

ches, la dénudation des vertèbres et l'ouverture du canal rachidien, sont autant de complications qu'on a observées. L'ulcération de troncs vasculaires se traduit soit par des hématomés foudroyants, soit par de petites hémorragies répétées. 19 fois sur 55 la perforation a porté sur l'aorte, tantôt sur sa crosse, tantôt sur la partie moyenne de sa portion thoracique⁽¹⁾. Ces perforations vasculaires sont produites par des corps relativement petits qui se fixent en accrochant la muqueuse par leurs aspérités. Aussi succèdent-elles non aux corps immobilisés au niveau des régions de l'œsophage normalement rétrécies (corps volumineux) mais à ceux qui s'arrêtent en des points où ce conduit se trouve directement en rapport avec de gros vaisseaux, en particulier dans la région thoracique, 29 fois sur 55 (Nevot). Ces perforations se produisent ordinairement au bout de 6 à 10 jours, lorsque l'inflammation ulcéreuse s'est développée. Exceptionnellement on les a vues après un temps très long. Erichsen rapporte à cet égard l'histoire intéressante d'un malade qui fut emporté par une hématomèse mortelle, après avoir gardé un morceau de gutta-percha six mois dans l'œsophage. L'ulcération vasculaire avait succédé, dans ce cas, à la formation d'une poche sur les côtés de l'œsophage. Rarement aussi la perforation est primitive et succède pour ainsi dire immédiatement à l'introduction du corps étranger⁽²⁾.

Lorsque le malade a échappé à ces accidents, il n'est pas encore à l'abri de toute complication. La propulsion du corps étranger dans l'estomac peut être le point de départ d'accidents secondaires variés, tels qu'obstruction intestinale, perforation, abcès, etc. Enfin, parmi les suites éloignées d'un corps étranger de l'œsophage, il ne faut pas oublier la possibilité d'un rétrécissement cicatriciel ultérieur⁽³⁾.

Pronostic. — Le pronostic, sans gravité dans bon nombre de cas, peut, on le comprend par tout ce que nous venons de dire, être sérieux, soit par le fait de l'asphyxie immédiate, soit par les accidents consécutifs, soit enfin par la nécessité d'une intervention chirurgicale, qui n'est pas toujours sans danger.

Diagnostic. — On peut confondre un corps étranger de l'œsophage avec un corps étranger des voies aériennes⁽⁴⁾, lorsque l'on arrive auprès d'un malade chez lequel les accidents respiratoires prédominent; à une période secondaire, lorsque le corps étranger ne révèle son existence que par des accidents thoraciques tardifs, on a cru quelquefois à une bronchite, une phthisie, de l'asthme suffocant.

On arrive au diagnostic en se fondant sur les données fournies par les commémoratifs, l'étude des symptômes fonctionnels, l'examen direct; on peut ainsi déterminer en même temps que l'existence, la nature et le siège des corps étrangers; dans ces derniers temps, on a eu recours à la radiographie pour déterminer la présence et la situation d'un corps étranger dans l'œsophage⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ NEVOT (Louis), *De la perforation des vaisseaux par les corps étrangers de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1879, n° 81.

⁽²⁾ Le fait a été observé par : WITH, Perforation de l'aorte par une aiguille. *The Lancet*, 1877, p. 689. — KIRBY, Perforation de la sous-clavière droite par un os très effilé. *Dublin's hosp. Rep.*, II. — WILLIAM COLLES, Perforation de la portion descendante de la crosse par une arête de poisson. *Dublin quart. Journal*, 1855, t. XIX.

⁽³⁾ Voy. plus loin : Rétrécissements de l'œsophage, p. 558.

⁽⁴⁾ Voy. plus loin : Corps étrangers des voies aériennes, p. 588.

⁽⁵⁾ WILLIAM WHITE, The use of skiagraphy for the deflection and location of foreign bodies

Ces diverses recherches conduisent immédiatement le chirurgien à l'intervention, l'extraction devant suivre immédiatement le diagnostic, quelquefois même l'accompagnant. Aussi ne séparerons-nous pas ce qui, en clinique, est uni, et étudierons-nous, en même temps que le traitement, les explorations que l'on doit faire pour arriver au diagnostic.

Traitement. — *Lorsqu'on est appelé au moment même de l'introduction et qu'il existe des accidents menaçant directement la vie*, il faut, avant tout, porter le doigt au fond de la gorge; très fréquemment on extrait ainsi directement le corps étranger; si le doigt est insuffisant, on aura recours à une pince courbée sur le plat, à un crochet et, en cas d'échec, pour peu qu'il y ait des phénomènes asphyxiques violents, le chirurgien doit suivre le précepte formulé depuis si longtemps par Habicot: il doit ouvrir la trachée.

