

Traitement. — Il serait téméraire d'exposer le malade à des accidents pour le débarrasser de cette infirmité, aussi doit-on se borner à de simples moyens palliatifs. Une plaque de métal ou de caoutchouc maintenue par une cravate suffit pour comprimer la tumeur et arrêter son développement.

CHAPITRE VII

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques du pharynx et de l'œsophage

1^o PLAIES. — RUPTURES. — BRULURES

Bibliographie. — HORTELOUP, Th. d'agrég., 1872. — SCHULLER, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1876, p. 295. — FITZ, *Amer. J. of Med. Sc.*, 1877, et *Rev. de Hayem*, t. XI, p. 236. — GAIRDNER, *Edimb. Med. a. Surg. J.*, t. XVI, p. 358. — WOLZENDORF, *Deutsche Militär Zeitschr.*, 1880. (Bibl.).
Thèses de Paris. — 1876, MOUTON. — 1878, ROUMÉGOUX.

A. — PLAIES

La plupart des plaies du pharynx sont le résultat de tentatives de suicide ou de coups de feu; quelques-unes sont dues à la pénétration violente de projectiles ou de corps étrangers (tuyaux de pipes). Les plaies par armes à feu, étudiées par WOLZENDORF, présentent de nombreuses variétés suivant que le projectile a traversé de part en part les parois de l'organe, ou qu'il s'agit de blessures intéressant à la fois la face et le cou; les plaies verticales paraissent être particulièrement redoutables. On conçoit facilement la gravité de ces traumatismes qui sont rarement simples; presque toujours il y a en même temps lésion d'organes importants, vaisseaux, conduit aérien, nerfs, moelle, etc.; aussi les plaies qui siègent au niveau du larynx sont-elles plus meurtrières que les autres, puisque sur sept cas on trouve cinq morts.

Les plaies de l'œsophage se divisent assez naturellement en deux groupes, selon qu'elles ont été produites de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Des circonstances extrêmement variées donnent naissance aux unes et aux autres. Citons parmi les plus communes: les tentatives de suicide, les coups de couteau, de canif, de bayonnette, les plaies par projectiles de guerre. SÉDILLOT, CHASSAIGNAC parlent de lésions de l'œsophage consécutives à l'opération de la trachéotomie; ici encore trouveront place les plaies faites par le chirurgien dans l'œsophagotomie. Dans la seconde catégorie nous rangerons les déchirures et les perforations dues à des corps étrangers irréguliers, les

perforations qui résultent des sondages, surtout quand l'œsophage est altéré.

Eu égard à leur cause, il y a lieu de conserver la division des plaies de l'œsophage en plaies par instruments piquants, tranchants et contondants; les deux premiers groupes sont les moins graves et se compliquent assez souvent de la lésion d'autres organes voisins. Sur cent quarante-cinq cas de blessures du pharynx et de l'œsophage par instruments piquants et tranchants, huit fois il y avait simultanément lésion de la jugulaire externe, une fois de la jugulaire interne, et cinq fois la carotide était intéressée. Sur treize coups de feu du pharynx et dix de l'œsophage, sept fois il s'agissait de plaies complexes.

Anatomie pathologique. — Les perforations sont simples ou doubles, transversales ou obliques, cervicales ou thoraciques; de même les sections peuvent être complètes ou incomplètes. Les balles déterminent des pertes de substance, des délabrements qui, sauf de rares exceptions, sont incompatibles avec la vie; on a vu maintes fois les deux bouts de l'œsophage divisé s'écarter l'un de l'autre en vertu de leur rétractilité; le bout inférieur s'enfonce dans la poitrine au moment de l'inspiration.

