

aiguilles en particulier, introduire dans la trachée par la glotte une tige aimantée à laquelle ces corps resteraient attachés (Voltolini). En fait, l'extraction par les voies naturelles est peu pratiquée. Sur les 1000 cas recueillis par Weist nous ne la rencontrons que 65 fois.

L'extraction du corps étranger par la trachéotomie a été tentée bien plus souvent : 558 fois sur 1000. L'opération a fourni de brillants succès, mais elle a échoué bien souvent. D'après les relevés de Weist, la mortalité est de 27,42 pour 100 après elle.

Lorsque les corps sont mobiles, par conséquent trachéaux, on les découvre souvent tout de suite au moment où l'on ouvre la trachée, et l'on n'a qu'à les extraire, ou bien ils sont rejetés par la plaie dans les efforts de toux que fait le malade. Ne viennent-ils pas de la sorte, on les trouve souvent hors de la trachée, sous les pièces du pansement, au bout de quelques heures. Les corps fixés profitent moins bien de l'opération. Sont-ils dans le larynx, on peut les y saisir en faisant non plus la trachéotomie, mais la laryngotomie. Dans bien des cas, il vaudra mieux, à l'exemple de quelques opérateurs, faire encore la trachéotomie et chasser le corps vers la bouche en le repoussant de bas en haut au moyen d'un petit écouvillon; une plume munie de ses barbes joue très bien ce rôle. Sont-ils au contraire arrêtés au bas de la trachée ou dans quelque division bronchique, on devra les aller saisir avec une pince. Mais ici l'intervention devient souvent bien difficile. Le corps peu volumineux, fixé dans les bronches, ne sera presque jamais délogé de cette façon, et si les phénomènes qu'il provoque sont modérés, on a tout à gagner à s'en tenir à l'expectation.

La trachéotomie ou la laryngotomie sont en somme indiquées seulement dans le cas où les corps étrangers provoquent des spasmes dangereux, ou bien menacent par leur volume d'amener l'asphyxie. Il faut toujours penser à la possibilité d'une expulsion spontanée hâtive ou tardive pour les corps de petit volume. Dans un cas, Lefferts a eu recours avec succès à la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Cette opération s'adresse seulement aux corps étrangers sus-glottiques que leur fixité empêche d'extraire par les voies naturelles.

II

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Généralités, conditions anatomiques. — Les voies respiratoires ne doivent donner passage qu'à l'air atmosphérique. Toute substance solide ou liquide qui s'y engage joue le rôle de corps étranger. Les voies digestives se trouvent dans des conditions physiologiques tout autres. Elles sont parcourues à l'état normal par des corps solides, demi-solides et liquides de toute nature. Il n'y a pas un seul objet qui par lui-même mérite le nom de corps étranger de l'œsophage, et il n'y en a pas un seul qui ne puisse le devenir. C'est que l'état pathologique réside tout entier dans ce phénomène : l'arrêt du corps quel qu'il soit dans un point du conduit.

L'œsophage commence au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde. La portion terminale du pharynx ne fait qu'un avec lui et, à ce point de vue, sous le nom de corps étrangers de l'œsophage, on comprend avec raison les corps retenus dans tout le canal pharyngo-œsophagien. Les substances qui, parties de la bouche, cheminent vers l'estomac, traversent trois points rétrécis : l'un à l'union du pharynx et de l'œsophage; un second vers la fourchette sternale, un peu au-dessous d'elle, dans le point où l'œsophage se met en rapport par son côté gauche avec la crosse de l'aorte; un troisième enfin au niveau du cardia. Le docteur Mouton a montré par ses moulages de la cavité œsophagienne que chacun de ces détroits mesurait environ 14 millimètres de diamètre. Comme l'œsophage est très dilatable, on peut sur le vivant faire passer sans difficulté dans ce canal de 14 millimètres des corps ronds de 18 à 19 millimètres de diamètre et des corps plats bien plus larges encore, cela va de soi. Il faut se rappeler que l'œsophage est situé au cou entre la trachée et la colonne vertébrale, et qu'il traverse la cavité thoracique, de haut en bas, logé dans le médiastin postérieur. Il y est en rapport immédiat avec la terminaison de la trachée, les bronches, surtout la bronche droite et le péricarde en avant; sur les côtés, avec la plèvre médiastine droite, la plèvre médiastine gauche et la crosse aortique. La longueur de l'œsophage chez l'adulte est de 25 centimètres. On compte 15 centimètres entre l'arcade dentaire supérieure et le bord inférieur du pharynx.

Nature des corps étrangers de l'œsophage; leur mode d'introduction; leur mode de fixation. — Quelques-uns s'arrêtent dans le conduit œsophagien, par le fait seul de leur volume; d'autres, qui peuvent être extrêmement petits, se fixent par des aspérités, dont ils sont munis. Un grand nombre sont à la fois volumineux et munis de portions aiguës et saillantes. On comprend qu'une variété infinie d'objets est capable de remplir ces diverses conditions.

