jusqu'alors d'une assez bonne santé, lorsqu'il fut pris de toux, dans la seconde quinzaine du mois d'octobre 1843. Ce rhume, qui dura une ou deux semaines, lui laissa une certaine difficulté dans la déglutition (1er novembre). Ayant toujours eu ce qu'il appelait le « gosier étroit », et étant sujet à de fréquents accès de suffocation, le malade n'attacha pas tout d'abord grande importance à cette difficulté d'avaler ; mais bientôt celle-ci devint plus marquée, l'obligea souvent à quitter la table pendant les repas, enfin le força à manger seul et avec les plus grandes précautions. Pendant le mois de novembre, M. A. consulta un chirurgien de Boston, qui conseilla le cathétérisme répété de l'œsophage, l'application d'un vésicatoire à la gorge et une onction journalière de pommade d'iodure de potassium sur la région du cou. Le traitement, suivi pendant quelques semaines, n'amena aucune amélioration. Vers le 1er janvier 1844, la difficulté de la déglutition était tellement augmentée, que le malade avait dû abandonner l'usage des aliments solides et ne se nourrissait que de substances molles et liquides. Il vint à New-York vers le milieu du mois de janvier, et le premier chirurgien qu'il consulta crut être parvenu à passer un cathéter uréthral jusqu'au delà du rétrécissement.

Le malade s'adressa à moi le 19 janvier. A cette époque, il était entièrement impossible de faire pénétrer une bougie œsophagienne au delà du rétrécissement. Un cathéter de gomme élastique, introduit par la bouche, rencontrait le point rétréci à une distance de sept pouces des incisives de la mâchoire supérieure. Le malade se nourrissait exclusivement de substances liquides, il était très-notablement amaigri, et un flux abondant de salive et de mucus s'écoulait fréquemment de sa bouche ; ce flux tenait probablement à l'obstacle que ces matières rencontraient dans l'œsophage. Les lobes du corps thyroïde offraient une largeur anormale, et une ou deux tumeurs ganglionnaires existaient de chaque côté de la gorge, juste sous les branches de la

mâchoire inférieure. Le pharynx n'offrait aucune trace d'inflammation, les amygdales avaient leur volume normal. En déprimant la base de la langue, on voyait parfaitement l'épiglotte, et toutes les parties situées au delà de l'isthme du gosier, appréciables à la vue et au toucher, étaient parfaitement saines, Avant l'apparition de ces divers symptômes, M. J. A. n'avait jamais été gravement malade; il appartenait à une nombreuse famille, chez laquelle personne n'avait jamais eu d'affections sérieuses, cependant notre malade avait toujours été un peu délicat. Pendant longtemps, sa mère l'avait cru scrofuleux et il avait eu jadis une ulcération rebelle au menton, qui pouvait justifier cette opinion.

Dès ma première visite, je mis M. A. à l'usage de l'iodure de potassium (grs. v en solution, trois fois par jour). J'ordonnai d'appliquer un vésicatoire de chaque côté du cou, et comme il ne pouvait avaler que des liquides, je lui conseillai la diète lactée.

Les vésicatoires furent entretenus pendant dix jours, et pendant ce temps, je fis de fréquents essais pour passer une bougie œsophagienne au delà du rétrécissement, soit en l'introduisant par les narines, soit en me servant d'un tube plus large que j'introduisais jusqu'au rétrécissement et dans lequel j'insinuais ma bougie; mais tous ces essais ne réussirent pas.

Parfois l'instrument paraissait s'engager et dépasser le point rétréci; mais en le retirant, je ne tardais pas à m'apercevoir que cette apparence de succès résultait de l'inflexion de l'extrémité de la bougie élastique. Le 27 janvier, ne réussissant ni avec les simples bougies, ni avec les sondes, j'introduisis une bougie armée dans l'intérieur d'un cathéter creux et je la portai jusqu'au rétrécissement; je plaçai ainsi un morceau de nitrate d'argent de la dimension d'une tête d'épingle sur le rétrécissement même. Cette manœuvre ne fit que produire des douleurs, sans donner aucun bon résultat, et l'application de caustique répétée le jour suivant, parut plutôt augmenter que diminuer les difficultés à surmonter.

Prévoyant la nécessité d'une opération pour arriver dans l'œsophage au-dessous du rétrécissement, je demandai une consultation, et le malade fut examiné par le docteur Stevens, puis par les docteurs Rodgers, Hoffman et Post. Tous furent convaincus de la nécessité de l'intervention chirurgicale, le rétrécissement étant si étroit que le malade ne pouvait assurer s'il pénétrait jusque dans son estomac, quelques parties des aliments liquides qu'il prenait.

Le 2 février, désirant retarder l'opération jusqu'à l'arrivée d'amis et de parents, on fut obligé de recourir aux lavements nutritifs; pendant dix jours, ceux-ci furent administrés régulièrement à l'aide d'un long tube de gomme élastique pénétrant dans le côlon. Ces injections consistaient en bouillon de bœuf; en bouillon mélangé avec de la bouillie, de la fécule, de l'arrow-root, des œufs cuits, etc. Ce traitement eut de bons résultats, les forces du malade revinrent un peu et sa faim fut apaisée; le pouls devint plus fort, la circulation capillaire plus active; mais à la fin ces lavements excitèrent des coliques et de la diarrhée, surtout lorsque les matières injectées étaient trop fortement salées.

Opération. — Le 12 février, en ouvrant l'œsophage, je vis que le point rétréci était juste au-dessous de l'incision et pouvait être atteint par l'extrémité du doigt. Pour l'inciser sans risque de léser l'artère thyroïdienne ascen-

dante, je fus obligé de procéder de dehors en dedans, et afin d'avoir plus de place, je divisai transversalement le sterno-mastoïdien et j'abaissai le bord supérieur de la glande thyroïde. Le nerf récurrent fut alors mis à découvert et l'une des branches de la thyroïdienne supérieure fut divisée au moment où elle pénétrait dans la glande : ce fut la seule hémorrhagie un peu notable qui survint pendant l'opération. Le vaisseau lésé fut bientôt lié, et après beaucoup de temps et de difficultés, la division de la partie rétrécie du conduit œsophagien fut enfin effectuée à l'aide d'une incision d'au moins un pouce et demi de longueur.

Le rétrécissement, autant que je pus alors en juger, paraissait résulter d'une simple induration avec contraction des tissus dans une étendue de cinq à six lignes au plus. La face interne de l'œsophage paraissait lisse et offrait sa coloration habituelle. Une sonde œsophagienne du plus gros calibre fut introduite par la plaie et permit de faire arriver dans l'estomac un verre de vin, puis un potage d'arrow-root.

Le lendemain, le malade n'avait pas de fièvre, le pouls était moins fréquent que le matin qui précéda l'opération. La présence de la sonde, ou la tuméfaction résultant de l'intervention chirurgicale, produisait une légère altération de la voix. Pas de dyspnée. La salive s'écoulait librement par la plaie œsophagienne. La sonde fut laissée à demeure jusqu'à la fin du sixième jour, elle fut enlevée à ce moment, et un autre cathéter fut introduit par la narine gauche. La plaie du cou fut alors réunie par des bandelettes agglutinatives, pour en favoriser la cicatrisation.

La seconde sonde, d'environ un pouce un huitième de circonférence, produisit tout d'abord quelques légers accidents, tels que de la rougeur de l'œil gauche et des épistaxis ; mais ces symptômes désagréables n'eurent que peu de durée, après quoi l'état du malade s'améliora très-rapidement.

Cette sonde fut conservée vingt-cinq jours, au bout desquels elle devint pour ainsi dire nuisible, en produisant une saveur fort désagréable dans la bouche. Elle fut donc retirée le 15 mars, et une autre sonde de même diamètre la remplaça tout de suite.

La plaie du cou n'était plus alors que linéaire, et l'ouverture fistuleuse allant jusqu'à l'œsophage laissait à peine pénétrer un stylet. Le ci-devant malade se promenait autour de sa maison, et, excepté deux indigestions, résultant d'une surcharge stomacale, il ne ressentait plus aucun symptôme inquiétant. Toutefois, il était toujours maigre et faible, et son pouls battait 100 fois par minute.

Plus tard, il fut pris de dyspnée ; on dut retirer la sonde, et quand on voulut la replacer, il survint de tels phénomènes de suffocation qu'on dut y renoncer.

7 avril. — La respiration est très-difficile, le pouls bat 88, la tumeur située à droite du cou a persisté et les téguments qui la recouvrent sont ulcérés, par suite de l'action de l'iode. Il y a un peu d'inflammation autour de la gorge, que l'on combat par l'usage de la glace dans la bouche ; en fondant, celle-ci pénétrait dans l'œsophage sans troubler le malade. Bien qu'il ne se plaignît pas de la faim, le malade perdait ses forces par suite du manque d'alimentation ; on fit donc une autre tentative pour placer la sonde œsophagienne, mais celle-ci, qui passait facilement derrière le larynx, était arrêtée un peu plus bas. Je fus donc obligé de désunir à l'aide d'une sonde les bords

de la récente cicatrice du cou, vers le centre de la section primitive, et d'y passer un très-petit cathéter de gomme élastique, en le dirigeant obliquement en bas, jusque dans l'œsophage.