Symptômes. — Il est impossible de donner une description qui convienne à tous les cas, et d'autre part la lésion isolée de l'œsophage est peu fréquente. Dans l'œsophagotomie, on signale comme symptôme caractéristique l'issue de la salive et des boissons par la plaie. S'agit-il d'un traumatisme, le malade éprouve de suite une angoisse extrême, une douleur vive; si la blessure du cou est large, il est possible de découvrir dans la profondeur la plaie œsophagienne; l'issue de salive, de boissons par le bout supérieur ne laisse aucun doute sur la lésion. Presque toujours on constate des phénomènes immédiats d'une extrême gravité: suffocation, menaces d'asphyxie, écoulement de sang, aphonie, soif vive. Si le malade survit à sa blessure, il est assez commun d'observer d'autres complications inflammatoires qui mettent l'existence en danger. Tels sont l'emphysème, l'érysipèle, la pneumonie, la bronchite, la pleurésie, les abcès du médiastin, la péri-œsophagite, l'inanition, car les aliments ne pénètrent pas dans le bout inférieur. Ces accidents paraissent constants lorsque la blessure de l'œsophage siège dans la portion thoracique; les matières alimentaires et les boissons, le sang s'accumulent dans la plèvre enflammée ou le médiastin; LARREY, DUPUYTREN, CRUVEILHIER signalent cette particularité.

Les mêmes complications surviennent à plus forte raison lorsqu'il s'agit de plaies par armes à feu. WOLZENDORF a réuni cinquante-cinq cas de plaies par armes à feu du pharynx et de l'œsophage, dont quarante et un par balles. Sur ce nombre il y a eu vingt-trois morts par suffocation, et dans les faits heureux la survie n'a été quelquefois obtenue qu'au prix de rétrécissements, de fistules persistantes ou de diverticules. Le tableau de ces traumatismes est donc des plus sombres, néanmoins on trouve mention de guérisons inespérées. Ainsi on a vu un malheureux mendiant guérir avec un large hiatus béant à la partie antérieure du cou. Il jetait dans son œsophage des boulettes alimentaires pour se nourrir et se servait de son infirmité afin d'apitoyer le public.

Ce qui se passe dans l'œsophagotomie externe nous indique de quelle manière se fait la réparation. La plaie se rétrécit peu à peu par bourgeonnement; les liquides qui passaient en totalité par la blessure au début suivent en partie le

cours normal au bout de quelques jours, puis après un temps variable entre vingt et trente jours, la fistule se tarit.

Diagnostic. — S'agit-il d'une plaie cervicale, largement béante, la vue suffira; l'issue de matières est pathognomonique. Ces signes font défaut lorsque la lésion intéresse la portion thoracique; en dehors de la douleur localisée à une région fixe du dos, on devra tenir grand compte de la régurgitation de sang après le traumatisme.

Pronostic. — Laissant de côté les blessures thoraciques, fatales, on peut dire que le pronostic est d'autant plus grave que la solution de continuité est moins nette, moins béante. La gravité augmente également en passant des piqûres et des sections aux plaies par balles. Suivant WOLZENDORF, les coups de feu ont une mortalité double des autres blessures, 44 p. 100 au lieu de 22 p. 100. Et même dans cette variété de lésions les chances de survie sont moindres lorsqu'il s'agit de sections incomplètes.

Traitement. — Les lésions de la portion thoracique sont presque au-dessus des ressources de l'art. Il faut mettre le blessé à la diète, calmer ses souffrances, tromper sa soif. Dans le cas de traumatisme de la région cervicale, il est recommandé de chercher à suturer les bords de la plaie œsophagienne et non ceux de la plaie extérieure. La suture est encore indiquée dans les sections complètes, et dans deux cas où il s'agissait de tentatives de suicide, cette pratique a été couronnée de succès (*Revue de Hayem*, 1876, p. 27). On sait que le précepte de la réunion muqueuse est généralement accepté aujourd'hui à la suite de l'œsophagotomie.

