

Nous avons réussi, dans un cas, à refouler un fragment de viande de mouton. Pour un petit osselet à surface polie, non rugueuse, on pourrait se comporter de même.

Quand la propulsion ne paraît pas possible, en raison du siège élevé du corps étranger, de sa nature, l'extraction par les voies naturelles s'impose, à moins qu'il ne s'agisse de corps irréguliers, volu-

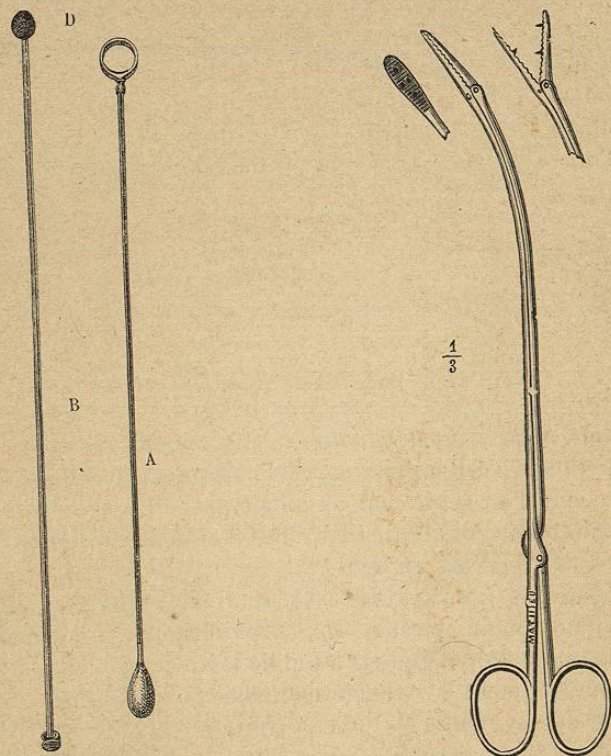


Fig. 50. — A, explorateur à tige de baleine et boule d'ivoire; — B, tige de baleine portant un panier de De Graefe (C) et une petite éponge (D).
Fig. 51. — Pinces œsophagiennes à branches glissantes de Mathieu.

mineux, fixés dans l'œsophage, dentiers par exemple. Dans ce dernier cas, l'œsophagotomie externe seule, ou même combinée à la gastrotomie, paraît être indiquée.

Propulsion et extraction. — On a souvent cherché à provoquer le vomissement, et par suite le rejet des corps étrangers. Il est inutile d'insister sur les dangers de cette thérapeutique, en dehors des cas où le corps peu irrégulier siège au voisinage de l'infundibulum pharyngo-œsophagien.

Ainsi que le conseille Félix Guyon, nous n'hésiterons pas à y recourir s'il s'agit de petits fragments osseux, après avoir, au préalable,

fait prendre un repas avec une grosse bouillie de pommes de terre.

La *propulsion* était déjà employée par Ambroise Paré, qui se servait simplement d'un poireau. Depuis, la tige de baleine, garnie d'éponge (fig. 50), a remplacé ce propulseur primitif. Il est évident qu'un corps régulier, pas trop volumineux, même non alimentaire, s'il est resté dans la portion thoracique de l'œsophage, pourra être utilement refoulé; néanmoins nous sommes peu partisan de ce procédé.

Martin, sur vingt-deux cas de propulsion, a relevé huit morts. Dans un cas où nous avons réussi à repousser dans l'estomac un morceau de viande, nous avons songé, en cas d'échec, à utiliser l'ingestion de suc gastrique, dans le but de *digérer*, et par suite de ramollir le corps étranger.

