

*phagie* est le phénomène capital, sans aucun doute. Elle peut être complète, physique, lorsque le corps obstrue complètement le conduit. Les liquides mêmes sont alors retenus dans la portion supérieure de l'œsophage. Elle atteint rarement ce degré, et surtout elle ne se produit pas toujours par ce mécanisme. Dans tout corps étranger de l'œsophage, la dysphagie résulte autant du spasme œsophagien que de l'obstacle même. Des corps de très petit volume, une simple arête de poisson, la provoquent parfaitement. L'œsophage s'accommode au contraire quelquefois de la présence de certains corps volumineux, mais mousses, comme des pièces de monnaie, et grâce à cette tolérance, d'une part, grâce à ce que, d'autre part, ces objets, placés de champ, n'obstruent guère le conduit œsophagien, la déglutition peut dans ce cas être à peu près normale.

La *dyspnée* est provoquée souvent par la pression qu'un corps étranger volumineux exerce sur la trachée. On a noté une seule fois le cornage, qui témoigne d'une diminution notable de calibre. La dyspnée est constante ou survient par accès. Dans ce dernier cas, le spasme du larynx semble jouer un rôle important. Il dépend lui-même, soit de l'excitation des pneumo-gastriques par le corps étranger, soit de l'introduction dans le larynx de quelques parcelles alimentaires ou de quelques gouttes de liquide pendant que le patient fait des efforts de déglutition.

Tous ces phénomènes entretiennent un malaise qu'aggravent souvent des efforts de vomissement fréquents, un état d'anxiété continue, et quelquefois, surtout chez les enfants, des spasmes et de véritables convulsions tétaniques.

**Marche et complications.** — Certains corps entretiennent l'état de souffrance que nous venons de décrire, d'une façon continue, jusqu'à ce que se produisent des complications nouvelles. Pour d'autres, se présentent des périodes de rémission alternant avec des périodes douloureuses. D'autres corps enfin, qui semblent absolument tolérés par l'œsophage, ne donnent plus lieu à aucun phénomène et on pourrait les croire disparus, si les accidents qui nous restent à décrire ne venaient tout d'un coup tirer le malade et le chirurgien d'une trompeuse sécurité.

a. *Une inflammation locale* se montre de bonne heure, du côté de la muqueuse œsophagienne, dans les points irrités par les parties saillantes du corps étranger; une petite portion de cette membrane

peut être frappée de sphacèle; ces destructions limitées ont souvent une heureuse influence. Les corps peu volumineux se détachent par ce mécanisme. Ils sont alors rejetés par le vomissement ou passent dans l'estomac. La preuve de ce sphacèle plus ou moins étendu est fournie par la mauvaise odeur de l'haleine, que nous trouvons notée dans un grand nombre d'observations.

b. *Formation d'abcès.* — L'inflammation dépasse souvent la muqueuse; le tissu cellulaire sous-muqueux se prend, et il se forme des abcès entre les tuniques de l'œsophage. Les choses vont même plus loin. Des phlegmons se développent en dehors du conduit pharyngo-œsophagien, dans le tissu cellulaire qui l'entoure: phlegmons pharyngiens, dont quelques exemples se trouvent rapportés dans les recueils, et en particulier dans la thèse de Gillette sur les phlegmons rétro-pharyngiens, phlegmons péri-œsophagiens de la région cervicale ou du médiastin. Les abcès s'ouvrent tantôt dans le canal pharyngo-œsophagien lui-même et, à ce moment, le corps étranger se dégage souvent, tantôt à l'extérieur, tantôt dans un des organes du médiastin: bronches, plèvre, péricarde, cavité des oreillettes. On comprend que la mort soit survenue immédiatement dans le dernier cas (Bussard, 1874), et que les terminaisons précédentes aient entraîné des périocardites et des pleurésies purulentes fort graves. — Même lorsqu'ils ne s'ouvrent pas ainsi, dans les organes qui veulent être respectés, les abcès œsophagiens et péri-œsophagiens constituent des accidents très sérieux. Les malades sont, par leur fait, en proie à une fièvre hectique; ils tombent dans le marasme et meurent d'épuisement. Comme les foyers purulents avoisinent les voies respiratoires, les compriment et les irritent, la toux est fréquente, si bien que souvent on pourrait croire ici, si l'on n'était prévenu, à la phthisie pulmonaire, au catarrhe bronchique, à l'asthme suffocant. On a signalé, mais à titre exceptionnel, des abcès qui, se mettant en contact avec la colonne vertébrale, ont amené sa dénudation et même ont pénétré jusqu'à l'intérieur du canal vertébral. La marche de ces phénomènes est souvent extrêmement lente. Gaultier de Claubry a rapporté l'observation d'une jeune fille qui n'expulsa un morceau d'os retenu dans l'œsophage qu'après quatorze années d'accidents.

