

Lorsqu'une fistule du larynx ou de la trachée est jugée incurable, ou que le malade ne veut pas se prêter à une opération sanglante, on fait porter un obturateur.

### CHAPITRE III.

#### CORPS ÉTRANGERS DU COU.

Nous n'avons pas à examiner ici les corps étrangers placés au milieu des parties molles du cou; leur histoire rentre dans celle des corps étrangers en général (voy. t. I, p. 81 et suiv.). Nous devons au contraire étudier en particulier les corps étrangers de l'œsophage et des voies aériennes.

#### ARTICLE I.

##### Corps étrangers dans le pharynx et l'œsophage.

**Variétés.** Les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage sont le plus souvent des substances alimentaires avalées en trop grande masse pour pouvoir passer à travers les portions relativement plus étroites du canal: des croûtes de pain, de gros morceaux de viande, des fruits, etc. D'autres fois ce sont encore des portions d'aliments, mais qui ne sont pas destinées à être avalées, et qu'un mouvement de déglutition trop rapide a portées dans le pharynx: des arêtes de poisson, des fragments d'os, des morceaux de cartilage, des portions de tendons. Ou bien ce sont des corps étrangers à l'alimentation et qui sont avalés involontairement ou volontairement: des aiguilles, des épingles, des morceaux d'éponge, des pièces de monnaie, des cuillers, des fourchettes. On a signalé quelques faits de *sangsues* ayant pénétré dans le pharynx ou l'œsophage, soit à la suite d'une saignée locale faite dans la bouche, soit en buvant avec avidité de l'eau dans des mares contenant ces annélides. Il existe aussi des exemples d'*hameçon* introduit dans l'œsophage et fixé solidement dans les parois du conduit, à la suite d'un *simulacre de pêche à la ligne* dans le fond de la bouche d'individus qui se sont prêtés à ce jeu bizarre.

Dans d'autres cas, les corps arrêtés dans l'œsophage provenaient de l'estomac; tantôt de grosses portions d'aliments expulsées incomplètement par le vomissement, ainsi on cite un morceau de poumon préalablement avalé; tantôt des vers lombrics sortis de l'estomac et ayant cheminé dans l'œsophage ou étant expulsés à travers ce conduit par le vomissement.

**Siège.** Les corps étrangers venus du dehors s'arrêtent surtout à la partie inférieure du pharynx, ou au commencement de l'œsophage, ou bien immédiatement au-dessus du diaphragme; rarement au milieu de l'œsophage.

**Symptômes.** Les uns se manifestent au moment même où le corps

étranger est arrêté dans le conduit, les autres sont la conséquence du séjour de ce corps.

**1° ACCIDENTS PRIMITIFS.** Lorsque le corps étranger est d'un petit volume, mais anguleux, la muqueuse est déchirée, il y a une hémorragie qui peut aller jusqu'à la syncope, entraîner même la mort si un vaisseau important est lésé. Si, au contraire, le corps étranger est mousse et qu'il finisse par descendre dans l'estomac, il ne reste qu'une douleur locale pendant un temps plus ou moins long. Mais si le corps étranger a un certain volume, le sujet éprouve un sentiment de strangulation; il se livre à des efforts violents et convulsifs pour le rejeter; la respiration est troublée, le visage rouge et tuméfié; l'agitation est violente, la déglutition impossible ou très-difficile. Le corps étranger peut être assez volumineux pour exercer une compression sur l'orifice supérieur du larynx et occasionner une mort prompte par suffocation. Toutefois, le plus souvent, il se manifeste une rémission des symptômes au bout de quelque temps, et lorsque le corps étranger est descendu dans la portion thoracique de l'œsophage, il ne reste qu'une douleur plus ou moins vive avec gêne de la déglutition. Quelquefois il se développe une contraction spasmodique de l'œsophage qui empêche le déplacement du corps étranger. Si ce dernier arrive dans l'estomac, il y a en général une douleur très-vive au moment où le cardia est franchi.