Grâce à l'introduction de ce petit tube, je pus injecter avec ma bouche une pinte d'arrow-root préparé et une petite quantité de vin, jusque dans l'estomac de mon malade. La sonde fut alors retirée, et sans beaucoup d'efforts je pus immédiatement la remplacer par un cathéter de gomme élastique d'un diamètre un peu plus petit que celui des larges tubes qu'on y avait introduit jadis. Les forces du malade se rétablirent d'une façon miraculeuse; il put se lever, s'habiller lui-même et descendre les escaliers. Je le trouvai le soir au coin de son feu et fumant sa pipe; son pouls était à 100. Depuis, il me fut toujours facile d'alimenter convenablement mon malade, une ou deux fois je rencontrai un léger obstacle à l'introduction du cathéter, ce qui résultait peut-être de la position anormale du cou; mais dans tous les cas cette petite difficulté était facilement surmontée par une manœuvre bien réglée et faite avec soin. La sonde ne fut jamais laissée dans la plaie, on l'enlevait immédiatement après chaque repas, et le malade ou quelqu'un de ses amis l'introduisait de nouveau toutes les fois qu'on voulait remplir l'estomac.

Le 10 avril, M. J. A... est si bien rétabli qu'il peut sortir; le lendemain il alla à cheval jusqu'à Bloomingdale, distant de plusieurs milles, et conversa beaucoup avec son frère qui l'accompagnait. Cette sortie, évidemment imprudente, fit renaitre une certaine difficulté dans la respiration; et le 12 avril, la respiration du malade était plus laborieuse qu'habituellement, et il se plaignait de douleurs dans le côté droit du cou au niveau du larynx. Les tissus étaient gonflés, et l'on y appliqua un large vésicatoire; celui-ci prit bien, sans toutefois soulager le malade; dans l'après-midi la suffocation était imminente, les lèvres violacées, la figure anxieuse et baignée d'une sueur visqueuse. Je prescrivis des fumigations de résine brûlée et je laissai M. A., pour préparer tout ce qu'il fallait pour ouvrir la trachée. Quelque temps après je revis le malade avec le docteur Buck, l'inhalation de la fumée de résine brûlée paraissait avoir produit un effet favorable; la coloration des lèvres était redevenue normale, et quoique la respiration fût encore bruyante et pénible, la vie du malade était évidemment moins menacée d'une façon immédiate; 50 gouttes de laudanum furent administrées et je fis recouvrir la surface du vésicatoire d'onguent mercuriel.

Le 8 mai, la respiration devenant très-embarrassée et l'introduction de la sonde stomacale augmentant la dyspnée, on fit la trachéotomie. L'opération ne fut suivie que d'un mieux temporaire, la respiration redevint difficile, une diarrhée colliquative apparut, et le malade mourut le 14 mai.

Autopsie. — Le corps fut examiné huit heures après la mort. Les viscères abdominaux étaient sains; les cavités droites du cœur renfermaient une masse fibrineuse concrétée. Les poumons étaient plus volumineux que normalement et n'offraient aucune trace de tubercules; le lobe supérieur du poumon droit était sain, une petite portion de la partie inférieure et postérieure du lobe moyen était à l'état d'hépatisation rouge. Les canaux bronchiques se distribuant à ce lobe offraient une coloration d'un rouge intense, et leur surface muqueuse ressemblait grossièrement au tissu musculaire. Peu de mucus dans ces canaux; les dernières ramifications bronchiques du lobe inférieur renfermaient quelque peu de pus.

Le lobe supérieur du poumon gauche était sain, excepté à son bord postérieur, légèrement induré. Le lobe inférieur était hépatisé et les ramifications bronchiques de ce lobe contenaient quelques masses libres de matière purulente. La plèvre gauche était recouverte d'une récente exsudation de lymphe coagulable. Des deux côtés il n'y avait nulle adhérence des poumons aux parois thoraciques.

La cavité pharyngienne et la partie supérieure de l'œsophage, depuis la base des cartilages aryténoïdes jusqu'à environ 4 pouces au-dessous, étaient ulcérées dans une grande étendue. Toute la surface de l'ulcération était irrégulière et offrait une coloration verdâtre, les bords supérieurs et inférieurs étaient déchirés et irréguliers. Cet ulcère était presque entouré par une série de dépôts tuberculeux d'une couleur pâle, d'un blanc jaunâtre, un peu isolés les uns des autres, et d'un volume variant depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une muscade. Le siége primitif de ces dépôts était évidemment le tissu cellulaire sous-muqueux ; quelques-uns d'entre eux étaient ouverts à leur centre, si bien qu'on pouvait y introduire une sonde et la faire pénétrer jusque dans les tissus sous-jacents. La membrane muqueuse manquait dans la plus grande partie de l'ulcère, ou bien on n'en trouvait que quelques traces ; en certains points elle formait des brides et était décollée. La paroi placée entre le pharynx et la trachée avait souffert plus que toutes les autres. Du côté de l'œsophage, elle paraissait perforée en trois ou quatre endroits, mais, en l'examinant par la trachée, on voyait qu'il n'y avait que deux perforations de complètes. Toutes deux formaient des sortes de fentes longitudinales irrégulières de plus d'un quart de pouce de longueur ; l'une d'elles était juste sous le bord inférieur du cartilage cricoïde, l'autre était placée presque à deux pouces plus bas.

Les cartilages aryténoïdes, comprimés irrégulièrement l'un contre l'autre, rétrécissaient l'orifice supérieur du larynx. La glotte elle-même était resserrée et irrégulière, non pas tant par de l'œdème, que par un état de contraction et par le renversement en avant de toute la partie supérieure et postérieure du larynx. La muqueuse trachéale située au niveau des perforations et autour des bords de l'ouverture faite pour la trachéotomie, offrait une couleur d'un noir verdâtre. La partie inférieure de la trachée était aussi enflammée jusqu'aux tubes bronchiques, mais bien moins que la partie supérieure du même conduit. Au-dessous de l'ulcère, et par conséquent dans tout le reste de son étendue, l'œsophage était parfaitement sain.

L'ouverture artificielle qui avait été faite pour alimenter le malade était située à peu près au milieu des limites supérieure et inférieure de la portion ulcérée. La muqueuse placée au voisinage immédiat de cette ouverture n'était pas plus malade que dans les autres points de l'ulcération ; l'orifice intra-œsophagien pouvait admettre une sonde d'un demi-pouce de diamètre.

A environ un pouce au-dessous et du même côté, était une autre ouverture conduisant dans une poche limitée par la partie interne et postérieure du muscle sterno-mastoïdien, et qui offrait une ulcération verdâtre identique avec celle de la portion ulcérée de l'œsophage. Une autre poche communiquant avec le conduit œsophagien existait à droite entre la muqueuse et le constricteur du pharynx. Sa surface interne était d'un rouge vif et ce diverticule semblait produit par une suffusion séreuse et fibrineuse sans suppuration.

En disséquant, avant de découvrir l'œsophage, on trouva au côté droit du

cou, un ganglion lymphatique hypertrophié et du volume d'une noix muscade. Il était situé en avant du sterno-mastoïdien et près de la partie supérieure et postérieure du larynx. Ce ganglion offrait tous les caractères de la tumeur qu'on avait dû enlever du côté opposé du cou, pendant la première opération (d'œsophagotomie).

Les tissus situés sur les parties latérales du cou au voisinage du larynx et de la portion malade de l'œsophage étaient tous un peu indurés par suite de l'inflammation. Contrairement à mon attente, le muscle sterno-mastoïdien gauche, divisé transversalement, était si bien cicatrisé qu'il était presque impossible d'y découvrir les traces de l'incision ; un examen attentif permettait cependant d'apercevoir une sorte de cicatrice fibro-celluleuse le long de la partie sectionnée en travers, mais non dans toute son étendue. Je dois faire remarquer ici qu'après la division du muscle, le malade ressentit une faiblesse dans le cou et que la tête tombait lorsqu'elle était un peu inclinée ; mais cette faiblesse ne dura que peu de temps. Il n'y eut ni torsion, ni inclinaison latérale du cou, après la division de ce muscle.

On peut se demander maintenant si, parmi les symptômes qui précèdent l'issue fatale, il n'en est pas quelques-uns indiquant une communication anormale entre la trachée et l'œsophage. Le premier signe qui fit soupçonner cette communication, fut le passage de l'air par l'ouverture artificielle pratiquée au cou ; ce signe, qui fut noté huit ou dix jours avant la trachéotomie, ne se produisait que pendant quelques minutes, après chaque extraction de la sonde placée dans l'œsophage.

Un autre symptôme, qui conduisait au même soupçon fut noté par moi, pour la première fois, un ou deux jours avant la mort du malade ; quelques gouttes d'arrow-root préparé apparurent dans la trachée, derrière l'ouverture faite pour la trachéotomie ; et ces matières ne se montrèrent qu'après l'administration d'une pleine tasse d'arrow-root, par la sonde œsophagienne (*The Dublin Journal*, vol. XXVII, p. 260, 1845).

OBSERVATION II

Tirée de la *Clinique de Bruns à Tübingue*, et recueillie par le docteur H. Schmidt, assistant. (Traduite par M. Klein, interne prov. des hôpitaux.)