c. *Les perforations des organes avoisinants* sont les plus curieux et les plus graves des accidents causés par les corps arrêtés dans l'œsophage. Quelques-uns n'arrivent qu'au bout d'un temps fort

long, alors que le corps étranger semblait parfaitement toléré. On a cité quelques pièces de monnaie, un morceau de gutta-percha, etc. Le plus souvent, la perforation arrive assez vite, au bout de deux ou trois jours ou un peu davantage, sept, huit, dix jours. Divers organes sont atteints : la trachée, le péricarde et le cœur, les gros vaisseaux.

La perforation de la trachée conduit à l'établissement d'une fistule œsophago-trachéale, par laquelle les liquides et les parcelles alimentaires s'introduisent dans les voies aériennes ; de là une toux fréquente, de la bronchite purulente, et finalement la mort plus ou moins rapide. Le péricarde a été plus d'une fois envahi par un corps étranger. On y a trouvé, dans un cas, un fragment de dentier. Une péricardite mortelle survient ici inévitablement. Le cœur est pénétré souvent par des corps de petit volume. Un fait d'Andrew est bien connu, dans lequel une arête de poisson pénétra jusque dans l'épaisseur de la cloison interventriculaire. Nous citerons, en faisant l'histoire des plaies du cœur, de nombreuses observations d'aiguilles trouvées dans cet organe et qui ne l'avaient atteint très vraisemblablement qu'après avoir traversé l'œsophage, dans lequel elles avaient été introduites par la déglutition.

La perforation de la plèvre conduit à la pleurésie purulente.

Les perforations des vaisseaux sont les plus communes. Sur 42 cas recueillis par Poulet et Bousquet, l'aorte était atteinte 22 fois. Venaient ensuite par ordre de fréquence : la carotide, la veine cave, la thyroïdienne inférieure, la veine coronaire, la demi-azygos, l'artère pulmonaire, etc. A part une exception unique, ces perforations ont toujours été mortelles. Elles peuvent se produire sous la forme d'une hématomèse foudroyante ou sous la forme d'hémorragies renouvelées jusqu'à la mort.

d. *Des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et quelquefois des dilatations* de ce conduit peuvent se montrer à l'état de complication tardive, lorsqu'un corps étranger a séjourné longtemps dans l'œsophage. La rétraction inodulaire, s'exerçant au niveau des ulcérations guéries, est la cause première de ces altérations.

**Diagnostic.** — Aucun des symptômes que nous avons énumérés n'est pathognomonique. Les commémoratifs ont une grande valeur, mais ils manquent souvent. Les phénomènes initiaux peuvent avoir été insignifiants, et, alors même qu'ils auraient été très marqués,