**2° ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.** Si le corps étranger séjourne dans l'œsophage, il provoque par sa présence une inflammation suivie le plus souvent de suppuration. A la faveur de l'atmosphère de pus qui se forme autour de lui, le corps étranger peut devenir libre et être expulsé par la bouche ou tomber dans l'estomac. Ce mode de terminaison est rare; plus souvent, le corps étranger demeurant en place, la suppuration se prolonge et devient abondante; le sujet vomit des matières alimentaires mêlées de pus et de sang; il est pris de fièvre, quelquefois de quintes de toux, d'enrouement et même d'aphonie. Ces accidents cessent quand le corps étranger est expulsé par les voies naturelles, ce qui a été observé au bout de sept, dix, dix-sept mois et même quatorze ans (Gauthier de Claubry); cette expulsion a lieu ordinairement, soit à la suite de fortes convulsions et de vomissements, soit à la suite d'une violente quinte de toux.

Dans d'autres cas, des abcès naissent dans l'épaisseur des parois de l'œsophage, et quand ils s'ouvrent dans l'intérieur du conduit, le corps étranger est encore parfois expulsé. Mais si le pus se porte en dehors, il fuse sur les parties latérales du cou, ou même dans la poitrine. Il se peut qu'alors le corps étranger, ayant préalablement perforé les parois de l'œsophage, soit encore entraîné au dehors par la suppuration. Si le corps étranger est aigu et qu'il passe à travers les parois de l'œsophage par un travail progressif d'ulcération, il peut perforer l'un des gros vaisseaux circonvoisins: aorte, carotide, sous-clavière, etc., et produire une hémorragie mortelle. On a aussi observé une perforation consécutive de la trachée, auquel cas les boissons et les aliments sont rendus par l'expectoration dans des accès de toux. On a signalé encore la dilatation du pharynx en forme

de sac ; la partie postérieure de cette cavité, très-dilatée, formait une poche qui s'était insinuée entre la colonne vertébrale et l'œsophage (Ludlow). Enfin, dans quelques cas, le corps étranger, après avoir perforé l'œsophage, a déterminé une carie des vertèbres.

Lorsque des sangsues se sont introduites accidentellement dans le pharynx ou l'œsophage, les malades accusent de la douleur, une sensation de succion particulière ; ils sont pris de vomissements sanguinolents ; ils ont des quintes de toux et rendent des crachats sanguinolents. Quelquefois il y a du hoquet, du délire, des convulsions.

**Diagnostic.** Il est quelquefois difficile. Il arrive, chez un certain nombre de sujets, qu'un corps étranger, après s'être arrêté temporairement dans le pharynx ou l'œsophage, et être tombé dans l'estomac, laisse persister une douleur locale, une difficulté de la déglutition et même une gêne de la respiration qui en imposent. Avant de se livrer à des manœuvres toujours pénibles pour le patient, on palpera avec soin les parties latérales du cou sur le trajet du conduit pharyngo-œsophagien, on fera ouvrir largement la bouche pour plonger le regard dans le haut du pharynx, on se servira même du *pharyngoscope* et du *laryngoscope* pour cet examen. Avec le *pharyngoscope* de Moura, on éclaire toute la partie moyenne du pharynx.

En y ajoutant l'emploi du *miroir laryngien*, on arrive à voir la partie inférieure du larynx et les gouttières pharyngo-laryngiennes. Moura rapporte avoir découvert ainsi une épingle située du côté gauche du larynx, entre la face externe du vestibule et la paroi postéro-inférieure du pharynx. Si l'on soupçonne que le corps étranger est descendu plus profondément, on pratiquera le cathétérisme de l'œsophage (voy. p. 463). Quant à l'*œsophagoscopie*, elle a donné jusqu'ici des résultats peu probants à Lewin, Voltolini, Semelder, Moura.

**Traitement.** Faire l'extraction du corps étranger par la bouche est la règle générale à suivre. On y arrive parfois, en faisant ouvrir largement la bouche, pencher la tête en arrière, et en introduisant dans le pharynx des pinces à branches longues et recourbées. Des pinces ingénieuses (fig. 219) ont été construites par Robert et Collin : l'une des branches présente vers son extrémité une articulation double, d'où il résulte qu'en écartant les anneaux de l'instrument, on éloigne les mors dans une petite longueur des branches, tout le reste de l'étendue de celles-ci ne s'écartant pas. Un seul des mors de la pince est mobile, tandis que l'autre reste fixe, ce qui permet de mieux saisir le corps étranger. On a conseillé de provoquer l'expulsion du corps étranger en administrant un vomitif. Cette médication est parfois dangereuse, parce que si le corps étranger est enclavé dans l'œsophage, il peut y avoir rupture du conduit pendant les efforts. Lorsque le corps étranger est situé à une certaine profondeur, il faut,