La plupart du temps le corps étranger est introduit de la façon la plus naturelle, au moment du repas. Chez les vieillards privés de dents, chez les aliénés gloutons, on voit un gros fragment de pain, de viande, de légume, avalé sans mastication suffisante, s'arrêter par son seul volume au niveau de l'isthme pharyngo-œsophagien. Dans d'autres circonstances, de beaucoup les plus communes, des objets de volume moyen ou petit sont absorbés avec les aliments, tels des arêtes de poisson, des fragments d'os : os de bœuf, de mouton, de poulet, de caille, etc.

La déglutition de certains objets est involontaire. Avant tout des pièces de monnaie, puis des aiguilles, des épingles, des poissons vivants, etc., tenus dans la bouche, sont emportés de la sorte. Pendant le sommeil, des dents artificielles se détachent avec leur support et sont avalées d'une façon inconsciente. Cet accident se produirait facilement sous le chloroforme, si le chirurgien ne prenait pas le soin de retirer les dentiers avant l'anesthésie. Dans le même ordre d'idées, il faut citer les jouets que l'enfant tient à la bouche en s'endormant ou les fragments de tumeurs ou d'os nécrosés de la région naso-palatine.

Certaines déglutitions fantaisistes apportent encore leur contingent de corps étrangers. Les gageures, les tours d'adresse consistant à introduire dans l'œsophage un corps comme une fourchette, qui peut être lâchée malheureusement, les aberrations qui poussent certaines femmes à avaler des aiguilles, et certains aliénés à introduire dans leur œsophage des corps de toute espèce : pierres, couteaux, lunettes, grosse clef, etc., en sont les principales origines.

Il faut faire une place à part, parmi les corps déglutis, aux sangsues qui, introduites avec les boissons, se fixent sur l'extrémité inférieure du pharynx ou sur la partie supérieure de l'œsophage. Le mode de fixation de ces corps étrangers est tout à fait spécial et unique, on le conçoit aisément.

Par grande exception, des objets venus de l'estomac, et rejetés par le vomissement, pourraient s'arrêter dans l'œsophage; le fait le plus connu est celui d'un paquet de lombrics. On cite au même titre un *tœnia*, une masse alimentaire solide, des hydatides.

Lorsque les corps étrangers sont absolument trop volumineux, ils pénètrent rarement au delà de l'isthme pharyngo-œsophagien; ils occupent dans tous les cas toujours la région cervicale. Lorsqu'ils ont dépassé la fourchette sternale, ils arrivent à l'estomac sans encombre. La dernière partie de l'œsophage, quoique étroite, elle aussi, ne leur oppose jamais un obstacle sérieux. Si le conduit œsophagien présente un rétrécissement pathologique, les conditions changent naturellement. Alors des corps, même de petit volume, s'arrêtent au-dessus du point malade; mais il s'agit là d'une complication de rétrécissement de l'œsophage, et nullement d'un cas particulier des corps étrangers de ce canal.

Les corps de moyen volume, mais munis d'aspérités, qui peuvent à un certain moment les retenir, traversent ordinairement l'isthme pharyngo-œsophagien pour s'arrêter à la partie inférieure de la région cervicale, — au voisinage de la fourchette sternale et de l'aorte. — Les corps pointus et de petit volume, les corps allongés, comme les épingles et les aiguilles, se fixent indifféremment sur un point quelconque de l'œsophage.

Symptômes. — On comprend sans peine que certains corps étrangers de l'œsophage ne peuvent jouer qu'un seul rôle, celui de corps irritants, offensants, amenant l'inflammation et l'ulcération de ce conduit et des parties qui sont en rapport avec lui. Les arêtes, les petits os pointus, les aiguilles, les hameçons et tous les corps de ce genre n'agissent pas autrement. D'autre part, les corps volumineux forment une barrière dans l'œsophage et produisent à coup sûr l'arrêt de la déglutition; ils gênent même la respiration par la pression qu'ils exercent sur la trachée et le larynx. Dans presque tous les cas ces deux genres d'accidents se combinent.

Symptômes initiaux. — Quelques malades ont la notion qu'ils avalent une bouchée trop volumineuse. Aussitôt un accès de suffocation se produit, le patient se lève avec tous les signes d'un violent effroi, porte la main à la gorge, essaye de se débarrasser, par des efforts d'expiration, de l'obstacle qui l'opprime. Mais il respire péniblement, sa face rougit, puis bleuit. Il peut succomber sur-le-champ

par l'asphyxie. On voit au musée Dupuytren plusieurs pièces qui se rapportent à des morts subites de ce genre.