Wilhelm Beswenger, cordonnier, trente-sept ans, entre dans le courant de l'hiver à la clinique, pour un rétrécissement de l'œsophage tellement prononcé que même les aliments liquides ne peuvent parvenir qu'avec peine dans l'estomac. Rien dans les antécédents, pas d'ingurgitation de liquides corrosifs, pas de chancres, il ne se rappelle pas avoir eu une tumeur au cou. Il y a un an seulement qu'il a cessé d'avaler avec facilité et il a commencé alors à sentir de la douleur dans les mouvements de déglutition. Rien n'explique ces symptômes. Le malade accuse de la fièvre, de la céphalalgie, de la douleur au cou avec difficulté de la déglutition, et l'on fut conduit à admettre une angine ordinaire. Ces symptômes, après s'être amendés au bout de quelques jours, se répétèrent plusieurs fois pendant l'hiver. Mais la difficulté de la déglutition persistait, toujours en augmentant peu à peu, de manière que depuis l'été dernier

le malade n'a vécu que d'aliments liquides et encore lui fallait-il près d'une heure pour avaler une cuillerée de soupe. L'alimentation était donc la principale occupation de notre malade, et bien qu'il y passât presque toute la journée il avait toujours faim, et perdait peu à peu ses forces. En même temps que la déglutition, la respiration présentait aussi une certaine difficulté. C'était surtout la nuit que la respiration devenait stertoreuse et plus fréquente qu'à l'état normal. En outre le malade rejette, surtout le matin, un peu de pituite, mais il ne sait pas si elle vient des voies respiratoires ou digestives.

Voilà tout ce qu'on peut tirer des antécédents. L'examen le plus scrupuleux du malade ne put donner aucun résultat satisfaisant ; on trouva une obstruction complète de l'œsophage à la hauteur du cricoïde, et une sténose de la glotte avec diminution de la mobilité des cordes vocales. Aucune cause de la maladie ne put être découverte.

L'imperméabilité de l'œsophage pour les instruments était complète, la sonde la plus fine s'arrêtait à 15 centimètres (à partir de l'arcade dentaire) sur un obstacle infranchissable. Plusieurs fois on introduisit la sonde à olive et l'on explora, avec l'aide du laryngoscope, toutes les parties situées derrière le cartilage cricoïde entre les deux gouttières latérales, mais on ne put réussir à faire passer la sonde. Le cartilage cricoïde paraissait adhérer immédiatement à la colonne vertébrale. Cependant le passage était moins obstrué pour les liquides ; on pouvait même faire passer des aliments solides réduits considérablement par la mastication, mais ce n'était pas sans une grande difficulté. Il fallait presque une heure au malade pour avaler une tasse de café. Lorsqu'il voulait manger un pain au lait, il le triturait finement et longtemps, puis il faisait quelques efforts de déglutition en inclinant la tête en avant, et lorsque tout allait bien, il parvenait au bout de quelque temps à en faire passer une très-petite portion. Mais très-souvent les efforts étaient vains, et la déglutition ne se faisait qu'après plusieurs efforts répétés. D'autres fois il pénétrait un peu de liquide dans la trachée ou dans le nez.

La difficulté de la respiration avait pour cause probable la sténose de la glotte. Le laryngoscope faisait voir très-nettement que les cordes vocales étaient peu mobiles, et étaient généralement séparées l'une de l'autre par un intervalle de deux à trois lignes. Pour la parole, elles se rapprochaient lentement et leur plus grand écartement, même dans les inspirations les plus profondes, n'excédait pas trois lignes.

D'où venaient donc ces phénomènes?

La colonne vertébrale ne présentait absolument rien d'anormal. Les mouvements de la tête étaient libres et indolores, il ne pouvait donc s'agir d'une carie de la colonne cervicale, avec abcès repoussant l'œsophage en avant (angine d'Hippocrate). Aucun signe de néoplasie (carcinome) dans l'œsophage. On ne trouvait aucune tumeur, il n'y avait jamais eu ni régurgitation, ni vomissement. S'il y avait eu un polype dans l'œsophage ; la déglutition aurait été moins difficile. On ne pouvait non plus admettre un rétrécissement par une cicatrice de la muqueuse, car les antécédents n'indiquaient ni brûlure, ni inflammation de cette membrane.

Le diagnostic n'avait qu'un seul point de repère, et encore était-il assez vague ; en palpant le cou, on trouva une tuméfaction indurée du lobe gauche de la thyroïde, tuméfaction qui ne dépassait pas le niveau des parties voisines, ne pouvait être circonscrite par en bas, et ne présentait qu'une faible mobilité

latérale. Le lobe droit de la thyroïde n'était pas tuméfié, du moins il ne présentait pas d'induration.

Considérant l'absence de tout autre signe que cette tuméfaction de la thyroïde, considérant de plus que l'obstacle à la déglutition se trouvait à la hauteur du cartilage cricoïde, c'est-à-dire de la glande thyroïde, on pouvait admettre comme un diagnostic au moins vraisemblable, que le rétrécissement de l'œsophage était dû à la tuméfaction du lobe gauche de la thyroïde. Comme cette tuméfaction se propageait du côté de la colonne vertébrale, elle repoussait le larynx en arrière, et produisait le rétrécissement de l'œsophage, tant par la compression que par la transformation fibreuse du tissu cellulaire environnant. Mais on ne put pas trouver la limite inférieure du rétrécissement.

Que faire? L'expectation exposait le malade à mourir de faim. — Il n'y avait que trois moyens praticables :

1° *La dilatation mécanique du rétrécissement.* Mais, pour ce procédé, il fallait une certaine voie ouverte aux instruments; c'est ce qu'on n'avait pas pu trouver. — Même en se guidant avec le laryngoscope, comme aussi avec le toucher, on n'avait jamais pu faire passer la sonde la plus fine au delà du cartilage cricoïde. — On avait introduit dans la bouche du malade une petite boule d'ivoire maintenue par un cordon et dont le diamètre avait à peine une ligne, et il n'avait pu parvenir à l'avaler avec ses aliments liquides. Si le malade avait avalé cette boule, on aurait pu, à l'aide du cordon, faire passer peu à peu des boules de diamètre plus grand, et l'obstacle aurait été franchi. Ce procédé n'était donc pas possible.

2° *L'œsophagotomie*, c'est-à-dire la dénudation et l'incision de l'œsophage, de manière à nourrir le malade à l'aide d'une sonde introduite par l'ouververture, et à faire des tentatives pour franchir le rétrécissement de bas en haut.

3° *La gastrotomie*, ouverture de l'estomac pour introduire directement les aliments. Comme cette opération ne doit se faire que lorsque l'obstacle siége, d'une manière évidente, au-dessous de la partie accessible de l'œsophage, ce qui n'était rien moins que démontré chez notre malade, on s'arrêta donc à l'œsophagotomie pour les causes suivantes : 1° le malade ne pouvait prendre la quantité d'aliments nécessaires à l'entretien de la vie; 2° il était possible que le rétrécissement ne dépassât pas les parties accessibles de l'œsophage.

Opération. — Le 5 novembre 1864, l'œsophagotomie fut faite par V. Bruns. Le malade était assis, la tête inclinée en arrière et un peu à droite ; anesthésie chloroformique complète, au moins au commencement de l'opération. On fit d'abord à la peau une incision de 9 centimètres, le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche, depuis le sommet de la corne supérieure du cartilage thyroïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. Après avoir divisé la peau, le peaucier et le tissu cellulaire voisin, on écarte, à l'aide d'un crochet, le sterno-mastoïdien gauche, on disèque plus profondément et l'on enfonce davantage le crochet de manière à tirer en dehors les vaisseaux (c'est-à-dire la carotide et la jugulaire) ; puis on enfonce un second crochet pour attirer en dedans et en bas le lobe tuméfié de la thyroïde. On voit alors au fond de la plaie le muscle omo-hyoïdien,

que l'on coupe en travers. Après avoir divisé encore une mince couche de tissu cellulaire, on se trouve sur la face antérieure de la colonne cervicale.

A ce moment, on introduit dans la bouche un cathéter de Gély, d'argent, jusqu'à la partie rétrécie; à l'aide de cet instrument, l'on pousse vers la plaie la partie latérale de l'œsophage, ou plutôt la partie inférieure du pharynx, que l'on incise alors sur la sonde. Le bout du cathéter proémine ensuite dans la plaie. L'œsophage fut donc ainsi ouvert en peu de temps, mais au-dessus du rétrécissement. Les deux bords de l'incision œsophagienne sont alors saisis et maintenus à l'aide de deux crochets pointus. On fit des tentatives inutiles pour faire pénétrer en bas, à travers cette ouverture, d'abord la sonde œsophagienne, puis la sonde olivaire d'argent. Le rétrécissement était encore aussi grand qu'avant l'opération. Il ne restait donc plus qu'à disséquer davantage le lobe tuméfié de la glande thyroïde. On le fit d'abord avec le bistouri, puis on divisa avec le doigt le tissu cellulaire jusqu'à l'orifice supérieur du thorax. On parvint ainsi à une assez grande profondeur. Tout à coup on vit sortir du sang de la plaie; ce sang était vermeil, mais ne venait pas par ondées; il avait un mouvement pulsatile (communiqué probablement par les artères voisines ou par les mouvements respiratoires?) On ne put pas reconnaître d'où venait le sang. — Mais, par bonheur, l'hémorrhagie cessa bientôt, grâce à une compression exercée dans le fond de la plaie avec une éponge et à l'aide du doigt. Après avoir bien séparé le lobe tuméfié de la thyroïde, on essaya de nouveau et avec succès de faire pénétrer une sonde à travers l'ouverture pratiquée dans l'œsophage; on sentit d'abord une résistance, mais la sonde œsophagienne de moyenne grosseur (5 millimètres) pénétra à l'aide d'une certaine pression jusque dans l'estomac. On voyait donc sortir, par l'incision du cou, deux instruments : l'extrémité inférieure du cathéter introduit par la bouche et l'extrémité supérieure de la sonde qui avait pénétré dans l'estomac. Le cathéter, n'ayant plus de raison d'être, fut enlevé, la sonde fut laissée à demeure.