Si l'on se décide à tenter la propulsion, on pourra recommander

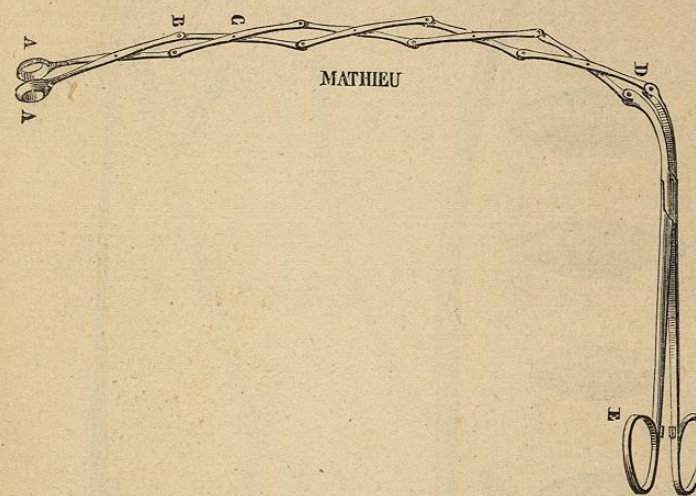


Fig. 52. — Pince œsophagienne flexible et à croisillons multiples pour saisir et extraire toute espèce de corps étrangers de l'œsophage.

au malade d'avalier de l'eau, ou mieux encore de l'huile, pour faciliter le glissement. Peut-être aussi retirera-t-on quelques bénéfices de l'administration de chloral, de valériane, bromure, et même de la morphine.

L'*extraction* a été et est encore le procédé le plus employé et assurément le plus recommandable, lorsque la nature et le siège du corps l'autorisent. On peut même dire qu'elle est applicable à tous les cas, pourvu que l'on sache ne pas faire d'efforts inconsidérés pour extraire un corps généralement implanté assez profondément dans les parois œsophagiennes.

Depuis le crochet de J.-L. Petit, les instruments les plus variés ont été inventés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage (Voy. fig. 51 à 55). De tous ces instruments, le panier de de Graefe

est le plus souvent employé et grâce à sa simplicité et à sa manipulation facile a donné beaucoup de succès. Il n'est toutefois pas exempt d'inconvénients. On aurait plus d'une perforation, plus d'une hémorragie mortelle à lui reprocher.

A notre avis, c'est un instrument dont il faut se méfier : s'agit-il de

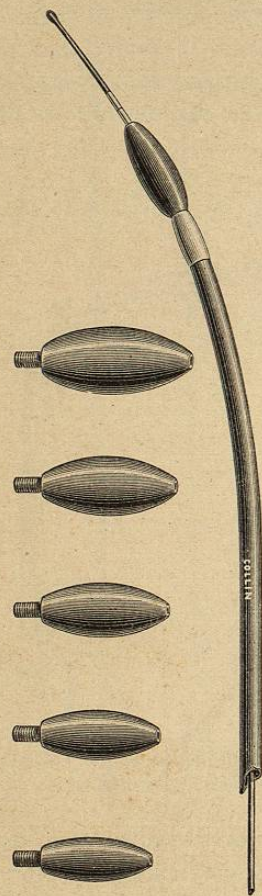


Fig. 53. — Instrument de M. Verneuil pour la dilatation progressive de l'œsophage sur conducteur.



Fig. 54. — Crochet mobile de Collin pour extraire les corps étrangers de l'œsophage.

corps de petit volume, on peut l'employer, mais il faut savoir qu'entre les mains de chirurgiens de haute valeur il n'a été qu'une source de complications : Le Fort, Félizet, Berger, après l'avoir introduit, n'ont pu le retirer. Segond relatait, il y a quelques années, le fait suivant :

« Une femme, en toussant, avale deux dentiers : le plus petit est évacué par les selles ; le plus gros reste fixé dans l'œsophage, à la hauteur de

la fourchette sternale. Le panier de de Graefe est introduit, il est impossible de le retirer : avec une sonde on cherche à le dégager, la sonde reste elle-même fixée. L'œsophagotomie externe dut être faite pour extraire corps étranger et instrument (1). »