Le plus souvent, par bonheur, les efforts de vomissement amènent le rejet du corps étranger, et tout rentre dans l'ordre. Inversement, le malade réussit, dans d'autres cas, à avaler l'objet un moment arrêté à l'isthme œsophagien, car il ne s'agit pas d'autre chose lorsque les phénomènes initiaux sont si marqués, et ici encore tous les accidents disparaissent.

Ces symptômes initiaux manquent complètement avec les petits objets pointus, destinés à s'accrocher dans l'œsophage; ils ne se rencontrent même pas dans les corps volumineux, qui franchissent sans encombre l'isthme pharyngo-œsophagien pour s'arrêter dans une autre portion du conduit. Nous nous trouvons ici en présence des symptômes proprement dits.

Symptômes des corps arrêtés dans l'œsophage. — La douleur est constante. C'est presque le seul symptôme de certains corps pointus. Elle peut manquer ou être très obtuse. On cite des malades qui ont conservé pendant des années dans l'œsophage, sans en être pour ainsi dire incommodés, des pièces de monnaie, un morceau de gutta-percha, etc. Il est probable que dans ce cas le corps étranger est plus ou moins enfoncé et pour ainsi dire *garé* dans un repli valvulaire accidentel de la muqueuse œsophagienne. — Lorsque la douleur existe, tous les mouvements de déglutition l'exaspèrent. La *dysphagie* est le phénomène capital, sans aucun doute. Elle peut être complète, physique, lorsque le corps obstrue complètement le conduit. Les liquides mêmes sont alors retenus dans la portion supérieure de l'œsophage. Elle atteint rarement ce degré, et surtout elle ne se produit pas toujours par ce mécanisme. Dans tout corps étranger de l'œsophage, la dysphagie résulte autant du spasme œsophagien que de l'obstacle même. Des corps de très petit volume, une simple arête de poisson, la provoquent parfaitement. L'œsophage s'accommode au contraire quelquefois de la présence de certains corps volumineux, mais mousses, comme des pièces de monnaie, et grâce à cette tolérance, d'une part, grâce à ce que, d'autre part, ces objets, placés de champ, n'obstruent guère le conduit œsophagien, la déglutition peut dans ce cas être à peu près normale.

La *dyspnée* est provoquée souvent par la pression qu'un corps étranger volumineux exerce sur la trachée. On a noté une seule fois

le cornage, qui témoigne d'une diminution notable de calibre. La dyspnée est constante ou survient par accès. Dans ce dernier cas, le spasme du larynx semble jouer un rôle important. Il dépend lui-même, soit de l'excitation des pneumo-gastriques par le corps étranger, soit de l'introduction dans le larynx de quelques parcelles alimentaires ou de quelques gouttes de liquide pendant que le patient fait des efforts de déglutition.

Tous ces phénomènes entretiennent un malaise qu'aggravent souvent des efforts de vomissement fréquents, un état d'anxiété continue, et quelquefois, surtout chez les enfants, des spasmes et de véritables convulsions tétaniques.

Marche et complications. — Certains corps entretiennent l'état de souffrance que nous venons de décrire, d'une façon continue, jusqu'à ce que se produisent des complications nouvelles. Pour d'autres, se présentent des périodes de rémission alternant avec des périodes douloureuses. D'autres corps enfin, qui semblent absolument tolérés par l'œsophage, ne donnent plus lieu à aucun phénomène et on pourrait les croire disparus, si les accidents qui nous restent à décrire ne venaient tout d'un coup tirer le malade et le chirurgien d'une trompeuse sécurité.

a. Une *inflammation locale* se montre de bonne heure, du côté de la muqueuse œsophagienne, dans les points irrités par les parties saillantes du corps étranger; une petite portion de cette membrane peut être frappée de sphacèle; ces destructions limitées ont souvent une heureuse influence. Les corps peu volumineux se détachent par ce mécanisme. Ils sont alors rejetés par le vomissement ou passent dans l'estomac. La preuve de ce sphacèle plus ou moins étendu est fournie par la mauvaise odeur de l'haleine, que nous trouvons notée dans un grand nombre d'observations.

b. *Formation d'abcès.* — L'inflammation dépasse souvent la muqueuse; le tissu cellulaire sous-muqueux se prend, et il se forme des abcès entre les tuniques de l'œsophage. Les choses vont même plus loin. Des phlegmons se développent en dehors du conduit pharyngo-œsophagien, dans le tissu cellulaire qui l'entoure: phlegmons pharyngiens, dont quelques exemples se trouvent rapportés dans les recueils, et en particulier dans la thèse de Gillette sur les phlegmons rétro-pharyngiens, phlegmons péri-œsophagiens de la région cervicale ou du médiastin. Les abcès s'ouvrent tantôt dans le canal pharyngo-