certaines maladies, tels que les enfants et les aliénés, sont incapables de nous les faire connaître. La douleur sur le trajet de l'œsophage peut tenir à d'autres causes. Elle persiste souvent fort longtemps, alors que tout corps étranger est depuis longtemps éliminé. La dysphagie est encore le symptôme le plus important. Si elle se joint à quelques commémoratifs établissant assez nettement qu'un corps trop volumineux et irrégulier a franchi le pharynx à un certain moment, elle prend une grande valeur. Les troubles respiratoires ne sont bons qu'à induire en erreur l'observateur. Un certain nombre de signes diagnostiques peuvent être fournis par les divers modes d'exploration. La pharyngoscopie, si le corps est fixé très haut, le palper, s'il est volumineux, l'introduction du doigt dans l'arrière-gorge et surtout le cathétérisme de l'œsophage, au moyen d'un explorateur à boule, ou mieux, avec la sonde à résonnateur de Collin, fourniront quelquefois une certaine indication. Mais les premiers procédés ne sont applicables que pour les corps étrangers de la région cervicale, et le dernier reste souvent sans effet. Tous les corps de petit volume, et beaucoup de corps volumineux, sont longés et touchés par la sonde sans fournir aucun signe de leur existence. L'auscultation de l'œsophage, par la méthode d'Hamburger, donne des résultats bien plus incertains encore. Il s'agit d'entendre les bruits qui se produisent dans l'œsophage au niveau du corps étranger au moment où le malade avale des liquides. Ces bruits seront tout au plus caractéristiques d'un rétrécissement.

Les accès de dyspnée ont pu faire croire à des corps étrangers des voies respiratoires ; mais, dans ce cas, la dysphagie n'existe point. Chez quelques malades, les phénomènes dyspnéiques sont si puissants, l'asphyxie tellement imminente, que le chirurgien peut avoir à peine le temps de se demander si le corps étranger occupe les voies aériennes ou la première partie des voies digestives. Souvent, dans ce cas, il suffirait de porter le doigt au fond de la bouche pour sentir l'obstacle. Le temps pressant, on pourra faire la trachéotomie avant d'avoir éclairci le diagnostic. C'est ce qui arriva dans le cas célèbre d'Habicot, où un jeune homme avait voulu avaler, de crainte des voleurs, *quelque dix pistoles* nouées dans un petit linge. En présence des accidents asphyxiques qu'il constatait, Habicot fit la trachéotomie et poussa ensuite le corps étranger à travers l'œsophage jusque dans l'estomac.

Nous avons déjà dit qu'on avait pu confondre avec la phthisie, l'asthme, le croup, les accidents déterminés par des corps retenus depuis longtemps dans le conduit œsophagien. L'étude attentive du malade, la recherche soigneuse des commémoratifs, préservera généralement d'une semblable erreur.

**Pronostic. — Terminaison.** — Si l'on s'en rapportait aux seuls faits consignés dans les auteurs, on pourrait dire, sans aucun doute, que les corps étrangers de l'œsophage sont d'un pronostic très grave. Un bon tiers de ces observations se termine par la mort, et l'énumération que nous avons faite plus haut des divers accidents auxquels les malades sont exposés n'est pas des plus rassurants. Il faut cependant considérer que le plus grand nombre des faits n'a pas été publié. Combien de petits corps restent plus ou moins longtemps dans l'œsophage et sont rendus sans accident! — Les cas connus sont nécessairement les plus graves. La moitié d'entre eux environ se termine par l'expulsion spontanée du corps étranger au moment du vomissement, de l'éternûment, pendant un éclat de rire, ou par sa chute plus ou moins tardive dans l'estomac, le corps s'étant dégagé de la muqueuse après l'avoir ulcérée. — La sortie du corps étranger met ordinairement fin à tous les accidents. Pourtant la suppuration œsophagienne et péri-œsophagienne peut encore faire courir des dangers aux malades; on a même vu des perforations vasculaires, une perforation de l'aorte en particulier, se compléter plusieurs jours après l'extraction. — Le passage de certains objets volumineux ou pointus dans l'estomac ne fournit pas toujours une guérison définitive. Le corps étranger de l'œsophage est devenu un corps étranger de l'estomac ou de l'intestin. Quelquefois un abcès du cou a pu livrer passage au corps étranger; souvent les objets de très petit volume, comme les aiguilles, cheminent à travers les tissus et vont, au bout d'un temps fort long, apparaître sous la peau dans des régions plus ou moins éloignées.

