

**Diagnostic.** — S'assurer de la présence réelle du corps étranger et de sa situation dans le pharynx ou l'œsophage.

Examiner le fond de la bouche; passer le doigt en crochet en arrière de la luette, explorer de droite et de gauche. Palper extérieurement le cou en arrière de la trachée, surtout à gauche: on peut sentir une induration.

Si nécessaire, et si possible, explorer l'œsophage avec un cathéter muni d'une petite olive (fig. 174), ou encore avec une sonde œsophagienne conduite doucement sur l'index comme guide (fig. 175). Au préalable, anesthésier le pharynx à la cocaïne.

Enfin, ne pas négliger la radiographie dans le cas de corps opaque aux rayons X.

#### Traitement.

### I. — CORPS ÉTRANGER DU PHARYNX

S'il s'agit d'une grande personne, la faire asseoir en face de l'opérateur. La bouche maintenue ouverte par un coin en bois, un bouchon, introduire l'index en crochet derrière la base de la langue et ramener le corps étranger, en inclinant la tête du malade en avant.

Chez les enfants, étendre le malade sur une table, la tête pendante: se servir d'une pince pour l'extraction. Si le corps glisse, il ne tombera pas dans le larynx.

Il va de soi qu'en présence de phénomènes asphyxiques, si le doigt ne ramène rien du pharynx ou si le corps étranger ne se mobilise pas, il faudra parer au plus pressé en faisant sur-le-champ la trachéotomie. Après, il sera toujours temps de s'occuper de l'extraction du corps étranger.

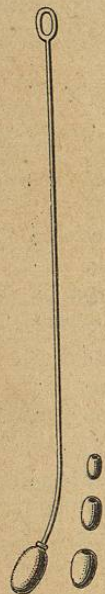


Fig. 174. — Cathéter œsophagien.

### II. — CORPS ÉTRANGER DE L'ŒSOPHAGE

#### A. Procédé de la sonde (enfants).

##### Préparatifs.

#### I. — Avant l'opération.

##### Instruments.

Sonde urétrale, à bécquille, n° 18.

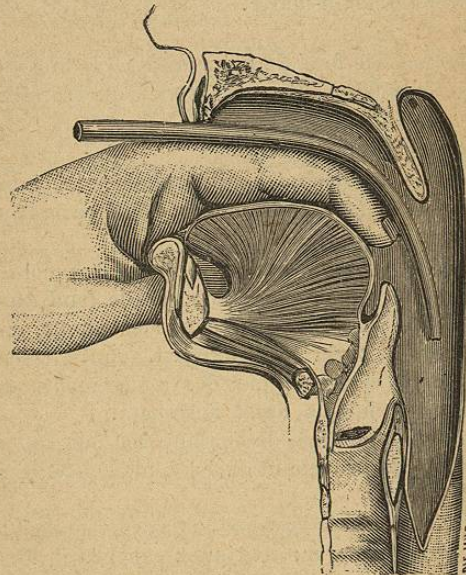


Fig. 175. — Cathétérisme de l'œsophage sur l'index comme guide (Ricard et Launay).

Bock injecteur monté avec canule s'adaptant à l'entrée la sonde.

##### Récipients.

Deux casseroles, l'une pour stériliser les instruments, l'autre pour faire chauffer de l'eau qui servira de bain-marie.



**Liquide.**

Eau bouillie : plusieurs litres.

**Anesthésique.**

Cocaïne en badigeonnages (p. 26).

**II. — Préparatifs de l'opération.****Instruments, matériel.**

Stériliser les instruments (p. 21). Faire tiédir l'eau bouillie au bain-marie.

**Malade.**

Badigeonner le fond du pharynx avec le tampon imprégné de cocaïne. Attendre trois à quatre minutes.

**Opération.****Position.**

Sujet assis, ou (enfant) maintenu entre les jambes d'un aide, la tête en extension forcée en face de l'opérateur.

**Exécution.**

Le long de l'index gauche appuyant sur la base de la langue, diriger la sonde vers le fond du pharynx (fig. 175), puis la pousser dans l'œsophage, en suivant toujours la paroi postérieure. L'ayant glissée au delà du corps étranger par des mouvements de vrille, l'enfoncer jusque dans l'estomac.