Les diverses pinces construites dans le but d'aller saisir sur place

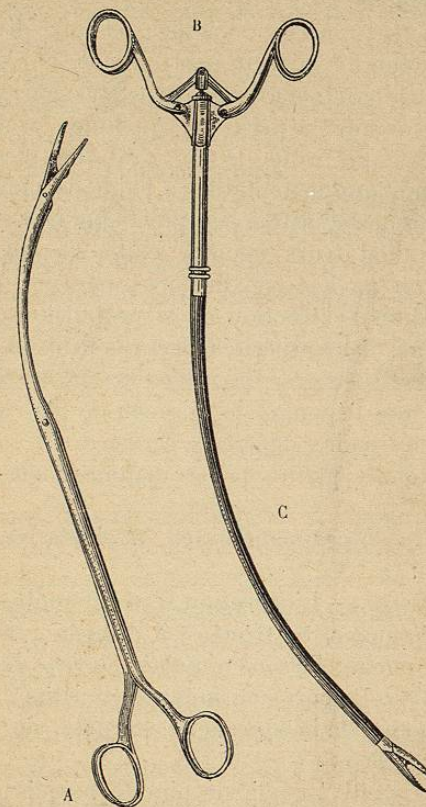


Fig. 55. — Pinces pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. — A, l'ancien modèle; — B, pince de Collin, dont une grande partie (C) est relativement souple.

les corps étrangers n'ont guère donné de succès que pour les corps situés dans la portion cervicale de l'œsophage. Si le corps est engagé plus bas, elles deviennent d'une manipulation difficile, et si elles ne saisissent pas le corps étranger, il n'est pas rare de leur voir déchirer la muqueuse.

Cependant, c'est encore à elles que nous donnerions la préférence. Récemment M. Berger (2) en présentait un excellent modèle de Collin (fig. 55). Cette pince diffère de celle qui est dans l'usage courant,

(1) SEGOND, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1893.

(2) BERGER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895.

par le volume plus grand de son extrémité qui, quand la pince est fermée, a les dimensions d'une petite olive œsophagienne; par sa puissance de préhension qui est due tant à la force des branches qu'à la disposition particulière des mors de la pince; enfin par un dispositif permettant de s'assurer que le corps étranger est saisi, et de mesurer ses dimensions.

Nous préférons les pinces au panier, et aux divers crochets. L'important est d'avoir un sujet un peu tolérant, de n'ouvrir les mors que lorsqu'on sent le contact avec le corps étranger, et de ne serrer qu'après s'être assuré de la prise par quelques pressions douces. Chez l'aliéné sur lequel nous avons pratiqué l'œsophagotomie, nous avons fait une longue tentative à l'aide de pinces, et cela en ayant une sensation de sécurité à peu près complète.

Il y a aussi des dilateurs (éponge, ballon de caoutchouc) qui, placés au-dessus ou au-dessous du corps, peuvent, dans quelques circonstances, faciliter l'extraction ou la propulsion en écartant les parois de l'œsophage, où les aspérités du corps se fixent et l'empêchent de se déplacer.

Nous estimons que l'éponge, le faisceau de fils, le parapluie de Fergusson peuvent rendre de réels services s'il s'agit de petits fragments d'os, de très petites pièces dentaires, ou d'arêtes fichés dans l'œsophage.

En cas d'insuccès de ces manœuvres, on devra recourir à l'intervention sanglante :

Méthodes opératoires. — L'opération sera différente suivant le siège même du corps étranger. Se trouve-t-il dans la région cervicale? l'incision de l'œsophage, l'*œsophagotomie externe cervicale* est naturellement indiquée. Le corps étranger est-il situé dans la portion thoracique, au-dessous de la fourchette sternale, on pourra hésiter entre plusieurs procédés :

1° Essayer de l'extraire à l'aide de pinces en incisant l'œsophage, au cou, le plus bas possible (*voie cervicale*);

2° Ouvrir le médiastin et attaquer directement l'obstacle (*œsophagotomie externe par la voie médiastinale*);

3° Le corps étranger est-il plus rapproché encore du cardia, on pourra chercher à l'enlever au moyen d'une *gastrotomie préalable*, soit en l'attirant à l'aide de pinces à travers le cardia et l'incision de l'estomac, soit en le refoulant du côté du pharynx de bas en haut.

ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE PAR LA VOIE CERVICALE.

Notice historique. — Cette opération fut proposée pour la première fois par Verduc en 1643. Dans sa *Pathologie chirurgicale*, il préconise comme dernière ressource l'œsophagotomie externe, mais seule-

ment pour la région cervicale, encore faut-il sentir le corps étranger pour inciser dessus.

