

pendant quelques jours, introduite soit directement par la plaie cervicale, soit par la bouche.

Lorsque l'œsophage est *complètement* sectionné, la trachée est elle-même atteinte, les extrémités périphériques et les extrémités centrales des deux conduits alimentaire et respiratoire se rétractent, la situation est alors de la plus haute gravité; l'hémorragie ou l'asphyxie enlève ordinairement le blessé. Survit-il? il faut placer une canule dans la trachée au milieu de la plaie, et se contenter de suturer latéralement, par deux ou trois points, les deux bouts trachéaux.

Quant à l'œsophage, on cherchera à placer une sonde à demeure dans le bout central, de manière à permettre l'alimentation. Sans doute, on pourra songer à utiliser la suture des deux bouts, mais nous émettons des doutes sur la solidité de celle-ci. Mieux vaudrait, pensons-nous, introduire par la bouche une sonde à demeure, et la faire passer dans le bout inférieur. En la maintenant un laps de temps suffisant, et en ayant recours plus tard au calibrage de l'œsophage par un cathétérisme régulier, on aurait des chances de ne pas voir de rétrécissement consécutif.

## X

## CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

**Étiologie. — Anatomie pathologique.** — Tout corps solide, alimentaire ou non, arrêté dans l'œsophage, constitue un corps étranger.

Nous renvoyons à l'excellente Monographie de Poulet pour l'énumération aussi longue que singulière des divers corps étrangers de l'œsophage (1).

Le plus souvent il s'agit de fragments osseux, d'osselets (de mouton, de porc), de portions de fruits, de pommes de terre, avalés gloutonnement ou par inadvertance.

Parfois ce sont des pièces de prothèse dentaire (dentiers complets ou seulement crochets, dents) qui ont été dégluties pendant un repas, ou pendant le sommeil.

Avant chaque anesthésie, on se méfiera des accidents qui pourraient résulter de la chute de dentiers dans les voies respiratoire ou alimentaire.

D'autres sujets ont avalé, à la suite de paris, des pièces de monnaie, généralement des sous ou des pièces de cinq francs; un malade observé par Berger avait avalé, en servant de cible, comme à un jeu de tonneau, une pièce de cinq francs.

Nous ne nous attarderons pas à classer les corps étrangers: à chaque cas convient souvent une thérapeutique spéciale.

(1) POULET, Traité des corps étrangers en chirurgie. Paris, 1879, avec figures.

On peut à la rigueur admettre les catégories suivantes :

- |                     |   |
|---------------------|---|
| Corps mous...       | 1 <sup>o</sup> Corps mous de petit volume n'excédant pas ou atteignant à peine, pour leur grand diamètre, le calibre de l'œsophage (calibre minimum 14 millim. de diamètre).<br>Alimentaires, ou non, ils peuvent être justiciables de la propulsion.<br>2 <sup>o</sup> Corps mous de diamètre considérable, justiciables généralement de l'extraction par œsophagotomie externe ou toute autre intervention. |
| Corps irréguliers.. | De petit volume, arêtes, esquilles, petites pièces dentaires; De grandes dimensions, dentiers, etc.<br>Les premiers pourront être enlevés à l'aide de l'éponge, du panier, de la pince, etc.; les seconds sont très dangereux et nécessitent presque toujours l'extraction sanglante.   |

Cette division repose sur des bases peu solides. Il est souvent, en effet, impossible de savoir du patient, non seulement la forme, la dimension, mais même la nature du corps étranger.

Un acrobate, qui mourut dans le service de Gross, s'était enfoncé un tisonnier dans l'œsophage: il fut impossible de l'extraire, le crochet ayant traversé le conduit alimentaire et ayant blessé le pneumogastrique.

Des aliénés avalent des cailloux, des fragments d'os, des boutons (fig. 43).

Signalons encore les accidents causés par des sangsues arrêtées au niveau des replis ary-épiglottiques et de la partie supérieure de l'œsophage (Baizeau, Larrey), ou des larves de mouche. On a encore observé l'arrêt de paquets de lombrics rejetés à la suite de vomissements.

Nous citerons, après tous les auteurs, le cas célèbre de Bright (du Kentucky): deux enfants jouaient ensemble, l'un faisait le pêcheur, l'autre le poisson. Celui qui remplissait ce dernier rôle fut amené devant Bright, ayant un hameçon dans l'œsophage, le fil sortant par la bouche. Le chirurgien prit une balle de plomb, la perça d'un trou, y passa le fil de la ligne et la fit glisser ainsi dans l'œsophage. Par son poids, la balle dégagea l'hameçon, qui s'accrocha de lui-même dans le plomb: rien ne fut plus simple que de retirer le tout à la fois.