Injecter suivant l'âge de l'enfant, 200, 500, 800 grammes d'eau tiède provenant du bock placé à 50 centimètres de hauteur.

Retirer doucement la sonde jusqu'à ce que son œil accroche le corps étranger; continuer cependant l'irrigation.

Un effort de vomissement survient dégageant le corps étranger qui arrive, accroché à l'extrémité de la sonde.

**B. Panier de Graefe (fig. 176).****Préparatifs.**

Anesthésie du pharynx à la cocaïne (comme précédemment).

**Opération.****Position.**

Sujet assis en face de l'opérateur, la tête en extension.

**Exécution.**

Avec les mêmes précautions que précédemment, introduire le panier sur l'index gauche aussi bas que possible; au niveau du corps étranger, chercher à dépasser ce dernier en tournant la tige de gauche à droite, ou de droite à gauche.

Le corps étranger dépassé, le charger puis retirer l'appareil tout droit vers le haut et en direction médiane, d'un mouvement continu. S'il se produit un arrêt, vriller un peu, ou repousser le panier légèrement.

Au niveau du pharynx, extraire le panier rapidement et d'un seul coup.

Si le cricoïde est accroché, porter la tige fortement en arrière et en bas vers la colonne vertébrale, comme pour traverser la paroi postérieure de l'œsophage. Retirer ensuite.

En cas d'impossibilité de retirer le panier, recourir à l'œsophagotomie externe (p. 243).

**C. Pince œsophagienne.**

Applicable à tous les corps étrangers en général, os, noyaux, pièces dentaires.

**Préparatifs.****I. — Avant l'opération.****Instrument.**

Pince œsophagienne (fig. 177).



Fig. 176. — Panier de Graefe et éponge montés sur baleine.



Anesthésique.

Cocaïne en badigeonnages (p. 26).

## II. — Préparatifs de l'opération.

Instruments.

Au préalable, on aura marqué sur la tige de l'explora-



Fig. 177. — Pince à branche glissante pour extraire les corps étrangers de l'œsophage.

teur à boule olivaire la profondeur du corps étranger et on aura reporté cette mesure sur la pince.

Malade.

Anesthésier le pharynx du sujet par des badigeonnages à la solution de cocaïne ; attendre trois à quatre minutes.

**Opération.**

*Position.*

Sujet assis en face de l'opérateur, la tête en extension.

*Exécution.*

Introduire doucement la pince sur l'index gauche, descendre jusqu'au point de repère. Entr'ouvrant les mors, chercher à saisir solidement le corps étranger. Plusieurs tentatives sont souvent nécessaires.

On se rend compte que le corps est saisi à ce que les branches de la pince *ne peuvent être fermées* complètement. En cas d'échec (spasme de l'œsophage) et s'il n'existe pas de dyspnée, laisser reposer le malade une ou plusieurs heures, même un jour ou deux. L'alimenter aux liquides et à la purée de pommes de terre, le tenir au calme complet. Le corps étranger est souvent ainsi entraîné dans l'estomac.

### D. Crochet de Kirrison (fig. 178).

Pour les pièces de monnaie.

Mêmes préparatifs et même méthode d'introduction que pour le panier de Graefe.

Une fois que le crochet a dépassé le corps étranger, le faire remonter, en frottant contre la paroi antérieure de l'œsophage. La pièce de monnaie est accrochée et vient aisément au dehors.

### E. Éponge montée sur baleine (fig. 176).

Pour les gros morceaux de viande, les noyaux de fruits — lorsqu'ils sont mous.

Mêmes préparatifs et même méthode d'introduction que pour le panier de Graefe. On refoule le corps étranger jusque dans l'estomac.

### F. Œsophagotomie externe.

Opération assez grave : mortalité 20 p. 100 quand elle a lieu dans les trois premiers jours, 38 p. 400 quand ce délai est dépassé. Aussi, n'y recourir qu'en cas de nécessité absolue.

**Indications.** — Corps étranger récent, mais impossible à mobiliser, ou tranchant, ou très pointu ; corps étranger qui séjourne depuis plusieurs jours et crée un danger de perforation œsophagienne. Dans ce dernier cas, l'exploration et les manœuvres d'extraction précédentes sont à rejeter.

**Technique.**

**Préparatifs.**

De l'opération en général (p. 13).