L'opération avait à peine duré une demi-heure. — Il n'y a eu aucune ligature de vaisseaux à faire. Dans la plaie, on voyait en avant le lobe de la thyroïde, en arrière le sterno-mastoïdien, recouverts tous les deux par des veines congestionnées. On plaça sur la plaie un pansement simple avec de la charpie.

On put donc constater que la cause supposée avant l'opération était exacte; c'est-à-dire la compression par le lobe de la thyroïde tuméfiée et la condensation consécutive du tissu cellulaire. Le corps thyroïde était en effet tellement adhérent à la colonne vertébrale, qu'il empêchait de voir et de sentir l'œsophage. C'est pour cette raison qu'on fut obligé d'introduire le cathéter par la bouche et de faire ainsi une incision sur ce cathéter, et par conséquent une pharyngotomie. — Mais on ne parvint à faire passer une sonde, de cette incision jusque dans l'estomac, qu'après avoir déchiré les adhérences avec le doigt et ouvert une voie sur l'œsophage et la colonne vertébrale.

Dans le traitement consécutif, outre l'alimentation du malade à travers la sonde, le premier devoir était d'élargir la partie rétrécie de l'œsophage. On ne pouvait arriver à ce résultat que par une pression excentrique, il fallut donc introduire des sondes, dont on augmentait graduellement le diamètre; on pouvait espérer la dilatation à la suite de l'action mécanique de la pression, ainsi que par la résorption qu'elle devait provoquer. Pour éviter l'occlu-

sion trop rapide de la plaie, c'est par cette ouverture qu'on introduisit d'abord la sonde; on espérait l'introduire plus tard par la bouche. — Parmi les accidents qu'on pouvait craindre à la suite de l'opération, il faut indiquer : 1° une inflammation avec infiltration purulente du cou (à cause de la profondeur de la dissection); 2° des thromboses dans les veines voisines, car il y avait de gros troncs veineux à nu tout autour de la plaie; 3° des hémorrhagies consécutives, pour la même raison. — En outre, le vaisseau qui avait déjà donné du sang pendant l'opération et dont l'hémorrhagie n'avait été arrêtée que par la compression, pouvait de nouveau donner lieu à des hémorrhagies.

Aucune de ces craintes ne se réalisa, il y eut bien un peu de sang sur les pièces du pansement le soir de l'opération, mais lorsqu'on enleva le pansement la plaie était séchée. — Le lendemain, les parties profondes de la plaie étaient déjà fermées, on n'y pouvait plus distinguer les différentes parties (muscles, lobe de la thyroïde); l'étendue de la plaie diminua rapidement; le quatrième jour elle commença à se nettoyer; comme il s'y produisait de belles granulations sans tuméfaction on fut complétement rassuré sur la marche des symptômes locaux. Bientôt la guérison fut tellement avancée qu'il ne resta plus que l'ouverture étroite dans laquelle se trouvait la sonde. — A partir du seizième jour, comme on le verra plus loin, la sonde fut introduite par la bouche, et l'on mit dans la plaie une boulette de charpie, mais le lendemain la boulette de charpie était déjà repoussée et la plaie ou plutôt la fistule qui menait à l'œsophage avait diminué d'une manière surprenante. En très-peu de temps, il n'y eut presque plus de trace visible de l'ouverture. Cependant le vingt-troisième jour, lorsque le malade eut la permission de boire du café sans sonde, on vit sortir un peu de liquide brun à travers la plaie, comme si celle-ci avait transpiré; mais cette transpiration cessa elle-même au bout de quelques jours, et tout fut cicatrisé. Pendant tout ce temps aucun accident ne s'était produit.

En même temps que la plaie guérissait, on parvint d'une manière très-satisfaisante à dilater la partie rétrécie de l'œsophage.

La sonde œsophagienne qui avait été mise à la fin de l'opération avait un diamètre de 5 millimètres dont 3 pour la largeur de l'ouverture. On y faisait passer, à l'aide d'un petit entonnoir de verre, les aliments qui devaient pénétrer dans l'estomac. Il est évident qu'on ne pouvait faire passer que des aliments liquides, et par conséquent le malade ne prenait pendant la première semaine que du café, du vin, du lait et du bouillon. On lui en donnait tant qu'il en voulait; bien qu'il n'eût plus cette faim continuelle dont il se plaignait avant l'opération, la sensation de satiété n'était cependant pas bien marquée. Il ne témoigna une certaine satisfaction que le septième jour où l'on put, à l'aide d'une sonde plus grosse, lui ingurgiter un peu de potage à la semoule; la seule chose dont il se plaignait encore, c'était l'absence de la sensation du goût.

La première sonde (de 5 millimètres) resta deux jours après l'opération; on la faisait monter et descendre de temps à autre, afin de provoquer une certaine dilatation. La permanence de la sonde ne produisit aucun résultat fâcheux; son extrémité supérieure sortait par la plaie, elle était constamment bouchée à cause de la mauvaise odeur qui venait de l'estomac. Une observation très-intéressante qu'on put faire à ce sujet, c'est l'augmentation de la

sécrétion salivaire, le malade remplissait son crachoir une ou deux fois par jour; on peut mettre cette observation à côté de celles qui constatent une augmentation de la sécrétion salivaire, par l'introduction de corps étrangers à travers une fistule stomacale, l'introduction par l'œsophage produit donc le même effet (car la sonde ne pénétrait pas toujours dans l'estomac, et dans l'intervalle des repas on avait soin de la tirer en haut, pour éviter une blessure de la muqueuse stomacale). Cette augmentation de la sécrétion salivaire cessa au bout de huit à dix jours.

Le troisième jour après l'opération, il fallut remplacer la sonde qui s'était bouchée, on en prit une de 8 millimètres de diamètre. Pour faciliter l'introduction de cette sonde, je me servis de la demi-canule d'argent indiquée par V. Bruns pour faciliter l'introduction des sondes dans l'urèthre, après l'opération de la boutonnière. Après avoir poussé la demi-canule le long de la sonde qui se trouvait encore dans l'œsophage, j'étais certain de ne pas faire fausse route avec la nouvelle sonde. Bien que cette sonde fût de 3 millimètres plus épaisse que la précédente, son introduction ne présenta aucune difficulté. Elle resta trois jours, puis fut remplacée par une autre de 9 millimètres. Je n'avais même plus besoin de la demi-canule; cette nouvelle sonde avait une lumière plus large que les autres, et c'est par celle-ci que le malade prit pour la première fois du potage. Le neuvième jour, je pris une sonde d'un centimètre de diamètre; afin de ménager la sonde, on la changeait chaque jour, car les autres étaient tellement mauvaises et se détérioraient si vite que les aliments passaient partout.

Le 20 novembre, c'est-à-dire le quinzième jour, on introduisit pour la première fois une sonde œsophagienne par la bouche. D'abord on ne put pas la faire passer, on eut recours au laryngoscope, on explora minutieusement avec la sonde tout l'espace situé derrière le cartilage cricoïde; enfin, après plusieurs tâtonnements, on réussit à pousser la sonde le long de la gouttière pharyngienne gauche. On introduisit ensuite le cathéter d'argent de Gely de 5 millimètres d'épaisseur, et on le remplaça par une sonde élastique du même diamètre. On introduisit également par la plaie une sonde de 1 centimètre d'épaisseur.

Cette sonde ne put d'abord pas être poussée assez profondément, on crut que l'espace était rétréci par l'autre sonde, les aliments n'y passèrent pas non plus, et les mouvements rétrogades de cette sonde se communiquaient à l'autre. C'était donc le bout de la sonde supérieure qui avait pénétré dans l'œil de l'autre et l'obstruait en même temps qu'elle l'empêchait d'avancer. Une fois le cathéter repoussé en haut, la sonde put être poussée facilement dans l'estomac.

Ce cathéter resté en permanence dans la bouche occasionna bien des désagréments au malade. La sécrétion salivaire augmenta de nouveau. On ne la laissa que jusqu'au lendemain matin; puis on la remplaça par une sonde plus épaisse qu'on enleva le soir même, pour pousser directement une sonde d'un centimètre de la bouche dans l'estomac. Ce qui fut fait sans aucune peine. Mais le malade, malgré l'amélioration qu'il aperçut dans son état, ne parut pas très-content, cette sonde qui sortait par la bouche le gênait beaucoup et l'empêchait de parler. En outre, ces sondes se détérioraient très-vite, celle qu'on mettait le matin était déjà écrasée le soir, bien qu'on l'ait fait passer dans une lacune laissée entre les dents, et qu'on ait mis un coin de bois entre

les mâchoires du malade. Cette situation ne gênait pas seulement le malade et la caisse de l'administration, mais encore tous ceux qui étaient dans la salle. Personne ne pouvait dormir la nuit à cause des ronflements de l'opéré qui, apparus depuis le commencement de la maladie, par suite du peu de mobilité des cordes vocales, avaient augmenté de telle façon que le malade fut souvent réveillé par ses camarades afin qu'il fît moins de bruit en respirant. Il y avait donc assez de raisons pour essayer d'un autre moyen de dilatation de l'œsophage. V. Bruns eut l'idée de faire faire de petits morceaux d'ivoire qu'on introduirait dans l'endroit rétréci, ils ne devaient pas aller bien au de là du rétrécissement et seraient maintenus par une ficelle qui, sortant par la bouche, permettrait de les retirer. Cette ficelle gênait moins dans la bouche que la sonde, on pouvait aussi de cette façon économiser les sondes, mais le ronflement ne diminua pas. V. Bruns fit faire plusieurs petits morceaux d'ivoire, ils étaient en forme de biscuits, c'est-à-dire qu'ils étaient allongés et arrondis à leurs extrémités, un peu rétrécis au milieu et aplatis d'avant en arrière. Ils avaient tous une longueur de 7 centimètres et leur épaisseur était variable. Les plus petits avaient 1c,5 d'épaisseur aux deux extrémités, 1 centimètre au milieu, 4 à 5 millimètres d'avant en arrière. Les autres avaient progressivement 3 millimètres de plus dans ces deux diamètres.