**Symptomatologie.** — Les symptômes déterminés par la pénétration et le séjour d'un corps étranger dans l'œsophage sont des plus variables. Tantôt les phénomènes de douleur, de suffocation sont tels que le sujet est souvent immédiatement en danger de mort; tantôt ces manifestations dramatiques sont à peine marquées ou du moins

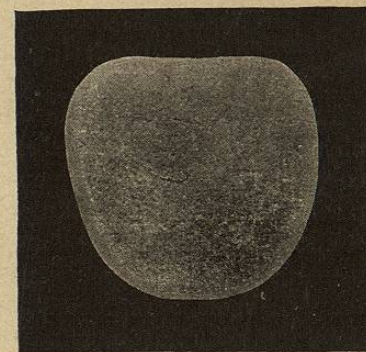


Fig. 43. — Caillou avalé par un aliéné, et enlevé par l'œsophagotomie externe.



disparaissent assez vite pour faire place à un calme trompeur. Nous distinguerons les symptômes en *immédiats* et en *consécutifs*.

Ordinairement les sujets sont pris d'*étouffement*, de *suffocation*, d'une sensation d'*angoisse extrême*. Le sujet se lève, porte la main à son cou, s'enfonce les doigts dans le gosier et se livre à des efforts de vomissements. La face est rouge, violacée, tuméfiée : la voix est altérée, la déglutition impossible.

En outre, il existe des douleurs plus ou moins vives irradiées dans les régions cervicale, sternale et aussi interscapulaire, suivant le siège plus ou moins profond du corps étranger, les irrégularités situées à sa surface. Nous avons été frappé de l'extrême insensibilité d'un aliéné qui avait avalé le caillou figuré (fig. 43). Sans la gêne absolue de toute alimentation solide ou liquide, on ne se serait pas douté de cet accident.

Après un certain temps, ces accidents se calment plus ou moins, mais reparissent si le sujet fait des tentatives de déglutition ou des efforts de vomissement. Quant aux troubles de la *respiration* et de la *phonation*, ils peuvent être assez marqués pour faire hésiter quelquefois sur le siège même du corps étranger.

Dans certains cas, une *saillie* plus ou moins marquée à la région cervicale indique l'endroit même où il est arrêté; mais cela est, en somme, assez rare.

Les *douleurs spontanées* ou *provoquées* par la déglutition, les phénomènes réflexes de *toux*, de *suffocation*, sont déterminés par le corps étranger sur la muqueuse œsophagienne et probablement aussi par l'excitation des filets du pneumogastrique.

La *paralysie définitive d'une corde vocale* a été mentionnée; nous-même l'avons observée; mais assez souvent elle n'a été que transitoire. Le malade reprend peu à peu son timbre de voix antérieur.

Cock cite un fait personnel où son malade avait vu sa voix « fraîche et claire de ténor devenir une voix grave de basse profonde ». Le plus souvent, c'est la corde vocale gauche qui est paralysée: cela tient aux rapports étroits du récurrent gauche et de l'œsophage.

Poulet et Nevot ont rassemblé quarante-deux cas d'*hémorragie*, Kœnig, vingt (1).

L'aorte est le siège le plus fréquent de l'ulcération, en raison de ses rapports immédiats avec la portion rétrécie de l'œsophage; la carotide (six fois, Kœnig), l'artère pulmonaire, la veine cave ont été le point de départ d'hémorragies mortelles. Celles-ci surviennent en général au bout de six à dix jours, mais elles peuvent encore se montrer à une époque plus éloignée, six mois sur notre malade. Erichsen a vu mourir d'hématémèse un malade qui avait un fragment de gutta-percha depuis six mois dans l'œsophage. Rarement l'hémorragie est

(1) KÖENIG, Die Krankheiten des unteren Theiles des Pharynx und der Oesophagus (*Deutsche chirurgie* von Billroth und Lucke, Lief. 35).

immédiate. Tantôt une seule hémorragie enlève le patient, tantôt ce sont des hématémèses répétées.

On peut voir, sur les photographies ci-jointes (fig. 44 à 47), les



Fig. 44. — Dentier implanté dans l'œsophage et ayant perforé la bronche gauche A. L'aorte est refoulée à droite, la trachée et la bifurcation des bronches sont incisées.