Guattani (1747) essaya l'opération sur des chiens et des cadavres, et affirma sa possibilité chez l'homme vivant. La communication de Guattani est postérieure à l'exécution des deux premières œsophagotomies (1738), mais ces dernières ne furent publiées qu'en 1757.

C'est à Goursaud père, médecin à Coussac-Bonneval en Limousin, que revient l'honneur de la première œsophagotomie. Elle fut pratiquée, en 1738, chez un homme qui avait dans la région cervicale un morceau d'os faisant saillie sur le côté gauche. L'incision fut pratiquée en ce point et le malade guérit.

L'intervention, exclusivement réservée au début aux corps faisant saillie sur le côté de l'œsophage, fut ensuite considérée comme possible dans les cas où le corps n'est pas senti à l'extérieur. Cette idée amenait l'intervention de conducteurs permettant de trouver facile-

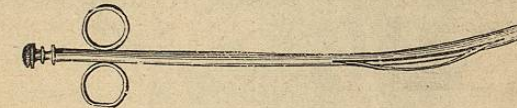


Fig. 56. — Sonde de Vacca.

ment l'œsophage. L'ectopœsophage de Vacca Berlinghieri (fig. 56) et la sonde à dard du Frère Côme étaient recommandés dans ce but. On discutait aussi pour savoir quel était le côté où devait porter l'incision et les opinions se trouvaient divisées; quelques-uns voulaient opérer à droite, d'autres optaient pour l'incision médiane, la plupart préféraient l'opération à gauche.

Mais toutes ces opinions restaient dans le domaine de la théorie. Malgré les deux succès de Goursaud et Rolland, les opérations de Ricchi et Rossi étaient inconnues (ou passées sous silence), il n'y avait aucun chirurgien qui osât tenter l'opération, car il faut bien admettre que l'occasion s'est présentée nombre de fois. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur les publications faites par les chirurgiens militaires du commencement du siècle. C'est que tous les chirurgiens dont l'autorité faisait loi étaient peu partisans de l'opération, et, sans l'avoir jamais pratiquée, lui trouvaient des difficultés si considérables avec des chances de guérison si faibles qu'ils en parlaient en quelque sorte la main forcée.

Delpech admettait la pharyngotomie « quand il s'était produit une inflammation alarmante » et son intervention consistait sans doute alors en l'ouverture d'un abcès.

Boyer surtout était opposé à cette opération qu'il n'admettait que lorsque le corps faisait saillie, et sa grande autorité a été pour beaucoup dans l'abstention opératoire qui a duré un siècle tout entier.

Cependant Richerand trouvait l'opération moins dangereuse qu'il

ne semble d'abord et Vacca Berlinghieri déclarait l'opération très rationnelle, étant donnée l'innocuité relative des plaies incomplètes et surtout longitudinales de l'œsophage.

Bégin enfin est assez audacieux pour tenter à nouveau l'opération

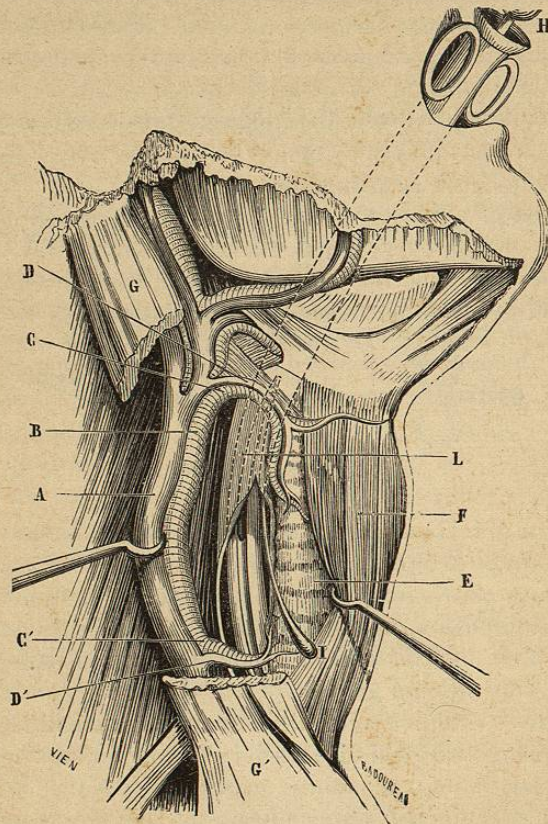


Fig. 57. — Œsophagotomie. — A, veine jugulaire; — B, artère carotide; — CC', DD', vaisseaux thyroïdiens supérieur et inférieur; — E, trachée; — F, muscles sous-hyoïdiens; — G, G', sterno-mastoïdien coupé; — H, sonde de Vacca; — I, ressort de la sonde; — L, tige de la sonde (SÉDILLOT, *Médecine opératoire*).