Les avis sont partagés sur la question de l'alimentation. Tout le monde convient qu'il faut prescrire une diète absolue pendant le premier jour et se borner à administrer des lavements alimentaires. Quelques chirurgiens ont employé pour nourrir le blessé la sonde œsophagienne laissée à demeure ou introduite à diverses reprises; on pourra suivre cette pratique dès le deuxième ou le troisième jour. Dans certains cas il a fallu y renoncer et alimenter le blessé par la plaie. Le pansement de ces blessures exige le plus grand soin et toute la sollicitude du chirurgien. Les fistules et les rétrécissements seront traités comme dans les cas ordinaires.

B. — RUPTURES DE L'ŒSOPHAGE

Nous mentionnerons seulement cette grave affection qui résulte toujours d'efforts de vomissements. L'alcoolisme paraît être la cause prédisposante principale; c'est entre la bifurcation de la trachée et le cardia que la lésion se produit et le plus souvent à 5 centimètres de ce dernier. BOERHAVE a constaté sur le cadavre de l'amiral hollandais Vassenaer qui, après un copieux repas, soulageait son estomac par la méthode romaine, le seul cas connu de rupture transversale. Dans tous les autres faits on a trouvé à l'autopsie une rupture verticale qui avait déterminé l'emphysème du tissu cellulaire du médiastin, un épanchement de sang; la plèvre gauche était déchirée dans toutes les observations, sauf dans celles d'ALLEN où il existait des adhérences pleurales antérieures.

Douleur stomacale vive, sang dans les vomissements, chute, prostration profonde, emphysème du cou, déglutition douloureuse, respiration gênée, soif vive, extrémités froides, tels sont les symptômes habituels de ces ruptures. Dans tous les cas, sauf ceux d'ALLEN et de FITZ, la mort est arrivée avant quarante-huit heures. Cette affection rare, puisqu'on n'en connaît qu'une douzaine d'exemples, échappe à l'action du chirurgien. Il serait peut-être indiqué de placer une sonde à demeure.

C. — BRÛLURES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Les liquides ou les solides très chauds introduits accidentellement dans le pharynx et l'œsophage y déterminent des brûlures tantôt légères, tantôt graves, rarement très étendues dans l'œsophage; au point de vue des symptômes, ces brûlures se rapprochent beaucoup des accidents produits par les acides ou les caustiques.

Les liquides corrosifs le plus fréquemment ingérés, dans un but de suicide ou par mégarde, sont les acides sulfurique, chlorhydrique, acétique, les solutions concentrées de potasse, de soude, d'ammoniaque, etc. Il y a suivant les motifs de l'accident une différence notable dans la gravité et l'étendue des brûlures; en effet, la personne qui a l'intention de se suicider avale une assez grande quantité de liquide, tandis que l'ingestion accidentelle ne porte que sur des quantités minimes.

Les phénomènes qui suivent l'ingestion du liquide corrosif varient avec la nature, le degré de concentration et la dose avalée. La mort peut en être la conséquence à bref délai, surtout lorsqu'une grande partie du liquide a pénétré dans l'estomac. Dans les cas moins graves, le malade éprouve une douleur et une sensation très marquée de brûlure dans la gorge, le cou, le dos, jusqu'à l'épigastre. Par suite d'une contraction instinctive le liquide est en général rejeté avant d'avoir traversé toute la longueur de l'œsophage. Bientôt surviennent des vomissements glaireux et sanguinolents qui persistent parfois plusieurs jours. A la douleur s'ajoute une soif vive, le hoquet, et dans certains cas le collapsus.

Au bout de vingt-quatre heures ces symptômes tendent à s'apaiser, les vomissements cessent, la douleur diminue, la soif et une sensation de cuisson persistent seules. Pendant les premiers jours la déglutition des matières solides devient pénible à cause du gonflement inflammatoire; la réaction se traduit par un mouvement fébrile et même par du délire. A partir du troisième et du quatrième jour, les escarres commencent à tomber sous la forme de fausses membranes quelquefois très larges.