Le premier de ces morceaux d'ivoire fut introduit le 26 novembre, soit le vingt et unième jour après l'opération. On se servit à cet effet d'une pince œsophagienne s'ouvrant d'avant en arrière. L'introduction ne fut pas facile, il fallut faire plusieurs tentatives pour y arriver. La réussite fut un peu plus prompte quand on eut acquis une certaine habitude. Il fallait en même temps introduire l'indicateur de la main gauche dans le gosier, et pousser avec la main droite le morceau d'ivoire maintenu par la pince.

Ce même jour, le 26 novembre, on permit pour la première fois au malade de boire, à titre d'essai, un peu d'eau sans sonde. Le même jour il eut aussi un vomissement; ce qui depuis longtemps ne lui avait pas été possible, et bien que tout son potage fût rejeté sur nos pantalons, nous fûmes très-heureux de voir ces matières passer par la bouche et non par la plaie du cou.

Le morceau d'ivoire ne fut laissé en place que quelques heures ; le malade ayant eu faim, on le retira pour le remplacer par une sonde.

Le jour suivant, on laissa la sonde parce que le tourneur avait encore une certaine modification à faire subir aux morceaux d'ivoire. Cependant le 28 novembre le malade put déjà prendre sans sonde son potage et son café. Ce fut alors que la plaie présenta, comme nous l'avons dit, une certaine transpiration. Mais le 29 rien ne passa plus à travers la plaie.

Le 29 on introduisit de nouveau le bouchon en le retirant chaque fois que le malade devait prendre de la nourriture. En outre, le malade repoussait souvent le bouchon, surtout quand nous étions absents ; car cette manière de faire ne lui allait pas. Il croyait pouvoir manger sans difficulté puisque la plaie du cou était cicatrisée et, par conséquent, il considérait tout ce traitement comme une tyrannie inutile. De cette façon le bouchon ne restait que quelques heures par jour. Le reste du temps, il n'y avait rien, ou bien une sonde œsophagienne.

Le 1er décembre le malade fut si entêté et rejeta si souvent son bouchon, que je dus lui faire une admonestation très-sévère. Alors le bouchon com-

mença tout à coup à ne plus être régurgité, il gênait si peu que le malade négligeait même de manger pour le garder plus longtemps, les ronflements que le malade avait si longtemps présentés tant que le bouchon était dans l'œsophage, cessèrent également d'une manière subite ; on peut conclure de là que les bruits étaient dus à l'influence psychique plutôt qu'à une pression sur le larynx, pression qu'on avait pu supposer à cause de la situation du bouchon derrière le cartilage cricoïde. Aussi à présent que l'autopsie est faite, je crains avoir eu des torts envers ce malade, pouvant considérer ces phénomènes comme n'étant pas uniquement dus à la mauvaise volonté.

Jusqu'ici tout s'est donc bien passé, la plaie du cou était cicatrisée, le malade mangeait comme tout le monde, c'est-à-dire qu'il avalait sans peine une cuillerée de soupe, de temps à autre seulement il lui fallait deux efforts de déglutition pour achever la cuillerée ; l'œsophage laissait facilement passer la sonde la plus grosse de 14 millimètres de diamètre.

Une seule chose nous donnait de l'inquiétude, c'est que la température ne se maintenait jamais à l'état normal et qu'elle n'arrivait pas à 37° sans remonter très-vite à 38° et 39°. Il y avait constamment de la fièvre avec exacerbation tous les quatre jours, vers le soir, du moins dans les premiers temps ; rémission le lendemain matin et recrudescence modérée peu d'instants après. La courbe tracée à ce sujet indiquait à des jours déterminés un abaissement si surprenant de la température prise avec toutes les précautions possibles dans l'aisselle, que toutes les fois que le thermomètre était à 37°, je reprenais la température avec un soin tout particulier et j'ajoutais sur l'observation le mot *sic!* pour me rappeler qu'il n'y avait pas eu d'erreur. Il suffit de regarder la courbe pour reconnaître une fièvre rémittente quarte.

D'où venait donc cette fièvre ? Elle nous inquiéta dès le début, mais nous ne pûmes pas en découvrir la cause. Nous supposâmes d'abord un foyer purulent, mais nous ne le trouvions pas. Cependant les phénomènes marchèrent avec rapidité et avant huit jours l'autopsie nous en donna la clef.

Le samedi 3 décembre, on introduisit un bouchon d'ivoire, dont tous les diamètres avaient 3 millimètres de plus que celui dont on s'était servi jusqu'alors. Ce fut difficile, et comme je ne parvins pas à le faire passer, ce fut V. Bruns qui s'en chargea.

Ce bouchon resta deux heures et je l'enlevai pour donner à manger au malade, mais quand je voulus le remettre, il ne passa plus. Le bouchon plus mince qui avait passé facilement la veille ne passa pas non plus et la sonde œsophagienne ne put être introduite qu'avec peine. Qu'y avait-il ? Etait-ce une tuméfaction produite par la pression du bouchon qui avait été introduit par force ? La sonde fut laissée toute la nuit, et le lendemain, 4 décembre, on permit au malade de manger sans sonde ; mais il n'y parvint pas aussi bien qu'à l'ordinaire et, le soir même, il me fut impossible de faire passer la la sonde plus fine. Il y avait de nouveau, derrière la cricoïde, un obstacle que la sonde ne pouvait franchir. En même temps, toutes les fois que j'essayais d'introduire la sonde, il se produisait une oppression considérable, qui disparaissait au bout de quelques minutes, mais qui me forçait cependant à cesser toute tentative, d'autant plus que la sonde était recouverte de mucus sanguinolent.

Le lendemain, 5 décembre, après avoir cherché inutilement à introduire le

bouchon puis la sonde, je fis l'examen laryngoscopique. Les deux replis ary-épiglottiques, surtout le gauche, étaient tuméfiés, œdème de la glotte au début, à la paroi postérieure du pharynx il y avait une déchirure à bords saignants (elle était probablement produite par la pince avec laquelle on avait cherché tout à l'heure à introduire le bouchon) ; la face postérieure du cricoïde était de nouveau rapprochée de la paroi postérieure du pharynx, à tel point qu'une sonde boutonnée introduite à l'aide du laryngoscope ne pouvait pas passer entre les deux. Le malade resta donc sans sonde, mais les aliments liquides pouvaient toujours passer dans l'estomac. Le bruit respiratoire était très-fort et se laissait entendre à distance. Le soir la température s'éleva pour la première fois à 40°,1.

Le 6 décembre, un nouvel examen laryngoscopique fut encore sans résultat. L'œdème des replis ary-épiglottiques n'avait pas augmenté Mais derrière le cricoïde et principalement dans les deux sillons, il y avait une grande quantité de pus liquide. On reconnut également la cause du bruit que produisait la respiration ; la muqueuse œdématiée qui recouvrait les cordes vocales proéminait au delà de leur bord libre, et était agitée par le courant d'air, tandis que les cordes vocales restaient immobiles et constamment séparées l'une de l'autre par un intervalle de 1 ligne 1/2.

Cette respiration bruyante persista toute la journée. Le malade se trouvait dans un état comateux et était obligé de longtemps réfléchir pour répondre aux questions qu'on lui adressait. Il présentait fréquemment une agitation particulière des doigts et tirait la couverture. Ce jour, la température fut de 37°,9 le matin et de 40° le soir et, malgré cela, le malade accusait du froid.

Le 7 décembre, difficulté considérable de la respiration qui s'accompagnait d'un bruit perceptible à travers plusieurs salles, la parole était entrecoupée ; les ailes du nez mobiles, il fallait au malade des efforts violents pour faire un instant un peu moins de bruit en respirant. L'examen laryngoscopique donna les mêmes résultats que la veille : œdème des replis ary-épiglottiques. Œdème et rigidité des cordes vocales.

La maladie était donc complexe. Il y avait deux troubles fonctionnels simultanés, tous les deux à un haut degré et intéressant des organes essentiels à la vie : la déglutition et la respiration. D'où provenaient-ils aussi subitement ? Y avait-il une cause commune, ou une coïncidence ? Étaient-ils dus à notre intervention ou non ?

Le soupçon pouvait nous atteindre, puisque ces troubles étaient apparus au moment où l'on avait introduit et un peu par violence, le bouchon d'ivoire. Les bouchons produisaient une certaine pression ; c'était là leur but, ils devaient combattre le rétrécissement, et comme celui-ci était causé par le larynx porté en arrière, il fallait le repousser en avant. On pouvait très-bien admettre que l'œdème constaté avec le laryngoscope était produit par cette pression et que, comme les replis ary-épiglottiques, les parois pharyngiennes pouvaient être œdématiées et même contenir du pus. C'était là l'explication la plus plausible.