*Instruments.*

Un bistouri.

Une paire de ciseaux.

Une sonde cannelée ordinaire.

Douze pinces à forcipressure.

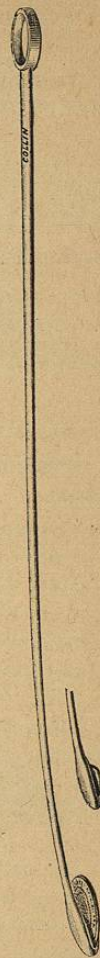


Fig. 178. — Crochet extracteur de Kirrison.



Quelques pinces de Kocher.  
 Deux écarteurs moyens.  
 Une aiguille courte et courbe.  
 Une aiguille courbe ordinaire.  
 Drain.  
 Catgut n° 4.  
 Crins.

*Anesthésique.*

Général : chloroforme ou éther.

*Aides.*

Au moins deux (un pour l'anesthésie)].

**Opération.**

*Position.*

Décubitus dorsal, épaules sur un coussin dur, tête renversée en arrière et inclinée vers la droite.

*Exécution.*

Incision au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche, en commençant à un doigt de l'articulation sterno-claviculaire et remontant jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Inciser le peucier, l'aponévrose; mettre à nu le bord antérieur du muscle, le décoller à la sonde cannelée et le récliner en arrière avec un écarteur. Dans ce temps, on rencontre toujours la jugulaire : la sectionner entre deux pinces. Dégager le bord supérieur de l'omo-hyoïdien, glisser sous lui et vers le dedans la sonde cannelée, charger le muscle et l'aponévrose : sectionner l'un et l'autre. Passer la sonde cannelée de haut en bas entre la trachée et le corps thyroïde en avant et les gros vaisseaux en arrière. Récliner ces derniers sous le sterno-mastoïdien; les maintenir avec un écarteur. Découvrir la trachée. Si l'artère thyroïdienne inférieure (en bas de la plaie, à un doigt au-dessous du tubercule de Chassaignac) gêne, la sectionner entre deux pinces. Relever le lobe gauche du corps thyroïde avec précautions,

le récliner en avant avec la trachée, à l'aide d'un écarteur.  
 L'œsophage apparaît grisâtre, aplati (fig. 179).

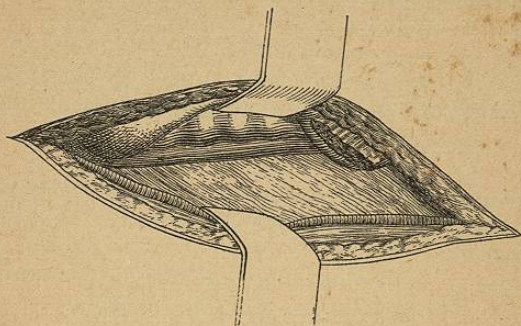


Fig. 179. — Découverte de l'œsophage (Ricard et Launay).

Au niveau du corps étranger, sectionner la paroi œsophagienne en long (fig. 180); ne pas oublier qu'elle est

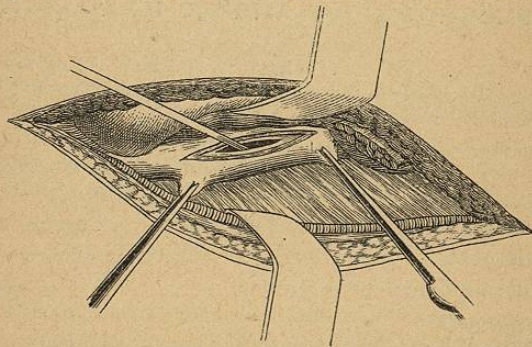


Fig. 180. — Ouverture de l'œsophage (Ricard et Launay).

épaisse et composée d'une muqueuse blanche, flasque, mobile.



L'extraction du corps étranger se fera au doigt ou avec la pince.

En général (comme la paroi œsophagienne est enflammée) se borner à rétrécir la plaie cutanée sans la suturer complètement; y laisser un drain.

Dans le cas exceptionnel, où le conduit est sain (intervention précoce), on peut suturer la paroi œsophagienne au catgut par: 1° un surget muqueux, 2° quatre points séparés musculaires.