A mesure que les symptômes primitifs s'amendent, les troubles fonctionnels augmentent; d'abord peu appréciables, ils n'attirent l'attention du malade que vers la fin de la deuxième semaine; la gêne de la déglutition limitée au début aux aliments solides s'étend ensuite aux liquides; le patient ne peut faire pénétrer les matières avalées dans l'estomac qu'au prix d'efforts considérables, de pressions le long de l'œsophage. Les matières avalées s'accumulent en un point et sont régurgitées par le vomissement œsophagien. De pareils accidents

retentissent bientôt sur l'état général; les malades maigrissent, s'inquiètent, et leur alimentation devient la préoccupation de tous les instants. A ce moment le rétrécissement cicatriciel est confirmé; nous verrons plus loin les particularités qu'il présente.

Traitement. — Des boissons adoucissantes et fraîches conviennent dans le cas de brûlures simples par des substances chaudes. L'administration d'un vomitif est rarement indiquée lorsqu'il s'agit d'un liquide corrosif. Après s'être assuré de la nature acide ou alcaline de la matière par le papier de tournesol, on prescrit des liquides alcalins ou acidulés afin de neutraliser, dans la mesure du possible, le liquide corrosif dont les tissus sont imprégnés. Le vinaigre, la magnésie, la craie, l'alcali dilué rendent des services en pareil cas. Dans les premiers jours on se bornera à une alimentation liquide; le cathétérisme ne devra être tenté qu'à partir de la seconde semaine, il sera ensuite continué méthodiquement.

§ 2. — Corps étrangers du pharynx et de l'œsophage

Bibliographie. — HÉVIN, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, 1761, t. I^{er}, p. 444. — MONDIÈRE, *Arch. gén. de méd.*, 1830, t. XXX, p. 481. — BEGIN, in *Rec. de mém. de méd. mil.*, 1833, t. XX, p. 387. — BAIZEAU, *Gaz. méd.*, 1863, p. 613. — ADELMANN, *Prag. Viertelj. Schrift.*, 24 jahr, B. IV, p. 66. — POULET, *Traité des corps étrangers*, Paris, 1879. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1880. — KÖNIG, in *Deutsche Chir.*, Lief. 35. — BUTLIN, in *Lancet*, 1884, t. I^{er}. Thèses de Paris. — 1868, MARTIN. — 1870, TERRIER. — 1874, MIGNON. — 1879, NÉVOT.

Étiologie. — Toute substance alimentaire ou autre qui s'arrête dans l'œsophage produit des accidents divers dont l'histoire est aujourd'hui bien connue. Les conditions dans lesquelles s'effectue l'arrêt des corps étrangers sont très variables; parmi les causes prédisposantes citons: les affections organiques ou inflammatoires du pharynx et de l'œsophage, l'imperfection des aliments trop durs, incomplètement mastiqués ou contenant des fragments osseux, des parasites (sangsues dans l'eau des pays chauds). L'instinct qui pousse les enfants à porter les jouets à la bouche, la folie, les gageures insensées de l'ivresse, la manie du suicide ont été plus d'une fois l'origine de la présence de corps étrangers dans l'œsophage. Il faudrait encore y ajouter la malveillance, les accidents, la chute des pièces de prothèse dentaire dans le pharynx. LANGENBECK rapporte que des os du nez nécrosés tombèrent pendant le sommeil dans l'œsophage et y séjournèrent vingt jours.

Les corps étrangers s'arrêtent de préférence au niveau du cartilage cricoïde et à la hauteur de la première côte. La liste en est extrêmement variée; les uns sont animés, tels sont les sangsues et les poissons (*anabas scandens*). Quant aux corps organiques ou inorganiques, ils échappent à toute description; parmi les plus communs, les fragments d'os tiennent le premier rang (fig. 204 à 206); puis viennent les arêtes de poisson, les épingles ou les aiguilles, les pièces de monnaie. Le poète Gilbert s'était introduit une grosse clef dans l'œsophage; un aliéné avait avalé une paire de lunettes. Il existe dans la science plus de

vingt cas d'introduction de fourchettes dans l'œsophage. Les propriétés des corps ne sont pas moins importantes que leur forme ou leur volume; les petites fioles, par exemple, ont de l'intérêt en raison de leur fragilité; la plupart des corps tels que les os et les pièces de monnaie ont une forme aplatie; enfin bon nombre présentent des aspérités susceptibles de blesser la muqueuse (hameçons, rateliers, etc).