De même que l'œdème du pharynx empêchait la déglutition, celui du larynx s'opposait à la respiration. Mais il s'agissait de savoir si c'était là le seul obstacle à la respiration ; le malade éprouvait depuis longtemps déjà et pendant tout l'été certaines difficultés dans la respiration. Il devait donc y avoir une cause, et celle-là pouvait avoir produit, dans le principe, le rétrécissement

de l'œsophage. La thyroïde tuméfiée ne devait-elle pas aussi bien comprimer la trachée que l'œsophage, et produire une sténose de la trachée? Cette sténose était la cause des troubles respiratoires primitifs et l'œdème de la glotte qui existait depuis quelques jours n'avait qu'augmenté cette oppression?

Mais une seconde question se présentait alors : pouvions-nous laisser le malade livré à lui-même? Ou était-il nécessaire de faire une opération pour éviter la suffocation? En d'autres termes, y avait-il indication de pratiquer la trachéotomie?

On pouvait attendre : l'œdème disparaîtrait peut-être au bout de peu de temps, et le malade reviendrait à son état antérieur. Il n'était pas invraisemblable non plus d'admettre que l'œdème pouvait disparaître spontanément, puisqu'il ne provenait pas de la pression de la thyroïde mais de celle du corps étranger, qui avait été supprimé ; cependant il provenait peut-être de la formation du pus dans le pharynx, et alors l'espoir de le voir bientôt disparaître était bien faible. D'un autre côté l'état du malade était encore supportable, relativement du moins. Mais qui pouvait assurer que la fièvre continuelle encore augmentée dans ces derniers jours, ajoutée à l'oppression et à l'alimentation insuffisante, n'amènerait pas en peu de temps un épuisement tel, que tous les secours arriveraient trop tard. Cette supposition nous fit considérer la trachéotomie comme tout à fait indiquée. La partie inférieure de la trachée devait être libre selon toute probabilité, car la sténose était limitée à la partie supérieure, à l'endroit même où s'exerçait la compression de la thyroïde. La trachéotomie devait donc amener de l'amélioration.

La trachéotomie fut donc faite par M. V. Bruns le mercredi 7 décembre, à l'heure de la clinique. Le malade fut attaché à la chaise d'opération. On jugea inutile de le chloroformiser. L'incision de la peau fut faite sur la ligne médiane allant de la partie inférieure du cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale. Après la peau, on incisa le tissu cellulaire. Cette section fut faite exactement à côté d'une veine qui allait de haut en bas, la veine ne fut pas blessée, mais on coupa une branche qui s'y rendait perpendiculairement. Sans s'occuper de l'hémorrhagie, V. Bruns enfonça rapidement dans la trachée qu'on voyait déjà par transparence, un trachéotome en forme de pince et élargit l'ouverture en écartant les branches de cette pince. Bien qu'il pénètre ainsi un peu de sang dans la trachée, il faut aller vite et introduire rapidement la canule. La canule employée était trop épaisse (canule arrondie courbe de 1 centimètre de diamètre).

Il fallait élargir la plaie après l'avoir retirée, mais le malade eut un accès de suffocation : on écarte immédiatement les bords de la solution à l'aide d'un crochet pointu, et la plaie est allongée avec le trachéotome en haut et en bas. Le malade a un accès de toux, il rejette du sang *mêlé de pus*. Après quelques efforts de toux, il y a encore expulsion de pus. Enfin on lie la veine coupée, on introduit la canule, que l'on maintient par un ruban noué sur la nuque. Toute l'opération, malgré l'hémorrhagie, avait seulement duré quelques minutes.

D'où venait donc le pus qui était sorti de la plaie? L'examen microscopique de ce qui avait été rejeté par la toux fit voir de la fibrine coagulée retenant des corpuscules de pus. Le pus ne vient pas des parties situées en avant de la trachée, car, dans toute la plaie il n'y avait pas trace de suppuration. Il n'était pas non plus primitivement dans la trachée, sans cela il aurait pro-

voqué auparavant des accès de toux. La seule explication possible, c'est qu'un abcès se prolongeait dans l'ouverture de la trachée et qu'il avait été ouvert par la canule. Cet abcès se trouvait probablement à la paroi postérieure de la trachée et causait en même temps le déplacement de l'œsophage.

Il y avait déjà un symptôme en faveur de cette opinion. Après l'opération on donna à boire au malade un peu de lait, dont une partie s'échappa par la canule. On était donc forcé de conclure qu'il existait une communication anormale entre la trachée et l'œsophage, communication produite par l'ouverture d'un abcès situé dans la paroi de séparation de ces deux conduits. Si cette supposition était vraie, il fallait réintroduire une sonde œsophagienne pour empêcher les aliments de passer dans le poumon et de produire une gangrène pulmonaire mortelle. Cependant on pouvait admettre encore une autre hypothèse; les parties qui ferment l'entrée du larynx et qui empêchent les aliments d'y pénétrer, c'est-à-dire les replis ary-épiglottiques et les cartilages aryténoïdes, étaient le siége d'un œdème; cet œdème paralysait les muscles situés sous la muqueuse; l'entrée du larynx ne se fermait plus, le lait pouvait donc avoir pénétré dans l'orifice supérieure du larynx après s'être arrêté au-dessus du rétrécissement de l'œsophage (ou plus exactement de la partie inférieure du pharynx). Cette supposition parut plus juste, car lorsqu'on eut introduit dans la première canule une seconde sonde, qui n'avait pas d'orifice supérieur, il ne sortit plus de lait, et l'on n'en vit plus que quelques gouttes qui sortaient de la plaie au-dessus de la canule.

Cependant on défendit jusqu'à nouvel ordre tout autre aliment que le lait. Ce liquide nous parut moins nuisible au tissu pulmonaire. L'après-midi, après l'opération, le malade accusa une irritation continuelle dans le conduit respiratoire, et l'on ne put pas savoir d'où venait cette irritation. La canule laissait s'écouler une assez grande quantité de mucosités et parfois du pus; la température du soir était à 39°,5. Le malade était assez affaibli, il répondait tantôt oui, tantôt non, lorsqu'on lui demandait s'il avait plus d'air qu'auparavant.

Le lendemain, 8 décembre, la respiration devint très-rapide, signe du besoin d'air qui se faisait de nouveau sentir, de gros râles se reproduisirent dans la trachée et le malade était très-affaissé. L'après-midi, il dormit presque toujours (coma ? intoxication par l'acide carbonique?). Le nombre des respirations par minute variait entre 60 et 80. Les inspirations étaient très-longues, l'expiration rapide, à la partie inférieure du poumon gauche il y avait un son tympanique à la percussion et du râle à l'auscultation (pneumonie au début?); dans le poumon droit le son était partout plein, partout il y avait de nombreux râles à grosses bulles. Ces phénomèues persistèrent pendant toute la nuit. Le lendemain, 9 décembre, à la visite du matin, sueur froide au front, extrémités refroidies; la mort arriva vers huit heures du matin.

Le jour précédent, on avait essayé l'introduction d'une sonde œsophagienne. A notre grande surprise, la sonde d'un centimètre de diamètre passa très-facilement. Devait-on conclure de là que nous avions raison et que l'œsophage était redevenu libre, parce que l'abcès situé entre l'œsophage et la trachée avait été vidé?

A partir de ce moment, le lait ne sortit plus par la plaie de la trachée. Mais le mucus qui sortit de la canule un peu avant la mort parut blanchâtre,

on y trouva sous le microscope, quelques globules de lait. Cependant depuis près de vingt-quatre heures, tout le lait avait passé par la sonde. Ces globules de lait devaient donc se trouver déjà depuis quelque temps dans les poumons.

Autopsie. — En commençant l'autopsie le 10 décembre, vingt-huit heures après la mort, nous craignions donc de trouver tout le poumon infiltré de lait. Mais à notre satisfaction il n'en fut pas ainsi. Il sortit, il est vrai, par l'ouverture de la trachée, toutes les fois qu'on pressait sur le poumon, un mucus liquide, blanchâtre, avec quelques caillots ; mais il n'y en avait que quelques cuillerées qui contenaient beaucoup de globules de lait Dans le lobe inférieur du poumon droit, il existait une pneumonie passant de l'hépatisation rouge à la grise; le reste de ce poumon et l'autre tout entier étaient œdématiés ; sur la plèvre des deux côtés, il y avait adhérences nombreuses et très-solides. Les autres viscères ne présentaient rien d'anormal, la rate un peu plus petite qu'à l'état normal, malgré les accès rémittents, était congestionnée. Il n'y avait donc pas cause de mort bien suffisante, la pneumonie et l'œdème des poumons ne pouvant amener la mort que chez un individu déjà épuisé par une fièvre persistante.

Ce que nous trouvâmes au cou, fut, sous certains rapports, bien différent de ce que nous attendions. Aux différents doutes que nous avions déjà, s'en ajoutèrent de nouveaux. Nous enlevâmes tout le cou avec la colonne cervicale, afin de préparer la pièce à loisir et de pouvoir la conserver dans son ensemble. On enleva tout ce qui n'appartenait pas aux conduits respiratoire et alimentaire, de même que les ganglions lymphatiques infiltrés et en partie très-durs, qui se trouvaient des deux côtés de la trachée.

La glande thyroïde n'était que faiblement tuméfiée, sa consistance et même celle du lobe gauche n'était pas augmentée, contrairement à ce qu'on avait trouvé sur le vivant : l'œsophage était fortement fixé à la colonne vertébrale, jusqu'à la troisième vertèbre dorsale, par du tissu cellulaire très-dense.