œsophagien lui-même et, à ce moment, le corps étranger se dégage souvent, tantôt à l'extérieur, tantôt dans un des organes du médiastin : bronches, plèvre, péricarde, cavité des oreillettes. On comprend que la mort soit survenue immédiatement dans le dernier cas (Bussard, 1874), et que les terminaisons précédentes aient entraîné des péri-cardites et des pleurésies purulentes fort graves. — Même lorsqu'ils ne s'ouvrent pas ainsi, dans les organes qui veulent être respectés, les abcès œsophagiens et péri-œsophagiens constituent des accidents très sérieux. Les malades sont, par leur fait, en proie à une fièvre hectique; ils tombent dans le marasme et meurent d'épuisement. Comme les foyers purulents avoisinent les voies respiratoires, les compriment et les irritent, la toux est fréquente, si bien que souvent on pourrait croire ici, si l'on n'était prévenu, à la phthisie pulmonaire, au catarrhe bronchique, à l'asthme suffocant. On a signalé, mais à titre exceptionnel, des abcès qui, se mettant en contact avec la colonne vertébrale, ont amené sa dénudation et même ont pénétré jusqu'à l'intérieur du canal vertébral. La marche de ces phénomènes est souvent extrêmement lente. Gaultier de Claubry a rapporté l'observation d'une jeune fille qui n'expulsa un morceau d'os retenu dans l'œsophage qu'après quatorze années d'accidents.

c. Les perforations des organes avoisinants sont les plus curieux et les plus graves des accidents causés par les corps arrêtés dans l'œsophage. Quelques-uns n'arrivent qu'au bout d'un temps fort long, alors que le corps étranger semblait parfaitement toléré. On a cité quelques pièces de monnaie, un morceau de gutta-percha, etc. Le plus souvent, la perforation arrive assez vite, au bout de deux ou trois jours ou un peu davantage, sept, huit, dix jours. Divers organes sont atteints : la trachée, le péricarde et le cœur, les gros vaisseaux.

La perforation de la trachée conduit à l'établissement d'une fistule œsophago-trachéale, par laquelle les liquides et les parcelles alimentaires s'introduisent dans les voies aériennes; de là une toux fréquente, de la bronchite purulente, et finalement la mort plus ou moins rapide. Le péricarde a été plus d'une fois envahi par un corps étranger. On y a trouvé, dans un cas, un fragment de dentier. Une péri-cardite mortelle survient ici inévitablement. Le cœur est pénétré souvent par des corps de petit volume. Un fait d'Andrew est bien connu, dans lequel une arête de poisson pénétra jusque dans l'épaisseur de

la cloison interventriculaire. Nous citerons, en faisant l'histoire des plaies du cœur, de nombreuses observations d'aiguilles trouvées dans cet organe et qui ne l'avaient atteint très vraisemblablement qu'après avoir traversé l'œsophage, dans lequel elles avaient été introduites par la déglutition.

La perforation de la plèvre conduit à la pleurésie purulente.

Les perforations des vaisseaux sont les plus communes. Sur 42 cas recueillis par Poulet et Bousquet, l'aorte était atteinte 22 fois. Venaient ensuite par ordre de fréquence : la carotide, la veine cave, la thyroïdienne inférieure, la veine coronaire, la demi-azygos, l'artère pulmonaire, etc. A part une exception unique, ces perforations ont toujours été mortelles. Elles peuvent se produire sous la forme d'une hématomèse foudroyante ou sous la forme d'hémorragies renouvelées jusqu'à la mort.

d. Des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et quelquefois des dilatations de ce conduit peuvent se montrer à l'état de complication tardive, lorsqu'un corps étranger a séjourné longtemps dans l'œsophage et alors même qu'il a été rejeté ou extrait. La rétraction inodulaire, s'exerçant au niveau des ulcérations guéries, est la cause première de ces altérations.

Diagnostic. — Aucun des symptômes que nous avons énumérés n'est pathognomonique. Les commémoratifs ont une grande valeur, mais ils manquent souvent. Les phénomènes initiaux peuvent avoir été insignifiants, et, alors même qu'ils auraient été très marqués, certains malades, tels que les enfants et les aliénés, sont incapables de nous les faire connaître. La douleur sur le trajet de l'œsophage peut tenir à d'autres causes. Elle persiste souvent fort longtemps, alors que tout corps étranger est depuis longtemps éliminé. La dysphagie est encore le symptôme le plus important. Si elle se joint à quelques commémoratifs établissant assez nettement qu'un corps trop volumineux et irrégulier a franchi le pharynx à un certain moment, elle prend une grande valeur. Les troubles respiratoires ne sont bons qu'à induire en erreur l'observateur. Un certain nombre de signes diagnostiques peuvent être fournis par les divers modes d'exploration. La pharyngoscopie, si le corps est fixé très haut, le palper, s'il est volumineux, l'introduction du doigt dans l'arrière-gorge et surtout le cathétérisme de l'œsophage, au moyen d'un explorateur à boule, ou mieux, avec la sonde à résonnateur de Collin, fourniront quelque-

fois une certaine indication. Mais les premiers procédés ne sont applicables que pour les corps étrangers de la région cervicale, et le dernier reste souvent sans effet. Tous les corps de petit volume, et beaucoup de corps volumineux, sont longés et touchés par la sonde sans fournir aucun signe de leur existence. L'auscultation de l'œsophage, par la méthode d'Hamburger, donne des résultats bien plus incertains encore. Il s'agit d'entendre les bruits qui se produisent dans l'œsophage au niveau du corps étranger au moment où le malade avale des liquides. Ces bruits seront tout au plus caractéristiques d'un rétrécissement. Enfin dans ces derniers temps on a eu recours plusieurs fois à la radiographie avec succès.