Phénomènes et accidents primitifs. — L'arrêt des corps étrangers ne détermine pas toujours des accidents immédiats; assez souvent de grosses pièces



Fig. 204. Fig. 205. Fig. 206.
Spécimens d'os irréguliers retirés de l'œsophage. — Musée du Val-de-Grâce, d'après POULET.
Traité des corps étrangers.

de monnaie ont été bien tolérées jusqu'au jour où apparurent subitement de redoutables accidents. BÉGIN cite le fait d'un caporal qui garda pendant quatorze jours un écu de six francs sans être incommodé; il mourut d'hémorragie. Le même accident survint à un malade d'ERICHSEN, qui conserva six ans dans son œsophage un morceau de gutta-percha. La (fig. 207) représente un exemple classique de perforation de l'aorte par une pièce de cinq francs. Cette indifférence n'existe guère que pour les corps étrangers aplatis.

De tous les symptômes, le premier, le plus commun, est la suffocation; la face devient vultueuse, noirâtre, la physionomie exprime l'angoisse, l'œsophage reste contracté, en état de spasme; plus d'une fois on a noté des convulsions. GONDINET relate l'histoire d'une jeune fille qui, après avoir avalé une arête de poisson, eut des convulsions si fortes qu'elle brisa avec ses dents le verre dans lequel elle buvait. Ces phénomènes s'accompagnent constamment d'une douleur qui tantôt est fixe, tantôt diffuse. La toux, l'expectoration de glaires sanguinolentes font rarement défaut. Lorsqu'il s'agit de sangsues, à la toux persistante s'ajoute l'expulsion d'un sang rutilant. Rien d'étonnant à ce que la dysphagie soit presque toujours absolue, à ce que la voix devienne rauque, croupale, surtout lorsque le corps étranger siège au voisinage du larynx; parfois cet organe est repoussé en avant.

Tout ce cortège de symptômes constitue ce qu'on appelle l'accès initial; il se compose d'une série d'efforts qui ont pour but l'expulsion ou la progression de l'objet. Bon nombre de corps étrangers, lorsqu'ils sont irréguliers, restent fixés et produisent des accidents consécutifs que nous allons étudier. Aupara-

vant disons que la mort primitive est rare, à moins qu'il ne s'agisse de corps volumineux arrêtés dans le pharynx et qui déterminent l'asphyxie.

La tolérance des corps étrangers par l'œsophage est exceptionnelle; on a vu cependant des pièces de monnaie séjourner pendant plusieurs mois dans le conduit. Quelques corps effilés et pointus se frayent un passage à travers la paroi et cheminent dans d'autres organes. AMBROSE a trouvé à l'autopsie d'une