**Pansement.**

Aseptique sec. Bandage circulaire du cou, avec quelques tours verticaux autour de la tête.

**Suites.**

Repos au lit et alimentation liquide par quantités fractionnées pendant une quinzaine de jours.

Enlever le drain du huitième au dixième jour.

Si le malade est faible, on peut recourir aux lavements alimentaires.

### PHLEGMON SOUS-ANGULO MAXILLAIRE

Consécutif, souvent, à l'évolution de la dent de sagesse, il se développe aux dépens du ganglion sous-angulo-maxillaire et du tissu cellulaire avoisinant.

**Caractères.** — Gonflement sous-angulaire développé à l'angle de la mâchoire; douleur locale, rougeur diffuse, œdème; fluctuation souvent perceptible. Généralement il y a du trismus.

**Pronostic.** — La guérison est la règle.

**Traitement.**

Incision évacuatrice du pus.

**Préparatifs.**

Comme pour l'abcès chaud en général (p. 127).  
[Anesthésie locale au chlorure d'éthyle].

**Opération.**

**Position.**

Décubitus dorsal, tête tournée du côté sain.

**Exécution.**

Incision courbe contournant légèrement l'angle du maxillaire et à un travers de doigt environ de cet angle (fig. 181).

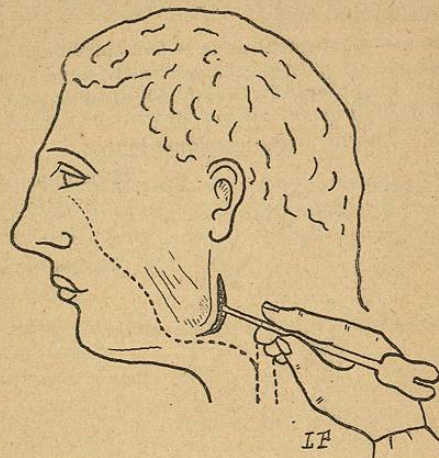


Fig. 181. — Phlegmon sous-angulo-maxillaire (l'artère faciale est figurée en pointillé).

Faire travailler la sonde cannelée vers l'angle *en haut et en avant*.

Evacuer le pus et bien nettoyer la cavité.

Placer un ou deux drains accolés.

**Pansement.**

Aseptique humide. Chevestre.

**Suites.**

Renouveler le pansement *tous les jours*.

Retirer le drain vers le huitième ou le dixième jour; si l'on en a mis deux, en enlever un vers le quatrième jour. Lorsqu'il n'y a plus de drain, mettre un pansement aseptique sec. S'occuper ensuite de la dent de sagesse (extraction, dans la généralité des cas).



## ADÉNO-PHLEGMON SOUS-MAXILLAIRE

Consécutif d'habitude à une lésion dentaire, il débute par l'inflammation d'un des ganglions situés sous l'arcade maxillaire, puis du tissu cellulaire avoisinant.

**Caractères.** — Gonflement de la région sous-maxillaire et de la face, accompagné de phénomènes généraux. Au bout de quelques jours, la fièvre tombe, et la fluctuation devient plus ou moins nette; rougeur diffuse de la peau, œdème sous-cutané; douleur locale.

**Pronostic.** — Bénin. Durée: quelques jours.

**Traitement.**

Incision évacuatrice du pus.

**Préparatifs.**

Comme pour abcès chaud en général (p. 127).

[*Drain* de 1 centimètre de diamètre.

*Anesthésie* locale au chlorure d'éthyle].

**Opération.****Position.**

Décubitus dorsal, tête inclinée du côté sain.

**Exécution.**

A un doigt au-dessous du rebord de la mâchoire, incision horizontale de deux tra-

vers de doigt, ne dépassant pas la limite postérieure de la région (artère faciale) (fig. 182).  
Ouvrir le plan profond (aponévrose) à la sonde cannelée

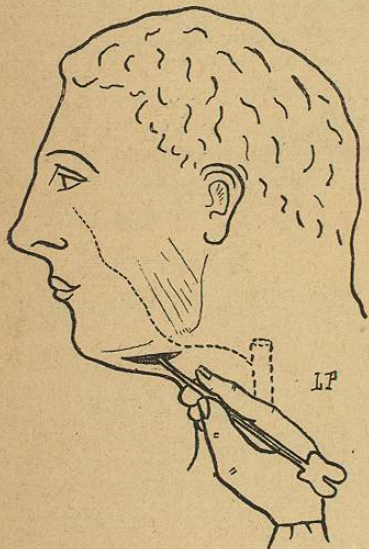


Fig. 182. — Phlegmon sous-maxillaire (l'artère faciale est figurée en pointillé).

et agrandir l'ouverture en dirigeant la sonde *en haut et en avant*, vers la bouche.