**Traitement.** — De tout temps, des pratiques populaires ont tendu à obtenir la terminaison naturelle par expulsion au dehors ou par propulsion vers l'estomac. On provoque le vomissement, après avoir fait avaler de l'huile ou des blancs d'œufs, destinés à lubrifier le conduit, ou bien on donne aux malades des bouchées assez volumineuses et assez solides pour former un bol capable d'entraîner le corps étranger vers l'estomac.

A ces deux méthodes, que les chirurgiens ont singulièrement perfectionnées, s'en est ajoutée une troisième purement opératoire : c'est l'extraction par une ouverture artificielle faite à l'œsophage.

Ces trois méthodes : extraction par la bouche, propulsion vers l'estomac, œsophagotomie, ont leurs indications spéciales, un peu difficiles parfois à bien établir, il faut l'avouer.

*Extraction par la bouche.* — On ne doit pas provoquer le vomissement si l'on ne connaît pas à l'avance la nature du corps étranger. Sous son influence des corps irréguliers, munis de pointes, se fixent plus solidement dans la muqueuse de l'œsophage. Les objets lisses et les corps pulpeux, comme des fragments de légume, seront au contraire rendus facilement par ce procédé. On obtient le vomissement au moyen de la titillation de la luette, de l'administration de l'émétique par la bouche, et, si la déglutition est impossible, par l'emploi des injections sous-cutanées ou intraveineuses et des lavements d'émétique ou d'apomorphine. Le plus souvent, le chirurgien recourt à l'*extraction directe*. Suivant la nature, et surtout le siège du corps étranger, les procédés varient. On aborde aisément ceux qui occupent la partie inférieure du pharynx avec des pinces recourbées. Le miroir pharyngoscopique permet souvent de diriger l'instrument à coup sûr. Le doigt porté dans le pharynx peut aussi servir de guide. Quelquefois on peut avec lui accrocher un petit corps pointu et en faire facilement l'extraction sans aucun instrument.

Les corps situés un peu plus profondément dans la région cervicale sont encore justiciables des grandes pinces de divers modèles, connues sous le nom de pince à levier mobile de Collin, de pince américaine, etc. Mais la plupart du temps l'extraction devra être faite au moyen d'instruments préhenseurs spéciaux, construits de manière à passer derrière le corps étranger pour l'accrocher et le tirer en dehors. Le plus connu est le panier de de Græfe; viennent ensuite des instruments en parasol qui s'ouvrent dans l'œsophage au-dessous de l'obstacle, des tiges munies d'éponge ordinaire ou d'éponge préparée, les éponges ordinaires servant plutôt à la propulsion, enfin d'un instrument très usité en Angleterre, consistant dans une tige munie d'une éponge à son extrémité, et glissant dans une longue canule. L'extrémité inférieure de la canule et celle de la tige sont réunies par une gaine solide de crins, longs de 7 à 8 centimètres. En poussant la canule de façon à rapprocher son extrémité de celle de la

tige. les crins forment un volumineux renflement, qui produit ce double effet d'écarter largement les parois de l'œsophage, et d'accrocher au milieu des filaments qui le forment tous les corps étrangers. Tous ces instruments, et d'autres qu'il est inutile d'énumérer, sont d'un usage excellent pour les pièces de monnaie, pour les objets peu volumineux et dépourvus d'aspérités trop blessantes; mais précisément les corps qui se fixent le plus souvent ne répondent pas à ces conditions. On renoncera, après quelques tentatives modérées, à pratiquer des tractions sur des objets qui sont manifestement immobiles dans l'œsophage. User de force serait s'exposer sûrement à une déchirure de la paroi et peut-être à des lésions vasculaires importantes. Un accident singulier, observé quelquefois dans ces manœuvres, c'est l'accrochement de l'instrument, spécialement du panier de de Græfe. Il dut, dans un cas, être laissé trois jours en place. On finit par le dégager, soit à l'aide d'un mouvement de rotation imprimé à sa tige, soit, comme dans un cas d'Adelmann, au moyen d'une sonde volumineuse glissée par-dessus cette dernière. Rappelons qu'avec le panier de de Græfe en particulier quelques opérateurs ont accroché le bord inférieur du cartilage cricoïde et, croyant tenir un corps étranger, ont pratiqué sur le larynx des tractions naturellement pénibles et dangereuses pour le malade. D'après Martin, sur 167 tentatives d'extraction, on a réussi 40 fois à ramener le corps étranger.