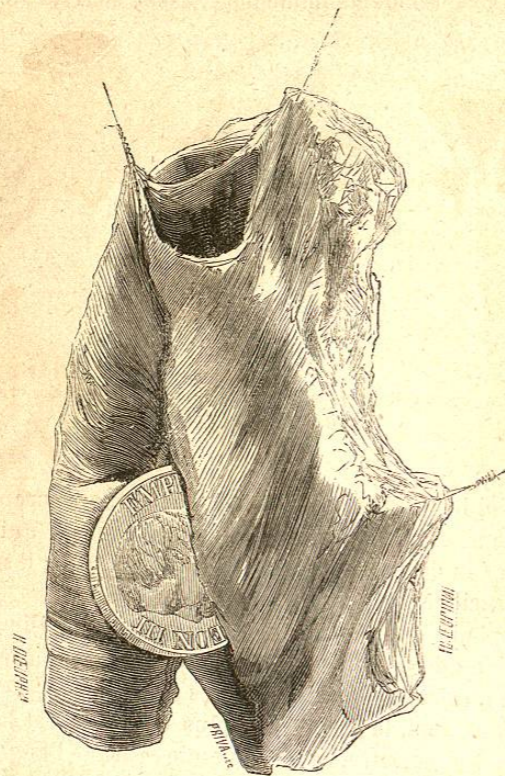


Fig. 207. — Perforation de l'œsophage et de l'aorte par une pièce de 5 francs. — Cas de DENONVILLIERS. (Musée Dupuytren.)

négresse une aiguille enkystée dans le cœur; elle avait été avalée neuf ans auparavant. D'autres fois ces aiguilles viennent déterminer des abcès sous la peau.

Complications. — Souvent la présence du corps étranger provoque de l'inflammation; elle se traduit par de la douleur, le gonflement du cou, la gêne de la respiration, une sensibilité exagérée de la région; en même temps la réaction fébrile est assez prononcée. Ces accidents aboutissent à la formation d'un abcès circonscrit ou d'une péri-œsophagite; dans le premier cas l'abcès s'ouvre dans le canal et le pus vomi peut entraîner le corps étranger en provoquant un ensemble de symptômes qui a les plus grandes analogies avec

l'accès initial. GASTELLIER fait mention d'un écu de six livres qui descendit de cette façon dans l'estomac, au bout de dix mois. Dans l'observation de GAUTHIER de Claubry, une jeune fille arrivée au dernier degré de l'émaciation rendit un fragment d'os avalé quatorze ans avant. La péri-œsophagite peut se terminer de la même manière, mais elle a quelquefois tendance à envahir

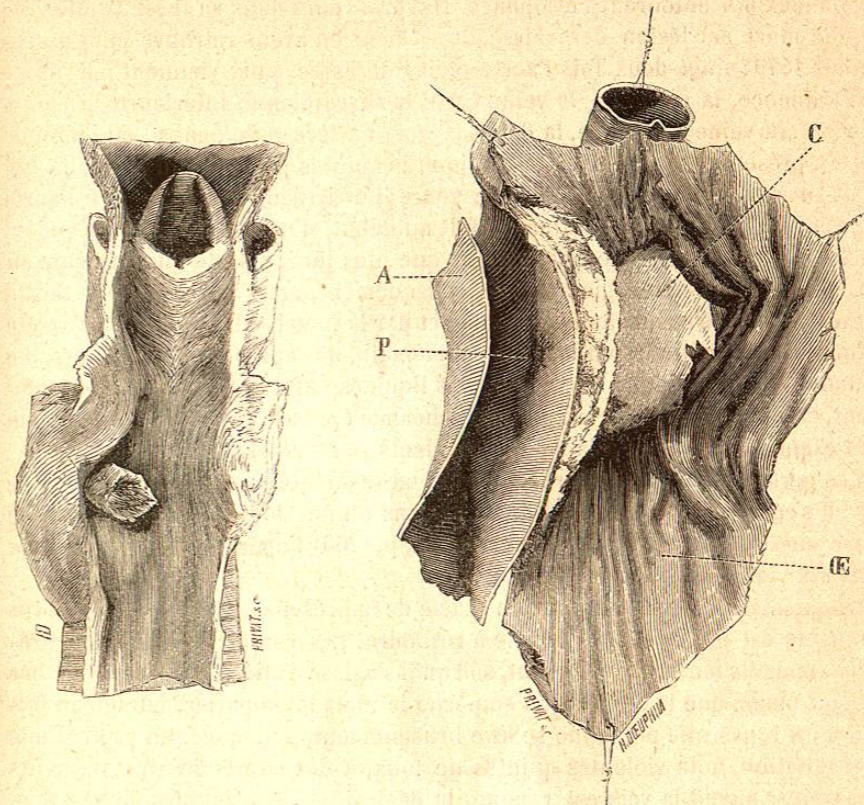


Fig. 208. — Perforation de la trachée par un os irrégulier arrêté dans l'œsophage.