Les accès de dyspnée ont pu faire croire à des corps étrangers des voies respiratoires; mais, dans ce cas, la dysphagie n'existe point. Chez quelques malades, les phénomènes dyspnéiques sont si puissants, l'asphyxie tellement imminente, que le chirurgien peut avoir à peine le temps de se demander si le corps étranger occupe les voies aériennes ou la première partie des voies digestives. Souvent, dans ce cas, il suffirait de porter le doigt au fond de la bouche pour sentir l'obstacle. Le temps pressant, on pourra faire la trachéotomie avant d'avoir éclairci le diagnostic. C'est ce qui arriva dans le cas célèbre d'Habicot, où un jeune homme avait voulu avaler, de crainte des voleurs, *quelque dix pistoles* nouées dans un petit linge. En présence des accidents asphyxiques qu'il constatait, Habicot fit la trachéotomie et poussa ensuite le corps étranger à travers l'œsophage jusque dans l'estomac.

Nous avons déjà dit qu'on avait pu confondre avec la phthisie, l'asthme, le croup, les accidents déterminés par des corps retenus depuis longtemps dans le conduit œsophagien. L'étude attentive du malade, la recherche soigneuse des commémoratifs, préservera généralement d'une semblable erreur.

Pronostic. — Terminaison. — Si l'on s'en rapportait aux seuls faits consignés dans les auteurs, on pourrait dire, sans aucun doute, que les corps étrangers de l'œsophage sont d'un pronostic très grave. Un bon tiers de ces observations se termine par la mort, et l'énumération que nous avons faite plus haut des divers accidents auxquels les malades sont exposés n'est pas des plus rassurants. Il faut cependant considérer que le plus grand nombre des faits n'a pas été publié. Combien de petits corps restent plus ou moins longtemps dans l'œso-

phage et sont rendus sans accident! — Les cas connus sont nécessairement les plus graves. La moitié d'entre eux environ se termine par l'expulsion spontanée du corps étranger au moment du vomissement, de l'éternement, pendant un éclat de rire, ou par sa chute plus ou moins tardive dans l'estomac, le corps s'étant dégagé de la muqueuse après l'avoir ulcérée. — La sortie du corps étranger met ordinairement fin à tous les accidents. Pourtant la suppuration œsophagienne et péri-œsophagienne peut encore faire courir des dangers aux malades; on a même vu des perforations vasculaires, une perforation de l'aorte en particulier, se compléter plusieurs jours après l'extraction. — Le passage de certains objets volumineux ou pointus dans l'estomac ne fournit pas toujours une guérison définitive. Le corps étranger de l'œsophage est devenu un corps étranger de l'estomac ou de l'intestin. Quelquefois un abcès du cou a pu livrer passage au corps étranger; souvent les objets de très petit volume, comme les aiguilles, cheminent à travers les tissus et vont, au bout d'un temps fort long, apparaître sous la peau dans des régions plus ou moins éloignées.

Traitement. — De tout temps, des pratiques populaires ont tendu à obtenir la terminaison naturelle par expulsion au dehors ou par propulsion vers l'estomac. On provoque le vomissement, après avoir fait avaler de l'huile ou des blancs d'œufs, destinés à lubrifier le conduit, ou bien on donne aux malades des bouchées assez volumineuses et assez solides pour former un bol capable d'entraîner le corps étranger vers l'estomac.

A ces deux méthodes, que les chirurgiens ont singulièrement perfectionnées, s'en est ajoutée une troisième purement opératoire: c'est l'extraction par une ouverture artificielle faite à l'œsophage.

Ces trois méthodes: extraction par la bouche, propulsion vers l'estomac, œsophagotomie, ont leurs indications spéciales, un peu difficiles parfois à bien établir, il faut l'avouer.