et deux succès démontrent la possibilité et l'innocuité de l'intervention.

Peu à peu, sous l'influence de l'autorité et des publications d'Arnott, Ch. Bell, Velpeau, de Lavacherie, Vidal (de Cassis), Chever, Sédillot, Terrier (1), Duplay, l'œsophagotomie externe entrainait dans le domaine de la pratique.

La pratique démontrait de plus en plus la bénignité de l'opération et son efficacité quand elle est faite de bonne heure.

Les relevés de Fischer (1888), complétés par ceux de

(1) TERRIER, thèse de Paris, 1870.

Gross (121 cas, 1891) (1) indiquent une mortalité de 20 p. 100 pour les opérations faites dans les trois premiers jours, de 38 p. 100 lorsque cet intervalle est dépassé. Frœlich (1894) ajoute dix-sept nouvelles observations avec un seul décès; et encore ce dernier doit-il être mis sur le compte de tentatives trop longtemps prolongées d'extraction par les voies naturelles: le sujet succomba à des suppurations pleurales et médiastiniques. Nous pourrions ajouter une douzaine de faits à cette statistique, tous suivis de succès.

L'œsophagotomie externe doit donc entrer dans le cadre des opérations d'urgence, et c'est à ce point de vue que nous l'avons décrite dans nos conférences de médecine opératoire.

Terrier arrivait déjà aux mêmes conclusions. Il s'exprimait ainsi: « Pour résumer notre pensée, nous dirons qu'imitant la conduite du chirurgien qui est appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée et qui ne le quitte qu'après avoir réduit ou opéré la hernie, le praticien ne doit guère quitter le malade qui a un corps étranger arrêté dans l'œsophage, qu'après l'en avoir débarrassé, soit en enlevant ce corps par la bouche, soit en le poussant dans l'estomac, soit enfin en pratiquant l'œsophagotomie externe. Cette dernière opération est d'autant mieux indiquée qu'elle n'est pas très difficile, et surtout qu'elle n'offre pas les grands dangers mentionnés par les classiques. »

Récemment M. Lemaître (de Limoges) communiquait un fait d'œsophagotomie externe pratiquée chez un enfant de six mois.

Manuel opératoire (fig. 57) (2). — Quoique l'on puisse opérer à droite, la position de l'œsophage qui débord le côté gauche de la trachée indique tout naturellement l'intervention en ce point. La position du chirurgien à gauche du malade permettra d'ailleurs plus facilement l'introduction du doigt et des instruments par la plaie œsophagienne. L'incision médiane, préconisée par Nélaton, rend la recherche de l'œsophage moins aisée.

L'incision cutanée doit être faite assez bas et être assez longue pour permettre d'aborder l'œsophage en un point aussi rapproché que possible du siège du corps. Elle doit avoir au moins 10 centimètres, et partir à 1 centimètre environ au-dessous de la fourchette sternale, pour remonter suivant le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, jusqu'au cartilage cricoïde. Le malade est dans le décubitus dorsal la tête en extension: la face tournée du côté droit, un coussin résistant placé sous les épaules, la tête débordant en arrière et portant à faux, la région opératoire est bien mise en évidence.

Après avoir incisé la peau et l'aponévrose cervicale superficielle, on divise avec les doigts le tissu cellulaire compris entre le muscle sterno-mastoïdien et le corps thyroïde, de façon à laisser en contact

(1) Gross, *Semaine médicale*, 1891.

(2) La figure remet sous les yeux du lecteur les principaux rapports anatomiques de la région; nous ferons remarquer qu'il est préférable de choisir le côté gauche.