Fig. 209. — Perforation de l'aorte et de l'œsophage par un os irrégulier (Musée Dupuytren). Cas de H. BOUSQUET. E, Œsophage. — A, Aorte. — P, lieu de la perforation. — C, Corps étranger (Extrait du *Traité des corps étrangers*, par ALF. POULET).

le médiastin, à ouvrir la plèvre, le péricarde, à perforer la trachée, les vertèbres, les méninges rachidiennes, complications qui amènent la mort à brève échéance.

Les accidents inflammatoires sont évidemment causés par la présence des corps étrangers et l'ulcération qu'ils engendrent; d'autres fois la perforation a lieu sans inflammation par suite du sphacèle de la muqueuse qui se comprime sur l'objet. Les pièces de monnaie, les fragments d'os, réalisent ce mode de perforation. Ce processus reste insidieux, silencieux, jusqu'au jour où l'ulcère atteint quelque organe important, vaisseau, trachée, poumon, pé-

ricarde, etc. La perforation de la trachée est plus rare que celle des vaisseaux; d'abord très petite, elle envahit peu à peu et détermine bientôt de violents accès de toux à chaque déglutition, par suite du passage des matières dans les voies aériennes. Insensiblement les accès de suffocation augmentent et la mort arrive par asphyxie, pneumonie ou par inanition (fig. 208).

Bien autrement fréquente et grave est la perforation des vaisseaux artériels ou veineux qui entourent l'œsophage. NÉVOT a réuni dans sa thèse trente-cinq cas de mort par lésion des vaisseaux, et nous en avons retrouvé cinq autres depuis 1879; vingt-deux fois l'aorte était intéressée, puis viennent par ordre de fréquence, la carotide, la veine cave, la thyroïdienne inférieure, la sous-clavière, la veine coronaire, la demi-azygos, l'artère pulmonaire, etc. L'un de nous a présenté à la Société anatomique les pièces provenant d'un soldat qui avait succombé à un accident de ce genre; l'os irrégulier avait ulcéré l'aorte (fig. 209). Tantôt la perforation se fait au début, d'une façon traumatique en quelque sorte, tantôt elle ne survient que plus tard, à partir du huitième au dixième jour. L'hémorragie apparaît brusquement, alors que rien ne la faisait prévoir, le sang s'écoule dans l'estomac et par la bouche; l'écoulement s'arrête spontanément pour reparaitre le lendemain ou après quelques jours. Le moindre effort, la simple déglutition des liquides suffit pour ramener l'écoulement, et les malades meurent à brève échéance épuisés. NÉVOT n'a trouvé qu'un seul exemple de survie à la suite d'accidents semblables.

Les perforations de la plèvre et du péricarde ont été signalées dans quelques cas; il s'agissait d'un fragment de verre dans un fait de MONDIÈRE, et dans une autre circonstance (*Rev. de Hayem*, t. IV, p. 263) l'opération de l'empyème sauva la vie du malade.

Diagnostic. — La détermination exacte de la présence et du siège des corps étrangers est un problème difficile à résoudre. Les commémoratifs sont précieux, mais ils font souvent défaut, soit qu'il s'agisse d'aliénés, d'enfants en bas âge, ou même que la suffocation empêche le malade de parler. Lorsqu'au milieu d'un repas une personne se lève brusquement, suffoquée, en proie à une vive agitation, à de violentes quintes de toux, à des efforts de vomissements incessants, quand la voix est rauque, la déglutition des liquides impossible, l'anxiété à son comble, le diagnostic s'impose.