Fig. 45. — L'aorte est également perforée: une sonde cannelée est introduite à travers l'orifice.

perforations déterminées par un dentier du côté de l'aorte et de la bronche gauche. La malade sur laquelle ces pièces furent recueillies



fut enlevée par une hémorragie foudroyante provenant d'une très petite perforation de l'aorte. De son vivant, nous avons diagnostiqué ces connexions dangereuses grâce à la paralysie permanente de la



Fig. 46. — L'œsophage est incisé en arrière dans toute sa longueur : le dentier apparaît.

corde vocale gauche, à la toux, à l'expectoration parfois un peu sanguinolente, grâce aussi à l'exploration au moyen d'une sonde. La lésion du récurrent gauche, le siège à 25 ou 27 centimètres des

arcades dentaires, les quintes de toux au moment de la déglutition des liquides, nous avaient conduit à affirmer que le dentier était implanté au niveau de la crosse de l'aorte, et avait perforé la bronche gauche. Nous nous préparions à tenter l'extraction par l'œsophagotomie externe après gastrostomie préalable, lorsque la malade mourut. Quelques jours plus tard nous l'aurions à coup sûr vu succomber pendant nos tentatives d'extraction.

Lorsque les vomissements, les tentatives d'extraction n'ont pas réussi à débarrasser le patient, on peut observer de graves complications. Et d'abord la déglutition peut être absolument impossible même pour les liquides, ce qui était le cas de l'aliéné auquel nous avons pratiqué l'œsophagotomie externe pour enlever un volumineux caillou.

Sans être poussée à ce degré extrême, la gêne de l'alimentation peut être suffisante pour menacer l'existence plus ou moins rapidement.

La dyspnée diminue en général au bout des vingt-quatre premières heures ; toutefois, si le corps est très volumineux, siége en arrière du cricoïde, etc., elle peut persister avec toute son intensité : ordinairement, elle se montre plutôt quand le sujet cherche à avaler des liquides ou des substances demi-solides. A une époque plus éloignée, elle peut devenir très évidente ; cela tient alors à des lésions de la trachée et des bronches.

La phonation est assez fréquemment modifiée si le corps étranger est irrégulier, volumineux et situé dans la portion thoracique.

Les perforations de la trachée, des bronches, de la plèvre entraînent forcément l'apparition de symptômes qui amènent plus ou moins rapidement la mort (épanchements pleuraux, pneumonie par pénétration de matières alimentaires).

L'ulcération de la paroi œsophagienne s'accompagne naturellement de symptômes de voisinage. Dans un grand nombre de cas, on signale le développement de *fusées purulentes* dans le médiastin, décollant et isolant les divers organes qui s'y trouvent contenus. Nous avons été frappé de l'absence de tout symptôme d'infection locale chez notre malade. Il fallait ouvrir les organes intéressés, œsophage, bronche, aorte, pour apercevoir le corps du délit ; rien ne révélait extérieurement le travail pathologique qui s'était accompli durant le séjour du corps étranger. Par contre, nous avons pu, au cours de l'œsophagotomie pratiquée pour enlever le caillou figuré page 457, nous rendre compte du sphacèle de la plus grande partie

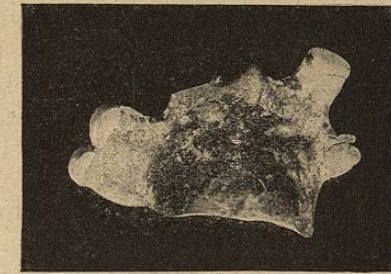


Fig. 47. — Dentier.



de l'œsophage, qui était jaune feuille morte, au niveau du corps étranger. Un léger degré d'infiltration purulente, d'odeur repoussante, existait en ce point.

Les aiguilles semblent avoir une destinée spéciale, comme le dit Gross (de Nancy); quoique avalées parfois en assez grand nombre, elle provoquent rarement des symptômes graves. On les voit se montrer parfois à des distances très grandes de l'œsophage.

Les expériences d'Omboni sur les animaux nous ont renseigné sur ce point. Mais ce sont là, nous le répétons, des circonstances tout à fait exceptionnelles et d'où il ne faudrait pas conclure forcément à l'absolue bénignité de telles lésions.

With a signalé une perforation de l'aorte par une aiguille.

En tout cas, les fragments d'os très effilés, les arêtes, malgré leur exigüité, peuvent amener de redoutables accidents parmi lesquels les hémorragies sont à mettre en première ligne.

**Diagnostic.** — On peut hésiter tout d'abord sur le *siège* du corps étranger: a-t-il pénétré dans les voies aériennes ou dans l'œsophage? L'intensité des troubles respiratoires peut être telle que la trachéotomie soit nécessaire; cependant, en général, il n'en est pas ainsi et l'on peut, avec les doigts, plus rarement à l'aide du laryngoscope, reconnaître que le corps étranger n'est pas fixé au niveau du larynx.