La *propulsion* est la méthode de choix pour les corps volumineux, et qui ne sont pas trop vulnérants. Elle se pratique au moyen de tiges diverses, depuis le poireau jusqu'aux sondes les plus variées. On se trouve bien, souvent, de placer, immédiatement derrière la tige qui exécute la propulsion, un cylindre ou ballon dilatable, au moyen duquel l'œsophage est distendu. Les corps étrangers sont de la sorte détachés d'abord de la paroi du conduit et tombent naturellement au-dessous. Pour la plupart des corps situés dans la portion thoracique de l'œsophage, la propulsion est préférable à l'extraction par la bouche. Les objets lisses, peu blessants, font peut-être seuls exception. Les autres rentrent presque tous dans cette classe de corps dont Hévin disait ingénieusement « qu'il faudrait les retirer et qu'on doit les enfoncer ». La propulsion pour eux est moins dangereuse que l'extraction. Il est vrai qu'une fois arrivés à l'estomac, quelques-uns peuvent devenir l'origine de nouveaux dangers. Mais un grand

nombre, tout offensants qu'ils paraissent, traversent l'intestin sans causer de dommages, et les accidents provoqués par les autres sont loin d'être toujours mortels.

On favorise la propulsion en injectant dans l'œsophage ou en faisant avaler au malade des liquides lubrifiants, huile, blanc d'œuf, etc. Quelquefois la malaxation d'un corps mou, arrêté au niveau de la région cervicale, aide à sa progression. Dupuytren, dans un cas, broya de la sorte une pomme de terre; elle aurait été, sous son nouvel état, refoulée facilement si le malade ne l'avait avalée lui-même.

L'*œsophagotomie externe* est la seule ressource qui reste pour les corps étrangers qui ne peuvent être ni extraits par la bouche, ni refoulés vers l'estomac. Encore n'est-elle praticable que s'ils occupent la région cervicale, ou la partie tout à fait supérieure de la région thoracique. Pourvu qu'ils ne dépassent pas la première pièce du sternum, on peut encore avoir avantage à les aller saisir par la plaie œsophagienne au moyen de longues pinces (Bégin, Syme).

On ne peut qu'abandonner à eux-mêmes les corps placés dans les parties moyenne et inférieure de la région thoracique, lorsqu'ils résistent aux tentatives d'extraction ou de propulsion. Pour tous les autres, l'œsophagotomie doit être tentée, et tentée de bonne heure. L'échec des autres méthodes motive parfaitement l'opération.

*Historique et manuel opératoire de l'œsophagotomie externe.* (D'après F. Terrier.) — C'est Verduc (1645) qui paraît avoir proposé le premier l'œsophagotomie pour l'extraction des corps arrêtés dans l'œsophage. Après lui Hévin, dans son célèbre mémoire sur les corps étrangers de l'œsophage (*Mém. de l'Ac. royale de chirurgie*, 1745), conseille la même opération, et Guattani, en 1747, fait paraître le premier travail connu sur l'œsophagotomie. Mais Guattani ne s'appuyait que sur des recherches cadavériques et des expériences sur les animaux. Il n'avait pas connaissance de deux opérations faites de son temps, et qui furent quelques années après, en 1757, rapportées dans l'*Histoire de l'Académie royale de chirurgie*, celles de Goursaud et de Rolland. Malgré ces deux faits, l'œsophagotomie continua à être étudiée d'une façon purement théorique presque jusqu'à notre époque. Vacca Berlinghieri fit paraître à Pise, en 1820, un mémoire dans lequel il recommanda, pour faciliter l'opération, une sonde conductrice, de son invention, qui est restée dans la pratique. En