B. *Lorsqu'on est appelé plus tard ou lorsqu'il n'existe pas d'accidents menaçants*, on a tout le temps de la réflexion. C'est alors qu'on interrogera avec soin le malade pour avoir des notions sur la nature du corps étranger, sur la douleur locale si elle existe. Malheureusement, on se trouve quelquefois en présence d'un enfant, d'un ivrogne ou d'un paralytique incapable de répondre; de plus, même en possession de renseignements précis, on reste quelquefois dans le doute; le corps étranger a pu être vomé à l'insu du malade, il a pu passer dans l'estomac, et néanmoins la douleur consécutive à sa présence peut persister; il faut recourir à l'examen direct.

L'exploration doit être raisonnée, méthodique et faite avec d'autant plus de douceur que l'accident est plus ancien⁽¹⁾.

On commencera par palper l'extérieur du cou; puis, faisant ouvrir la bouche, on regardera et on explorera, avec le doigt, le pharynx et l'orifice supérieur de l'œsophage.

L'exploration du pharynx à l'aide de miroirs, impossible chez l'enfant, est utile chez l'adulte lors de corps étrangers implantés sur l'orifice supérieur de l'œsophage.

Le plus souvent on doit recourir au cathétérisme de celui-ci à l'aide d'un explorateur à boule olivaire, de dimensions appropriées à celles du conduit⁽²⁾. Généralement, cet examen donne un résultat positif; l'exploration montre qu'il existe un point où le passage est soit intercepté, soit simplement rendu plus difficile. Mais il y a des cas de corps étranger très petit (arête de poisson, épingle) ou aplati (pièce de monnaie), dans lesquels l'explorateur passe sans rien accrocher. Dupuytren avait déjà songé à utiliser le bruit de frottement que détermine la boule à son passage contre le corps étranger⁽³⁾. S. Duplay eut l'idée d'employer le résonnateur inventé par Collin pour rechercher les corps étrangers de l'estomac. Cet instrument (fig. 90) se compose d'une olive creuse A, en métal, de dimensions variables, vissée à une tige métallique flexible B. A cette tige est ajouté un tambour à renforcement C en cuivre. Au tambour fait suite un tube de caoutchouc D et un embout d'ivoire E que le chi-

impacted in the œsophagus. *Annals of surgery*, 1896, t. II, p. 258. — PÉAN, Corps étranger de l'œsophage. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897, p. 286. — Plusieurs autres cas de radiographie se trouvent encore relatés dans la thèse de Briais.

⁽¹⁾ LANNELONGUE, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1880, p. 511.

⁽²⁾ Le calibre de l'œsophage descend jusqu'à 4 millimètres dans ses points rétrécis, chez le nouveau-né. (MOUTON, *loc. cit.*, p. 61.)

⁽³⁾ DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chir.*, t. III, p. 524.

urgien s'introduit dans l'oreille au moment où il pratique le cathétérisme (*).

Lorsque le corps étranger a séjourné quelque temps, il peut se recouvrir d'une épaisse couche de nourriture, se coiffer de la muqueuse œsophagienne et ne plus donner de bruit au passage de la sonde; O. Lannelongue conseille, dans ce cas, de rendre l'exploration plus complète par le panier de De Graefe. Celui-ci a l'avantage sur la sonde olivaire de permettre d'accrocher au retour un corps étranger placé de champ, qu'on n'avait pas senti à l'aller. Enfin, on pourrait encore tenir compte d'un signe donné par Cheever (de Boston) (**): ce chirurgien, recherchant la présence d'un corps étranger à l'aide d'une éponge fixée au bout d'une sonde, remarqua, sur la partie latérale de l'éponge, une petite tache de sang, qui correspondait à une douleur accusée par le malade.

Le diagnostic, bien établi, on a à choisir entre trois modes de traitement différents: le *refoulement dans l'estomac*, l'*extraction par la bouche*, l'*ablation par une voie artificielle*.

La nature du corps étranger, son siège, les accidents qu'il détermine, la date de son introduction guideront le chirurgien dans sa décision.

Les corps réguliers, non nocifs, situés près du diaphragme, seront refoulés dans l'estomac sans aucune hésitation.