Après avoir bien disséqué la trachée et le larynx, on les incisa sur la ligne médiane; le canal trachéal était très-étroit (2 millimètres). La plaie de la trachéotomie intéresse six anneaux à partir du bord inférieur du cartilage cricoïde ; la muqueuse trachéale est injectée, et sur sa paroi droite immédiatement au-dessous de l'incision faite pendant l'opération, se trouve une plaque pseudo-membraneuse de 2 centimètres de long sur 1,1/2 de largeur. *On ne trouve aucune perforation du côté de l'œsophage. Le larynx est très-rétréci au-dessus des cordes vocales.* Le diamètre antéro-postérieur au-dessous de la glotte est de 12 millimètres ; le diamètre antéro-postérieur de la partie inférieure de la trachée est de 22 millimètres. Ce rétrécissement est causé par un épaississement considérable de la paroi postérieure du larynx et de la partie supérieure de la trachée. Cette paroi présente 1 centimètre d'épaisseur.

On incise la paroi postérieure de la trachée sur la ligne médiane, pour mettre à nu l'œsophage et le pharynx. Voici ce qu'on trouve : 1° Immédiatement derrière le cartilage cricoïde l'œsophage présente un foyer gangréneux. Ce foyer s'étend en haut, jusqu'au sommet du cartilage aryténoïde et en bas, à un travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde. Dans toute cette étendue, la paroi œsophagienne est recouverte d'ulcérations grises à bords déchiquetés. La longueur de cette partie est de 5 centimètres, les bords su-

périeur et inférieur du foyer sont nettement dessinés et transversaux. C'est donc un *abcès gangréneux en ceinture de la partie supérieure de l'œsophage.* 2° Au-dessous de cette portion, l'œsophage présente deux conduits, l'un antérieur, l'autre postérieur. Il y a en effet à l'intérieur de l'œsophage une cloison solide fibreuse de 55 millimètres de longueur, allant de droite à gauche; la surface antérieure de cette cloison est lisse, et ne présente aucune trace d'ulcération. Il ne s'y trouve pas d'épithélium; la surface postérieure, au contraire, présente l'épithélium normal et ressemble à la muqueuse. Cette cloison est composée de fibres musculaires lisses, contenant des faisceaux de tissu connectif. Ce canal antérieur de nouvelle formation, se termine supérieurement en cul-de-sac; la cloison présente une perforation ulcéreuse et son bord inférieur s'étend à la manière d'un voile à l'intérieur de l'œsophage, qui redevient un canal unique jusqu'à l'estomac. Au-dessus du cricoïde et par conséquent au-dessus de l'ulcération, le pharynx présente à sa paroi gauche un orifice dans lequel la muqueuse fait hernie, et qui se termine en cul-de-sac à quelques millimètres au-dessous. C'est un vestige de l'incision faite pour l'œsophagotomie, car cette ouverture borgne se continue avec les brides cicatricielles, qui sont à la surface du cou.

Que conclure de ces faits? On croyait trouver un petit abcès faisant communiquer la trachée avec l'œsophage; au lieu de cela, on trouve une ulcération étendue, mais sans perforation, derrière le cartilage cricoïde. Il faut donc admettre que le pus rejeté pendant la trachéotomie, provenait d'une exsudation purulente produite dans la trachée à l'endroit où nous avons trouvé la plaque diphthérique. Mais, d'*où provient cette ulcération de l'œsophage?* Quand s'est-elle produite? Était-elle là primitivement ou consécutivement à l'introduction des corps étrangers (bouchons d'ivoire). L'étendue de l'ulcération répond assez exactement au volume des bouchons, et le foyer a précisément son siége là où se trouvaient ces bouchons. Mais en comptant le nombre d'heures où les bouchons se trouvaient dans l'œsophage, on ne trouve guère plus de vingt-quatre heures en tout, et cet espace de temps est trop court pour rapporter cette lésion aux bouchons qui, du reste, étaient toujours enlevés au bout de peu de temps; de sorte qu'il y eut des intervalles assez considérables où l'œsophage ne contenait rien, pas même la sonde. Il est donc plus probable que l'ulcération était primitive, les douleurs et les difficultés de la déglutition existaient depuis longtemps. Il y avait une fièvre continuelle. Malheureusement la température n'a été prise qu'à partir de l'opération; mais on n'a jamais constaté comme conséquence immédiate d'une opération une fièvre rémittente régulière quarte, et il est bien plus probable que cette fièvre quarte existait déjà comme signe de foyer gangréneux. Outre l'étendue et la profondeur de ce foyer qui indiquent une existence prolongée, il faut encore tenir compte de l'induration des tissus voisins, de l'infiltration et de l'épaississement du tissu cellulaire qui maintenait l'œsophage fixé à la colonne vertébrale, qui avait épaissi la paroi postérieure du larynx et amené la sténose de cet organe; enfin de cette série de ganglions lymphatiques tuméfiés et indurés qui s'étendait des deux côtés de la trachée. Il est encore probable que le doigt introduit, pendant l'opération, s'était avancé dans la partie ulcérée, et non, comme on le croyait, entre la trachée et l'œsophage.

Il est encore plus difficile d'*expliquer ce canal* que forme l'œsophage à sa partie supérieure. Était-ce une anomalie congénitale? On trouve certes un

grand nombre de vices de conformation de l'œsophage; mais jamais on n'en a vu de semblable et dans cette portion du conduit. Était-ce une fausse route? Fausse route qui aurait été faite immédiatement après l'opération en plongeant la sonde dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'œsophage, de manière à la percer de haut en bas et de dehors en dedans pour arriver dans l'intérieur du conduit? C'est possible, mais non certain, ni même vraisemblable, car : 1° cette fausse route présente un cul-de-sac en haut; comment la sonde a-t-elle passé en haut? 2° Depuis l'opération il s'est passé cinq semaines, en ce temps le trajet accidentel a-t-il pu acquérir une surface lisse, brillante et fibreuse? 3° En supposant que la fausse route commence à l'ouverture pratiquée pour l'opération et pas au-dessous, l'excitation produite par une sonde lisse pouvait-elle produire en haut une ulcération, en bas une surface lisse et le tout en cinq semaines? 4° Enfin l'introduction de la première sonde fut très-facile ; on ne fit aucune violence, ce qui aurait été nécessaire pour avancer d'un pouce et demi dans le tissu cellulaire et revenir dans le conduit.

Donc, si le vice de conformation est invraisemblable, la fausse route l'est encore davantage; que reste-t-il donc? Une fausse route antérieure? Par qui? et quand?

Ce cas s'est terminé par la mort. Nous avons fait l'autopsie. Nous avons devant nous les pièces et le dessin. Mais en vérité, sans l'autopsie on se serait fait une explication magnifique et très-vraisemblable de tout ce qui s'est passé après l'opération ; tandis que l'autopsie n'a fait qu'augmenter les doutes et empêcher toute explication plausible. *Notre science n'est que de la broderie!* (*Deutsche Klinik*, 1865, p. 37, u. folg.)

OBSERVATION III.

Œsophagotomie du docteur Willett.

Après quelques considérations sur l'œsophagotomie et sur ses résultats, M. Willett raconte ainsi l'observation de madame D..., âgé de quarante-sept ans, domestique, qui fut confiée à ses soins le 18 juin 1867 (salle Lawrence), à l'hôpital de Saint-Bartholomew.

C'était une femme pâle, amaigrie, n'ayant cependant pas un aspect maladif, bien qu'évidemment elle parût nourrie d'une façon insuffisante. Elle racontait que depuis plus de sept mois, elle se plaignait d'une difficulté d'avaler, augmentant de jour en jour, si bien qu'enfin, il lui était devenu impossible de prendre aucun aliment solide et que les liquides ne pouvaient être déglutis qu'en buvant à petits coups. Si elle essayait d'avaler une forte gorgée de liquide, elle étouffait et tout était rejeté immédiatement. Elle était devenue si maigre et si faible qu'elle était incapable de remplir plus longtemps les devoirs de sa profession. Ses antécédents de famille ne pouvaient faire penser à une affection transmise par hérédité, et sa santé avait toujours été excellente jusqu'à l'apparition des symptômes actuels; elle n'avait jamais souffert de maux de gorge, et elle ne se rappelait pas avoir jamais avalé quelque substance

caustique; sa voix était légèrement enrouée, et elle avait toujours eu une certaine roideur du cou. La malade ne toussait presque pas, cependant elle expectorait un liquide mousseux.

Elle ne disait pas qu'elle eût jamais rendu du sang ou du pus. Quand on l'engageait à indiquer le point où siégeait l'obstruction de l'œsophage, elle saisissait son cou au niveau du cartilage thyroïde.

Dans l'acte de la déglutition, dès que les matières alimentaires avaient franchi le point obstrué, la malade sentait parfaitement que celles-ci descendaient vers l'estomac sans rencontrer aucune autre difficulté.

Malgré l'amaigrissement extrême du cou de la malade, on n'obtenait que des renseignements négatifs, en l'explorant extérieurement. Il était impossible de découvrir quelque tuméfaction ou quelque disposition anormale; on ne trouvait rien ni aux glandes de la région, ni ailleurs; enfin, on ne produisaient aucune douleur en explorant les parties par le toucher.