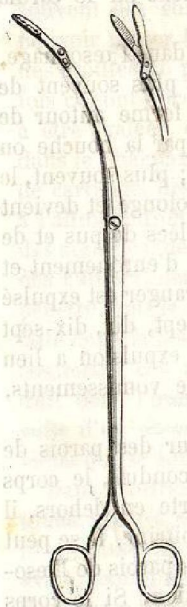


Fig. 219.

pour le dégager, des instruments spéciaux. Les uns agissent en le repoussant de *bas en haut* : une tige de baleine ou même un simple fil garni d'une éponge ; d'autres sont destinés à l'*accrocher de bas en haut* : l'anse d'une ficelle que l'on fait avaler, un double fil en argent flexible que l'on recourbe en anse, un crochet mousse, des anneaux métalliques fixés à l'extrémité d'une tige de baleine, le petit panier de Græfe, l'instrument en forme de petit parapluie de Rivière. On a usé d'un artifice particulier pour extraire un *hameçon* : on a fait passer le fil qui retient l'hameçon à travers une balle de plomb percée au centre ; la balle glisse le long du fil jusque sur l'hameçon, qui est dégagé et dont la pointe se fixe dans le plomb.

L'extraction des corps étrangers de l'œsophage présente parfois des difficultés et n'est pas toujours sans danger. Sédillot a vu succomber trois malades, l'un d'hémorragie, l'autre de résorption purulente, le troisième d'abcès développé dans le médiastin. Aussi a-t-on conseillé, dans les cas où l'extraction est difficile et où le corps étranger ne peut exercer d'action nuisible sur l'estomac, de le pousser dans cette cavité. On y arrive en faisant avaler des liquides en grande quantité à la fois, ou des aliments pulpeux ; en donnant des coups du plat de la main sur le dos du malade. Si le corps étranger est petit, pointu, irrégulier, on fait avaler un fruit, tel qu'une figue retournée, une prune débarrassée de son noyau. En cas d'insuccès, on pousse directement de haut en bas le corps étranger au moyen d'une tige de poireau (A. Paré), d'une tige de baleine terminée par une éponge ou par une petite boule (voy. fig. 220, p. 463.)

Lorsque des sangsues ont pénétré dans le pharynx ou l'œsophage, on cherche à les extraire. Si on échoue dans ces tentatives, on provoque la chute des annélides, en faisant avaler de l'eau additionnée de vinaigre ou de sel. Ce premier effet obtenu, il serait convenable d'administrer un vomitif pour débarrasser complètement le malade.

Il est des cas où le corps étranger ne peut être ni extrait par les voies naturelles ni refoulé dans l'estomac, et où les accidents sont tels, que le chirurgien doit intervenir ; il reste alors la ressource d'ouvrir l'œsophage pour enlever directement le corps étranger. Cette opération est appelée ŒSOPHAGOTOMIE. D'autres fois encore, les accidents de suffocation occasionnés par la présence d'un corps étranger dans la portion de l'œsophage en rapport avec l'orifice supérieur du larynx commandent de pratiquer sur-le-champ une *trachéotomie*.

**Œsophagotomie.** On l'exécute au côté gauche du cou, à cause de la déviation que présente normalement l'œsophage dans la région cervicale. Pour rendre plus facile l'ouverture du conduit, on se guide sur la saillie du corps étranger si celui-ci peut être senti, ou sur la sonde à ressort de Vacca introduite dans l'œsophage. Autant que possible, on choisit pour l'ouverture un point de ce conduit situé entre l'artère thyroïdienne supérieure et l'inférieure, pour éviter la blessure de ces vaisseaux. On divise la peau, puis le peaucier, dans une étendue de 9 centimètres environ, le long du bord interne du muscle sterno-mastoidien *gauche*, entre le sternum et le larynx. On fait écarter les lèvres de la plaie, en portant la tra-