La prédominance de la gêne de la déglutition, le siège de la douleur, la saillie et plus encore l'exploration à l'aide d'une sonde œsophagienne, permettront de trancher la question. A ce point de vue, l'œsophagoscopie ne peut pas nous offrir de ressources dans la grande majorité des cas, pas plus que l'auscultation de l'œsophage. Ce n'est guère qu'entre les mains d'un spécialiste exercé et pour une oreille rompue à cette méthode d'investigation que ces moyens seraient de quelque utilité.

Le *siège* du corps étranger est souvent difficile à préciser. Les symptômes indiquent que le corps étranger doit être dans l'œsophage et l'exploration ne donne aucun résultat. Quelquefois on ne rencontre aucune résistance; l'explorateur passe librement sans provoquer de douleur plus aiguë, et cependant le corps est bien dans l'œsophage. Témoin le cas de Cheever qui, ayant rencontré sur l'éponge fixée au bout de son explorateur un petit filet de sang, put affirmer la présence du corps étranger et pratiquer l'œsophagotomie externe avec plein succès. La connaissance du siège d'un corps dont on connaît déjà la nature a une importance capitale, ainsi que nous le verrons plus loin, et arrête, dans quelques cas, des manœuvres inutiles ou dangereuses.

Duplay a proposé d'utiliser le *résonnateur* inventé par Collin pour la recherche des corps étrangers de l'estomac (fig. 48).

Enfin, récemment, Aragon s'est avantageusement servi de la *radiographie* pour déceler la présence d'une pièce de monnaie fixée dans l'œsophage d'un enfant. L'œsophagotomie externe, pratiquée par Péan, guérit le malade, qui aurait certainement succombé si le diagnostic n'avait pas été fait. Nous ne saurions donc trop insister sur les services que peut rendre la radiographie lorsqu'il subsiste quelques doutes sur le séjour d'un corps étranger dans l'œsophage.

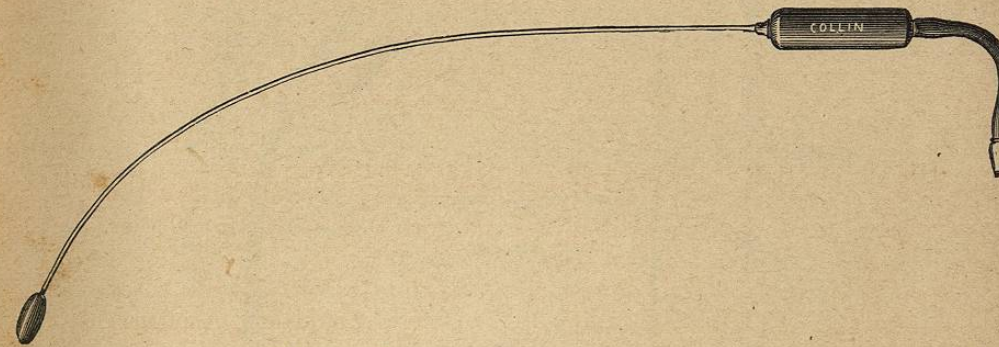


Fig. 48. — Bougie œsophagienne à résonnateur.

L'*explorateur à boule olivaire*, dans les cas récents, où la paroi œsophagienne n'est pas altérée, est l'instrument de choix, mais il peut se faire que l'on sente mal ou même pas du tout l'obstacle, et que l'on abandonne alors toute idée d'intervention. La *radiographie* peut alors rendre de réels services.

**Pronostic.** — Le pronostic est essentiellement variable, suivant la nature, le volume, le siège du corps étranger, ou l'ancienneté de sa pénétration. Alph. Robert a publié le cas d'un fragment d'os avalé en mangeant la soupe et ayant séjourné treize jours dans l'œsophage; nous en donnons la figure (fig. 49). Nous ne pouvons comparer entre eux les cas dans lesquels il s'agit d'un fragment de pomme de terre avalé gloutonnement ou d'un dentier aux crochets aigus: on ne saurait pas non plus assimiler les observations de corps étrangers irréguliers, fixés dans la portion cervicale, à celles qui concernent les mêmes corps arrêtés au voisinage de l'aorte. Nous n'insisterons pas davantage.

**Traitement.** — L'indication d'extraire le plus tôt possible les corps étrangers peut être remplie de diverses façons. S'agit-il d'un corps d'origine alimentaire, morceau de viande, fragment de pomme de terre, ou même d'un petit caillou, d'un corps arrondi, on peut tenter, si le volume le permet, la propulsion dans l'estomac.

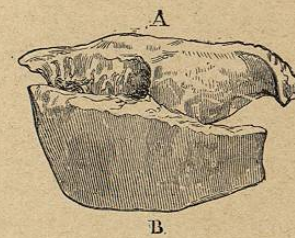


Fig. 49.