Extraction par la bouche. — On ne doit pas provoquer le vomissement si l'on ne connaît pas à l'avance la nature du corps étranger. Sous son influence des corps irréguliers, munis de pointes, se fixent plus solidement dans la muqueuse de l'œsophage. Les objets lisses et les corps pulpeux, comme des fragments de légume, seront au contraire rendus facilement par ce procédé. On obtient le vomissement au moyen de la titillation de la luette, de l'administration de l'émé-

tique par la bouche, et, si la déglutition est impossible, par l'emploi des injections sous-cutanées ou intraveineuses et des lavements d'émétique ou d'apomorphine. Le plus souvent le chirurgien recourt

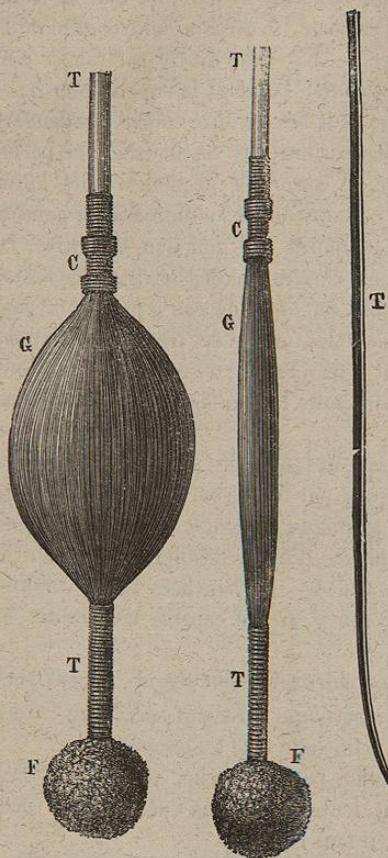


Fig. 2. — Parapluie de crin de Fergusson.

à l'extraction directe. Suivant la nature, et surtout le siège du corps étranger, les procédés varient. On aborde aisément ceux qui occupent la partie inférieure du pharynx avec des pinces recourbées. Le miroir pharyngoscopique permet souvent de diriger l'instrument à coup sûr. Le doigt porté dans le pharynx peut aussi servir de guide. Quelquefois on peut lui accrocher un petit corps pointu et en faire facilement l'extraction sans aucun instrument.

Les corps situés un peu plus profondément dans la région cervicale sont encore justiciables des grandes pinces de divers modèles, connues sous le nom de

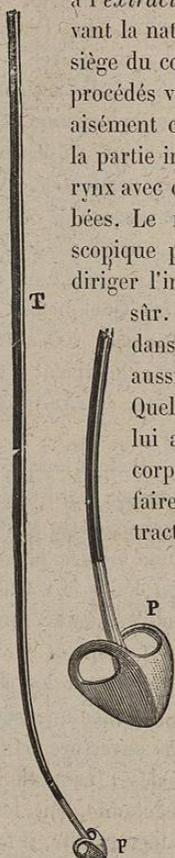


Fig. 3. — Panier de de Græfe.

pince à levier mobile de Collin, de pince américaine, etc. Mais la plupart du temps l'extraction devra être faite au moyen d'instruments préhenseurs spéciaux, construits de manière à passer derrière le corps étranger pour l'accrocher et le tirer en dehors. Le plus connu est le panier de de Græfe; viennent ensuite des instru-

ments en parasol qui s'ouvrent dans l'œsophage au-dessous de l'obstacle (parapluie de Fergusson), des tiges munies d'éponge ordinaire ou d'éponge préparée, les éponges ordinaires servant plutôt à la propulsion, enfin d'un instrument très usité en Angleterre, consistant dans une tige munie d'une éponge à son extrémité, et glissant dans une longue canule. L'extrémité inférieure de la canule et celle de la tige sont réunies par une gaine solide de crins, longs de 7 à 8 centimètres. En poussant la canule de façon à rapprocher son extrémité de celle de la tige, les crins forment un volumineux renflement, qui produit ce double effet d'écarter largement les parois de l'œsophage, et d'accrocher au milieu des filaments qui le forment tous les corps étrangers. Tous ces instruments, et d'autres qu'il est inutile d'énumérer, sont d'un usage excellent pour les pièces de monnaie, pour les objets peu volumineux et dépourvus d'aspérités trop blessantes; mais précisément les corps qui se fixent le plus souvent ne répondent pas à ces conditions. On renoncera, après quelques tentatives modérées, à pratiquer des tractions sur des objets qui sont manifestement immobiles dans l'œsophage. User de force serait s'exposer sûrement à une déchirure de la paroi et peut-être à des lésions vasculaires importantes. Un accident singulier, observé quelquefois dans ces manœuvres, c'est l'accrochement de l'instru-

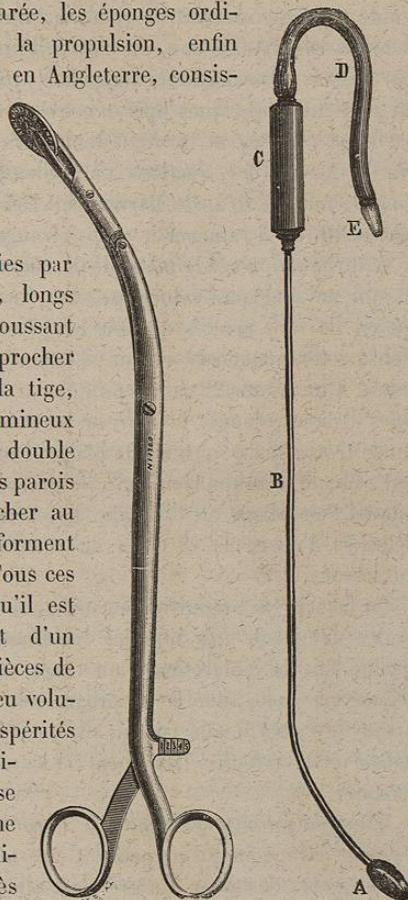


Fig. 4. — Pince de Collin.