La sonde, qu'on essaya de passer dans l'œsophage, fut brusquement arrêtée en un point répondant à l'union du pharynx et de l'œsophage. Après plusieurs tentatives infructueuses, je réussis à faire passer au delà du rétrécissement une bougie n° 8, et en examinant cette bougie au point où elle avait franchi le rétrécissement, je ne la trouvai recouverte ni de sang, ni d'aucun autre liquide. Enfin, j'introduisis mon doigt dans la gorge et bien que je ne puisse atteindre le rétrécissement, je sentis distinctement que le fond du pharynx était plissé et que son calibre diminuait.

Le traitement consista à passer chaque jour une bougie dans le rétrécissement et à soutenir la malade, avec autant d'aliments liquides qu'elle pouvait en prendre. Chaque jour on lui donnait de la viande, qu'elle mâchait avec plaisir, et elle pouvait ainsi apaiser efficacement sa faim insatiable.

Lorsque le rétrécissement fut assez dilaté pour laisser passer une bougie n° 14, il se forma un abcès en avant du cricoïde, probablement sous l'influence de l'irritation produite par les instruments; aussi, conseilla-t-on de suspendre, pendant un certain temps, l'introduction des bougies; mais en fait, la malade ne put les supporter plus longtemps, vu l'irritation et la suppuration qu'elles produisaient. L'affaiblissement, l'émaciation, firent des progrès, et la dysphagie fut constante pendant plusieurs semaines. L'abcès ne se fermait pas, la suppuration était formée par un liquide aqueux et purulent, dans lequel on ne trouva jamais de traces d'aliments avalés, bien qu'il fût mêlé quelquefois à des bulles d'air.

Vers le milieu d'octobre, c'est-à-dire quatre mois après son entrée à l'hôpital, la malade était arrivée au dernier degré de l'amaigrissement; trop faible pour se tenir debout, elle ne pouvait avaler que très-peu d'eau-de-vie et d'extrait de bœuf, et encore avec les plus grandes difficultés. Enfin elle refusait absolument, comme elle l'avait toujours fait, de prendre des lavements nutritifs.

Opération. — Après une consultation avec mes collègues, et de l'entier consentement de la malade, on résolut de pratiquer l'œsophagotomie. L'opération fut faite le samedi 19 octobre. Avant d'inciser les tissus, une bougie n° 5 fut passée dans le rétrécissement et poussée au delà dans l'œsophage; c'était dans le but qu'elle pût servir de guide pour ouvrir ce conduit dès qu'il serait mis à nu. L'extrémité de l'instrument fit saillie sous la peau,

au côté gauche du cou, entre le larynx et le muscle sterno-mastoïdien, ce qui démontra clairement qu'au-dessous de la stricture de l'œsophage il existait, comme on l'avait prévu, une voie libre (*giving way*). On fit une incision oblique, presque parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien, s'étendant depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. Le peaucier et l'aponévrose divisés, la dissection fut continuée avec précaution, les muscles abaisseurs du larynx furent coupés ou déviés, et les vaisseaux carotidiens recouverts de leur gaîne furent tirés en dehors. Ceci fait, l'opération fut rendue un peu plus difficile par suite de l'existence de nombreux trajets fistuleux et de points suppurés, qui changeaient l'aspect des tissus et trompaient sur leur nature ; mais en restant constamment sur la partie latérale du cartilage cricoïde et de la trachée, on reconnut enfin le tissu musculaire de l'œsophage et l'on y fit une incision longitudinale.

J'introduisis mon petit doigt par cette ouverture, et je constatai que toute la partie de l'œsophage placée au-dessous de la plaie était saine et dilatable (*patulous*) ; au-dessus, au contraire, mon doigt fut tout de suite arrêté par un rétrécissement dense et résistant. J'avais donc ouvert l'œsophage au-dessous du point où siégeait le rétrécissement. Le plus gros des tubes à trachéotomie fut introduit dans la plaie œsophagienne et maintenu en place, un tube flexible fut passé par son ouverture et pénétra jusque dans l'estomac sans aucune difficulté, preuve que l'œsophage n'était pas obstrué au delà du point rétréci. L'écoulement sanguin fut insignifiant et l'on ne vit même aucun vaisseau de quelque importance, excepté le tronc veineux brachio-céphalique, situé profondément et couché en travers de la partie la plus inférieure de l'incision.

La malade supporta bien l'opération, et aucun accident ne s'ensuivit. Un tube flexible et disposé en entonnoir fut introduit dans la canule à trachéotomie, et grâce à ce moyen, on alimenta la malade en lui donnant très-fréquemment et par petites quantités de l'extrait de bœuf, du lait et de l'eau-de-vie. On lui donna d'abord peu à manger. Elle dormait bien, ne souffrait plus, et disait elle-même qu'elle était très-soulagée et tout à fait à son aise. Comme il n'y avait plus qu'un peu de réaction fébrile, au bout de quarante-huit heures, on lui permit de prendre des aliments autant qu'elle le voudrait ; aussi, pendant les dix premiers jours qui suivirent l'opération, l'état de la malade fit-il des progrès très-satisfaisants : elle prenait des forces, et perdait cet aspect cadavéreux qui l'avait si longtemps inquiétée. Mais en même temps qu'elle retrouvait ses forces, la malade devenait plus difficile à soigner ; elle s'efforçait d'avaler lorsque le tube œsophagien était enlevé, se figurant qu'elle ne pouvait plus déglutir aussi facilement que jadis (bien que ce ne soit réellement pas le cas), elle s'opposa à la réintroduction du tube et à l'administration de la nourriture ; elle ne pouvait donc prendre l'alimentation régulière et abondante qui lui était en fait nécessaire, et pendant vingt-quatre heures elle s'opposa à toute tentative d'alimentation par l'ouverture artificielle. Un ulcère dû au décubitus prolongé, succédant à cette crise, vint s'ajouter comme cause d'épuisement.

La malade perdit assez rapidement le terrain qu'elle avait gagné, sans montrer aucun signe de réaction, et, épuisée graduellement, elle mourut le 5 novembre, dix-huit jours après l'opération. Une inflammation locale, paraissant débuter dans la bourse olécrânienne du bras gauche, se manifesta deux jours avant sa mort.

Autopsie. — Le résultat de l'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort par M. Howard Marsh, est extrait du registre de l'hôpital.

Corps. — Extrêmement émacié et ridé; eschare récente au sacrum, le tiers inférieur du bras gauche et le quart supérieur de l'avant-bras présentent une coloration d'un rouge brun foncé, et offrent une tuméfaction dépressible par la pression du doigt.

Lieu de l'opération. — La plaie, située à gauche, part un peu au-dessus du niveau du cartilage cricoïde, et s'étend jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire; les bords en sont sains et n'offrent aucun signe d'infiltration ou d'irritation locale, les muscles et les téguments se séparent aisément les uns des autres. L'œsophage et la trachée enlevés et ouverts à leur partie inférieure, on découvrit un rétrécissement d'environ un pouce de longueur, dont la partie supérieure répondait au milieu du cartilage cricoïde. La coarctation de l'œsophage résultait d'une infiltration de toute la circonférence de ce conduit, toutefois l'obstacle principal, provenait d'une saillie à convexité postérieure, produite par les tissus placés entre l'œsophage et la face postérieure du cricoïde, tissus qui étaient plus spécialement le siége de l'infiltration.

Non-seulement le canal œsophagien était assez rétréci pour n'admettre que le passage du cathéter n° 3, mais il était aussi tortueux. La face interne de l'œsophage était ulcérée, vis-à-vis le siége du rétrécissement, et de nombreux trajets fistuleux naissaient en ce point et s'irradiaient vers les parties molles environnantes. Immédiatement au-dessous de la coarctation, existait une ouverture longitudinale intéressant la partie antérieure gauche de l'œsophage; cette ouverture qui pouvait admettre facilement l'extrémité du doigt, traversait des parties saines et au-dessous d'elle le canal œsophagien était tout à fait normal. La canule dont on avait fait usage pendant la vie, n'avait pas produit d'irritation appréciable. La membrane muqueuse recouvrant les cartilages aryténoïdes était œdématiée (probablement d'une façon chronique). En examinant les parties antérieures du cou, on trouva plusieurs trajets fistuleux anciens, situés au milieu des muscles et descendant du rétrécissement, pour venir s'ouvrir dans la plaie chirurgicale.

La veine innominée est couchée à la partie inférieure de la plaie, la croise obliquement, et sa paroi était entièrement mise à nu.

Le cœur, très-petit, pesait seulement 4 onces 3/4. Les artères coronaires étaient légèrement athéromateuses, et toutes deux, ainsi que les veines, étaient dilatées et tortueuses. Cet aspect était très-probablement dû à l'extrême diminution de volume de l'organe central de la circulation, d'où il résultait une trop grande longueur des vaisseaux coronaires. Le tissu du cœur était extrêmement granuleux et l'on trouvait un grand nombre de globules de graisse dans le champ du microscope. Le *foie*, *la rate* et *les reins* étaient seulement très-atrophiés. On ne trouva pas de dépôt secondaire, dans aucune partie du corps, et le système glandulaire lymphatique ne présentait ni dilatation, ni changement d'aucune sorte.

Examen microscopique du tissu de la partie rétrécie. — Elle était presque entièrement formée de cellules d'épithélium squameux type, beaucoup étaient polygonales et aussi larges que des cellules d'épithélium pavimenteux;

mais il y avait aussi beaucoup de cellules ovales ou sphériques, enfin d'autres offraient des queues, longs prolongements naissant tout aussi bien des cellules appartenant au genre ovale, que de celles du genre polygonal. Dans presque tous les cas, ces cellules présentaient un nucléole parfaitement distinct. (*Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, vol. IV, p. 204, 1868.)

FIN.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.