Le chirurgien n'assiste pas généralement à l'accès initial qui peut manquer, ou bien le calme insidieux lui inspire une confiance trompeuse. La suffocation, la douleur en un point fixe, la gêne de la déglutition, sont les meilleurs signes subjectifs. Il faut y joindre l'examen par la vue, le toucher, l'auscultation; à cet effet on explore le pharynx en se plaçant dans un éclairage convenable ou avec un laryngoscope. Quant à l'œsophagoscope, fort peu vulgarisé, nous doutons qu'il rende de grands services. Le toucher pharyngien, la palpation de la région cervicale permettent de sentir quelquefois le corps étranger, mais presque toujours on est obligé de recourir au cathétérisme avec la sonde œsophagienne ordinaire ou à boules. COLLIN a également fabriqué un explorateur résonateur fort commode. Ces divers instruments renseignent sur l'existence du corps étranger, sa profondeur, sa nature dure ou molle, et jusqu'à un certain point sur sa situation respective par rapport aux parois du conduit,

enfin sur son degré de mobilité. L'auscultation du canal par le procédé d'Hamburger ne donne des résultats qu'autant que les liquides peuvent encore passer. Néanmoins le diagnostic précis est parfois très difficile; on a confondu l'affection avec la phtisie pulmonaire, l'asthme suffocant, le croup. Par contre, plus d'une fois des médecins ont torturé des œsophages sains, et la rencontre du cartilage cricoïde avec le panier de DE GRÈFE ajoutait à leur illusion. C'est assez dire qu'en pareille matière le chirurgien doit être hardi sans cesser d'être circonspect.

Pronostic. — Toujours sérieux, le pronostic s'aggrave si le corps étranger est volumineux, irrégulier et dur. De même la profondeur à laquelle il s'arrête a une grande influence; en effet, au-dessous de la portion cervicale le diagnostic devient moins sûr, la thérapeutique périlleuse. Les objets qui ne trahissent leur présence dans l'œsophage par aucun phénomène sont des plus redoutables, parce qu'à un moment donné ils engendrent des perforations.

Traitement. — Nous rangeons dans trois groupes distincts les moyens dont dispose le chirurgien pour débarrasser l'œsophage des corps étrangers qui

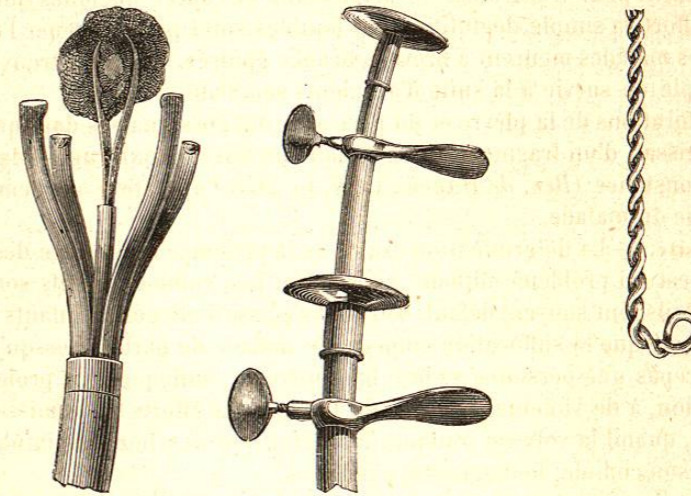


Fig. 211. — Pince de GAMA pour l'extraction des corps étrangers.

Fig. 212. — Crochet de J. L. PETIT.

peuvent s'y arrêter : 1° l'extraction; 2° la propulsion; 3° l'œsophagotomie ou extraction cervicale.

1° *Extraction.* — Les nombreux procédés d'extraction se divisent en deux groupes, suivant qu'ils sont indirects ou directs.

a. *Procédés indirects.* — Parmi ces derniers nous signalerons : la position déclive de la tête et surtout les vomitifs (moyens mécaniques, injections hypodermiques ou intra-veineuses d'émétique, d'apomorphine, lavements). Ils pourront être utilisés quand il s'agira de corps pulpeux ou pâteux et conviennent moins bien aux objets irréguliers et pointus; de plus il est nécessaire qu'il y ait encore des aliments dans l'estomac.