Fig. 5. — Instrument pour la recherche des corps étrangers de l'œsophage (S. Duplay).

ment, spécialement du panier de de Græfe. Il dut, dans un cas, être laissé trois jours en place. On finit par le dégager, soit à l'aide d'un mouvement de rotation imprimé à sa tige, soit, comme dans un cas d'Adelmann, au moyen d'une sonde volumineuse glissée par-dessus cette dernière. Rappelons qu'avec le panier de de Græfe en particulier quelques opérateurs ont accroché le bord inférieur du cartilage cricoïde et, croyant tenir un corps étranger, ont pratiqué sur le larynx des tractions naturellement pénibles et dangereuses pour le malade. D'après Martin, sur 167 tentatives d'extraction, on a réussi 40 fois à ramener le corps étranger.

La propulsion est la méthode de choix pour les corps volumineux, et qui ne sont pas vulnérants, tels les bols alimentaires, surtout quand ils sont arrêtés un peu bas. Pratiquée dans d'autres conditions, cette manœuvre risque d'être dangereuse, puisque Martin a relevé 8 morts sur 22 cas de propulsion. Elle se pratique au moyen de tiges diverses, depuis le poireau jusqu'aux sondes les plus variées. On se trouve bien, souvent, de placer, immédiatement derrière la tige qui exécute la propulsion, un cylindre ou ballon dilatable, au moyen duquel l'œsophage est distendu. Les corps étrangers sont de la sorte détachés d'abord de la paroi du conduit et tombent naturellement au-dessous.

On favorise la propulsion en injectant dans l'œsophage ou en faisant avaler au malade des liquides lubrifiants, huile, blanc d'œuf, etc. Quelquefois la malaxation d'un corps mou, arrêté au niveau de la région cervicale, aide à sa progression. Dupuytren, dans un cas, broya de la sorte une pomme de terre; elle aurait été, sous son nouvel état, refoulée facilement si le malade ne l'avait avalée lui-même.

L'œsophagotomie externe est la seule ressource qui reste pour les corps étrangers qui ne peuvent être ni extraits par la bouche, ni refoulés vers l'estomac. Encore n'est-elle praticable que s'ils occupent la région cervicale, ou la partie tout à fait supérieure de la région thoracique. Pourvu qu'ils ne dépassent pas la première pièce du sternum, on peut encore avoir avantage à les aller saisir par la plaie œsophagienne au moyen de longues pinces (Bégin, Syme).

L'œsophagotomie doit être tentée, et tentée de bonne heure. L'échec des autres méthodes motive parfaitement l'opération. Elle sera pratiquée d'emblée lorsque le caractère vulnérant du corps

étranger (fragment de verre, aiguille) ou des lésions profondes des parois œsophagiennes rendent dangereuse toute tentative d'extraction par les voies naturelles.

Historique et manuel opératoire de l'œsophagotomie externe (d'après F. Terrier). — C'est Verduc (1645) qui paraît avoir proposé le premier l'œsophagotomie pour l'extraction des corps arrêtés dans l'œsophage. Après lui Hévin, dans son célèbre mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage (*Mém. de l'Ac. royale de chirurgie*, 1745), conseille la même opération, et Guattani, en 1747, fait paraître le premier travail connu sur l'œsophagotomie. Mais Guattani ne s'appuyait que sur des recherches cadavériques et des expériences sur les animaux. Il n'avait pas connaissance de deux opérations faites de son temps, et qui furent quelques années après, en 1757, rapportées dans l'*Histoire de l'Académie royale de chirurgie*, celles de Goursaud et de Rolland. Malgré ces deux faits, l'œsophagotomie continua à être étudiée d'une façon purement théorique presque jusqu'à notre époque. Vacca Berlinghieri fit paraître à Pise, en 1820, un mémoire dans lequel il recommanda, pour faciliter l'opération, une sonde conductrice, de son invention, qui est restée dans la pratique. En 1851 seulement Bégin pratiqua deux opérations nouvelles. Presque en même temps (1852), Arnolt, en Angleterre, Lavacherie, en Belgique, opéraient chacun un malade. L'œsophagotomie était dès lors définitivement entrée dans la pratique. Inventée spécialement pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, elle avait été entre temps appliquée au traitement des rétrécissements de ce conduit. Stoffel la conseille formellement à propos d'une observation rapportée par Bonnet dans le *Sepulcretum* (1700); Benj. Bell, dans son *System of Surgery* (1785-1787), l'indique aussi. Le premier fait d'œsophagotomie pour un rétrécissement est rapporté, sans mention du nom de l'opérateur, par Tarenget en 1786. Le second s'est produit bien longtemps après. Il appartient à Monod; Follin le donne dans sa thèse d'agrégation (1855). Les opérations d'œsophagotomie externe dans le cancer du pharynx et de l'œsophage sont restées peu communes.