1851 seulement Bégin pratiqua deux opérations nouvelles. Presque en même temps (1852), Arnolt, en Angleterre, Lavacherie, en Belgique, opéraient chacun un malade. L'œsophagotomie était dès lors définitivement entrée dans la pratique. Inventée spécialement pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, elle avait été entre temps appliquée au traitement des rétrécissements de ce conduit. Stoffel la conseille formellement à propos d'une observation rapportée par Bonnet dans le *Sepulcretum* (1700); Benj. Bell, dans son *System of Surgery* (1785-1787), l'indique aussi. Le premier fait d'œsophagotomie pour un rétrécissement est rapporté, sans mention du nom de l'opérateur, par Tarenget en 1786. Le second s'est produit bien longtemps après. Il appartient à Monod; Follin le donne dans sa thèse d'agrégation (1855). Les opérations d'œsophagotomie externe dans le cancer du pharynx et de l'œsophage sont restées peu communes.

L'œsophagotomie se pratique ordinairement du côté gauche, à cause de la saillie que le conduit fait de son côté. On trace entre l'articulation sterno-claviculaire et le bord supérieur du cartilage thyroïde une incision parallèle au bord antérieur du sterno-cléido-mastoidien. Après la section de l'aponévrose superficielle, du muscle omo-hyoïdien et de l'aponévrose moyenne, on pénètre avec précaution entre le sterno-cléido-mastoidien et les gros vaisseaux du cou d'un côté, le larynx et la trachée avec l'œsophage de l'autre. L'œsophage peut être rendu apparent par la saillie du corps étranger; il peut l'être encore par une sonde conductrice qu'on aura introduite dans la bouche; même sans conducteur, on peut arriver sûrement à l'œsophage en suivant le conseil de Duplaix : mettre à nu le lobe gauche de la glande thyroïde et le contourner en dehors jusqu'à ce que l'on soit conduit sur la trachée. L'œsophage se trouve alors facilement derrière cette dernière.

L'incision de l'œsophage doit être faite sur le côté du canal, parallèlement à son axe. Elle sera suffisante pour permettre l'introduction du doigt, d'une pince, etc.

Après l'extraction du corps étranger il faut pratiquer isolément, dans la plaie, la suture de la muqueuse œsophagienne; si l'on comprenait dans les fils toute la paroi du conduit, elle serait coupée par eux pendant les mouvements de déglutition. On laisse la plaie extérieure ouverte et l'on se contente de faire sur elle des applications

antiseptiques. Le malade est nourri pendant quelques jours avec la sonde œsophagienne.

Kœnig a rassemblé 53 cas d'œsophagotomie pour corps étranger, sur lesquels la guérison a été obtenue 26 fois; 6 fois la mort est survenue, à la suite de perforations, de gangrène de l'œsophage, de pneumonie, de phlegmon du médiastin; dans un cas le résultat est resté incertain. Une pareille statistique est très favorable, si l'on considère que les corps obtenus par l'œsophagotomie avaient résisté à toutes les tentatives d'extraction par la bouche et de propulsion vers l'estomac, et qu'ils menaçaient par conséquent la vie du malade.

## DEUXIÈME PARTIE

### MALADIES VITALES ET ORGANIQUES

#### I

##### MALADIES DU TISSU CELLULAIRE

###### A. — PHLEGMON DU COU EN GÉNÉRAL.

**Étiologie.** — A la région cervicale, comme partout ailleurs, le phlegmon a pour point de départ l'introduction dans les mailles du tissu cellulaire d'un produit irritant, souvent septique.

Quelquefois l'agent d'irritation s'infiltré de proche en proche à travers le tissu cellulaire lui-même. C'est ainsi qu'une fracture du larynx dont le foyer suppure, un corps étranger qui ulcère l'œsophage, un ganglion tuberculeux ramolli, une plaie superficielle septique, etc., donnent naissance à des phlegmons par continuité d'inflammation. Il s'agit alors de simples complications dont la description se rattache à celle des affections les plus diverses.

Dans l'immense majorité des cas, les phlegmons du cou ont une