Evacuation du pus; nettoyage de la cavité par un jet d'eau bouillie.

*Drain* assez court, mais de bonne grosseur (1 centimètre de diamètre).

**Pansement.**

Aseptique humide. Chevestre.

**Suites.**

Renouveler le pansement *tous les jours*.

Retirer le drain le plus tôt possible, vers le huitième ou le dixième jour. Appliquer ensuite un pansement aseptique sec. S'occuper du traitement de la dent malade, s'il y a lieu.

## ADÉNO-PHLEGMON SOUS-STERNO-MASTOÏDIEN

Consécutif à une maladie de la langue, des amygdales (angine, surtout scarlatineuse) à une carie dentaire, cet adéno-phlegmon prend son point de départ dans les ganglions profonds ou carotidiens, exceptionnellement dans un ganglion situé dans la gaine du muscle sterno-mastoïdien à sa partie supérieure.

**Caractères.** — Masse allongée sur le côté du cou; sous le muscle durci, on sent une tumeur vaguement fluctuante. Généralement, il existe du torticolis produit par la contracture du sterno-mastoïdien. Respiration sifflante, dyspnéique.

**Pronostic.** — Grave, car des fusées purulentes sont possibles vers le médiastin, l'aisselle, les racines du plexus brachial, sous le trapèze (perforation des vaisseaux, phlébite, etc).  
Durée moyenne: dix à quinze jours.

**Traitement.**

Si asphyxie imminente, d'abord faire la trachéotomie (p. 223). Dans tous les cas, l'ouverture de l'abcès est indiquée.

Se rappeler que les *lignes dangereuses* sont:

- 1° de l'angle de la mâchoire au milieu de la clavicle;
- 2° le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien.



La *ligne de sûreté* suit le bord postérieur de ce dernier muscle.

**Préparatifs.**

Comme pour l'abcès chaud en général (p. 127).

[*Instruments.*

Deux écarteurs moyens.

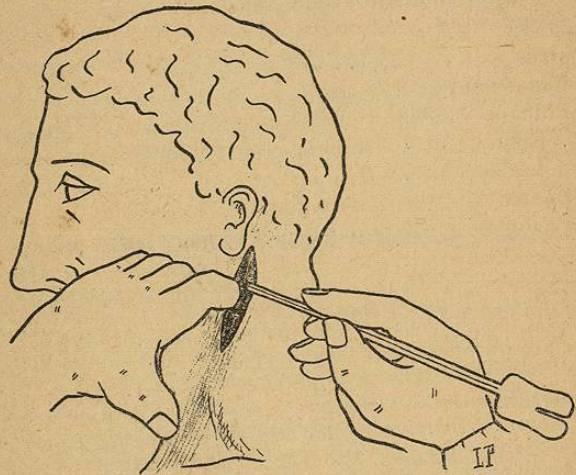


Fig. 183. — Abscès sous-sterno-mastoïdien. La peau est incisée : travail de la sonde cannelée.

*Anesthésique.*

Général : chlorure d'éthyle].

**Opération.**

*Position.*

Décubitus dorsal, face dirigée du côté sain.

*Exécution.*

Inciser sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, au niveau du maximum de gonflement (fig. 183). Ouvrir la gaine du muscle, dont le bord rouge sera

*récliné* en avant; travailler dans la profondeur à la sonde cannelée. Ne pas perdre de l'index gauche le contact des battements carotidiens, pour éviter les *échappées* sur les gros vaisseaux.

Evacuer le pus.

Placer un *drain*.

*Pansement.*

Aseptique humide avec beaucoup d'ouate.

Bandage roulé autour du cou.

**Suites.**

Pansement quotidien.

Enlever le drain au bout de deux à quatre jours, en se basant sur l'abondance de l'écoulement, et mettre dès lors un pansement aseptique sec.