L'œsophagotomie se pratique ordinairement du côté gauche, à cause de la saillie que le conduit fait de son côté. On trace entre l'articulation sterno-claviculaire et le bord supérieur du cartilage thyroïde une incision parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-

mastoïdien. Après la section de l'aponévrose superficielle, du muscle omo-hyoïdien et de l'aponévrose moyenne, on pénètre avec précaution entre le sterno-cléido-mastoïdien et les gros vaisseaux du cou d'un côté, le larynx et la trachée avec l'œsophage de l'autre. L'œsophage peut être rendu apparent par la saillie du corps étranger; il peut l'être encore par une sonde conductrice qu'on aura introduite dans la bouche; même sans conducteur, on peut arriver sûrement à l'œsophage en suivant le conseil de Duplaix: mettre à nu le lobe gauche de la glande thyroïde et le contourner en dehors jusqu'à ce que l'on soit conduit sur la trachée. L'œsophage se trouve alors facilement derrière cette dernière.

L'incision de l'œsophage doit être faite sur le côté du canal, parallèlement à son axe. Elle sera suffisante pour permettre l'introduction du doigt, d'une pince, etc.

Après l'extraction du corps étranger, il faut pratiquer, isolément dans la plaie, la suture de la muqueuse œsophagienne; si l'on comprenait dans les fils toute la paroi du conduit, elle serait coupée par eux pendant les mouvements de déglutition. On laisse la plaie extérieure ouverte et l'on se contente de faire sur elle des applications antiseptiques. Le malade est nourri pendant quelques jours avec la sonde œsophagienne.

Kœnig a rassemblé 55 cas d'œsophagotomie pour corps étranger, sur lesquels la guérison a été obtenue 26 fois; 6 fois la mort est survenue, à la suite de perforations, de gangrène de l'œsophage, de pneumonie, de phlegmon du médiastin; dans un cas le résultat est resté incertain. Une pareille statistique est très favorable, si l'on considère que les corps obtenus par l'œsophagotomie avaient résisté à toutes les tentatives d'extraction par la bouche et de propulsion vers l'estomac, et qu'ils menaçaient par conséquent la vie du malade. Les résultats sont beaucoup plus favorables quand l'opération est pratiquée de bonne heure. Fischer indique que la mortalité varie de 15 à 50 pour 100, suivant qu'elle est faite avant ou après le 5^e jour.

Enfin la *gastrotomie* reste une dernière ressource pour les corps étrangers bas situés. Elle a déjà procuré plusieurs guérisons.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES VITALES ET ORGANIQUES

I

MALADIES DU TISSU CELLULAIRE

a. — *Phlegmon du cou en général.*

Étiologie. — A la région cervicale, comme partout ailleurs, le phlegmon a pour point de départ l'introduction dans les mailles du tissu cellulaire d'un produit irritant, souvent septique.

Quelquefois l'agent d'irritation s'infiltré de proche en proche à travers le tissu cellulaire lui-même. C'est ainsi qu'une fracture du larynx dont le foyer suppure, un corps étranger qui ulcère l'œsophage, un ganglion tuberculeux ramolli, une plaie superficielle septique, etc., donnent naissance à des phlegmons par continuité d'inflammation. Il s'agit alors de simples complications dont la description se rattache à celle des affections les plus diverses.

Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons du cou ont une autre cause. Ils sont liés à des lésions plus ou moins éloignées: carie dentaire, érosion soit du tégument externe, soit des muqueuses de la face et du cou. L'existence de la lésion primitive est quelquefois difficile à prouver. Il faut toujours l'admettre. On ne connaît pas de véritables phlegmons idiopathiques. Du reste, que le point de départ de l'inflammation soit découvert ou non, tout concourt à démontrer que le phlegmon commun de la région cervicale se développe dans le tissu cellulaire qui entoure les ganglions lymphatiques: c'est un adéno-phlegmon. Il débute par l'adénite et se termine par le phlegmon.

La convalescence des fièvres graves, telles que la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole et surtout la scarlatine, est marquée souvent par le développement d'abcès du cou. Les manifestations buccales, laryngées, pharyngées, etc., sont communes dans ces diverses affections: d'où l'adénite.