Une *complication* redoutable est l'*hémorragie* qui subitement traverse le pansement, inonde les oreillers. Dès son arrivée le praticien doit enlever le pansement, essayer de trouver les deux bouts de l'artère qui donne, pour les lier. S'il ne peut y parvenir — ce qui est la règle — essayer du tamponnement avec des compresses de gaze bourrées dans la plaie.

La ressource suprême, et la seule praticable parfois, est la ligature de la carotide primitive (p. 217).

Si, à l'arrivée du médecin, l'hémorragie s'est arrêtée, ne pas travailler dans la plaie. Appliquer un tamponnement serré et surveiller de près le malade, pour faire la ligature de la carotide en cas de nécessité.

## PHLEGMON INFECTIEUX SUS-HYOÏDIEN

(ANGINE DE LUDWIG)

A la suite de lésions des gencives, des dents ou de la langue, se développe un phlegmon infectieux du plancher de la bouche, sur la nature duquel on n'est pas encore fixé. Souvent, il s'agit de terrains prédisposés : gens surmenés, albuminuriques, diabétiques.

**Caractères.** — Gonflement œdémateux, presque indolent, de



toute la région sublinguale et sus-hyoïdienne; peau rougeâtre, parcourue de marbrures violacées, pas de fluctuation; plancher de la bouche soulevé.

État général mauvais (fièvre, pouls petit et rapide, langue sèche, respiration difficile; dans les états avancés, cyanose du visage).

**Pronostic.** — Évolution rapide, mort par infection suraiguë ou asphyxie. — L'opération précoce peut sauver la vie au malade.

**Traitement.**

Se hâter d'intervenir sans perdre un instant. S'il y a menace d'asphyxie imminente, d'abord faire la trachéotomie (p. 223). Sinon, ouvrir l'abcès.

**Préparatifs.**

*Instruments.*

Thermocautère (choisir la pointe).

*Medicaments.*

Vaseline boriquée.

*Objets de pansement.*

Gaze aseptique.

Ouate hydrophile.

Bandes.

**Opération.**

*Position.*

Décubitus dorsal, tête en extension.

*Exécution.*

Avec la pointe du thermocautère au rouge sombre, creuser en avant et sur les côtés de profonds sillons pénétrant au sein de l'infiltration (fig. 184).

Dans les intervalles, enfoncer la pointe par places, en évitant la région des gros vaisseaux (carotides).

Les raies et les pointes de feu devront être séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine d'au moins 1 centimètre.

*Pansement.*

Gaze aseptique recouverte d'une couche abondante de vaseline boriquée. Placer par-dessus de l'ouate hydro-

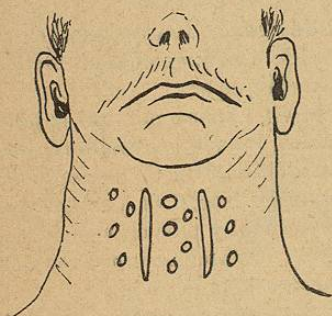


Fig. 184. — Incisions et pointes de thermocautère dans l'angine de Ludwig (d'après Lejars).

phile et maintenir le tout par des bandes roulées autour du cou et dont quelques tours passent par-dessus le vertex et les oreilles de chaque côté.

**Suites.**

*État général.*

Mettre le malade au repos et au calme absolu. Le remonter avec le champagne, les grogs, la caféine; recourir aux injections répétées de sérum artificiel.

Lorsque l'intervention est trop tardive, elle ne peut empêcher la mort (par septicémie).

*État local.*

Refaire le pansement à la vaseline tous les jours. S'il y a production de gaz, faire des lavages à l'eau oxygénée, appliquer même des pansements à l'eau oxygénée, au besoin; en cas de septicité très grande, badigeonner l'intérieur des plaies à la teinture d'iode.

La durée de la cicatrisation est de plusieurs semaines. Des hémorragies secondaires peuvent survenir, dangereuses par leur abondance et leur répétition. Les traiter par le tamponnement serré. En cas d'échec, recourir à la ligature de la carotide. Dès que les accidents suraigus sont enrayés, s'occuper de traiter la cause (albuminurie, diabète, carie dentaire, etc...).