Les corps nocifs, par suite de leur volume, de leurs aspérités, de leurs propriétés caustiques, etc., doivent être enlevés, alors même qu'ils occupent la partie thoracique de l'œsophage.

Quand le corps étranger est déjà depuis quelque temps dans l'œsophage, il faut être réservé dans les tentatives de propulsion dans l'estomac ou d'extraction par la bouche, car il y a toujours un certain degré d'inflammation et de ramollissement du conduit. Presque toujours on devra recourir alors à l'œsophagotomie externe, indiscutable s'il existe un foyer péri-œsophagien au cou.

1° *Propulsion dans l'estomac*. — Elle est bonne en principe pour les bols alimentaires, arrêtés un peu bas, quand, par leur nature physique ou chimique, ils ne peuvent causer d'accidents dans la portion abdominale du tube digestif. On pratique à l'aide d'une sonde ordinaire ou d'une tige de baleine munie à son extrémité d'une petite éponge ou d'un petit tampon de linge. Les pressions doivent être lentes, proportionnées aux douleurs qu'elles déterminent. Le passage de l'orifice cardiaque est généralement très douloureux.

Dupuytren a fragmenté par des pressions extérieures une pomme de terre arrêtée dans la portion cervicale de l'œsophage et en a fait ensuite le refoulement. Pour les corps mous, on a conseillé les injections d'eau ou d'huile dans

(*) DUPLAY, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 7 octobre 1874. — Peu de temps après, F. Guyon s'est servi avec avantage de cet instrument dans un cas de pièce de 5 francs arrêtée dans l'œsophage. Ce chirurgien a modifié légèrement l'instrument, en faisant recouvrir la tige de caoutchouc pour éviter la résonance des dents.

(**) F. TERRIER, *De l'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870, p. 155.

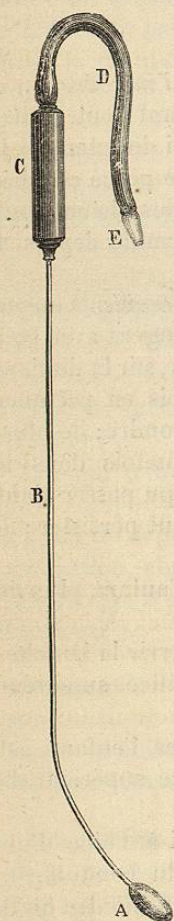


FIG. 89. — Instrument pour la recherche des corps étrangers de l'œsophage. (S. Du-play.)

l'œsophage. Pour les très petits corps étrangers, tels que les aiguilles, on peut recourir avec avantage à la déglutition de bouillies demi-liquides, de purées qui quelquefois arrivent à les véhiculer jusque dans l'estomac.

A part ces derniers cas et lorsqu'on a recours à de véritables manœuvres chirurgicales, la propulsion est souvent dangereuse. Sur 22 cas de propulsion, Martin a relevé 8 morts, tant par suite d'accidents du côté de l'œsophage que par suite d'accidents abdominaux (occlusion, ulcération, perforation de l'intestin).

Ces diverses manœuvres, comme du reste celles de l'extraction par la bouche, sont souvent facilitées par l'emploi du chloral en lavement, de la morphine en injections sous-cutanées, etc., moyens qui calment les phénomènes spasmodiques.

2° *Extraction par la bouche*. — Les vomitifs, fréquemment prescrits, ont donné quelques succès, mais bien plus souvent, ils ont été le point de départ d'accidents et ont déterminé un enclavement spasmodique du corps étranger. Toutefois, ils peuvent, comme le fait remarquer F. Guyon, rendre des services lors de petits corps étrangers, quand on a fait précéder leur emploi d'un bon repas de bouillie.

Contre les sangsues on aura recours à des injections d'eau salée ou à la fumée de tabac.

Pour les corps étrangers proprement dits, fixés dans le pharynx ou l'orifice supérieur de l'œsophage, le doigt, une pince longue et recourbée suffisent le plus souvent. Lorsque le corps est fiché dans la paroi pharyngienne, on peut s'aider du laryngoscope.

Lorsqu'il est enfoncé dans l'œsophage, il faut avoir recours à des instruments spéciaux. Si le corps n'est pas trop loin, on aura recours avec avantage à la pince de Collin(*). L'extraction avec une pince est toujours le meilleur procédé lorsqu'on peut y recourir; c'est le seul qui assure une protection efficace aux parois du conduit. En cas d'insuccès, on recourra aux autres modes d'extraction, aux cro-

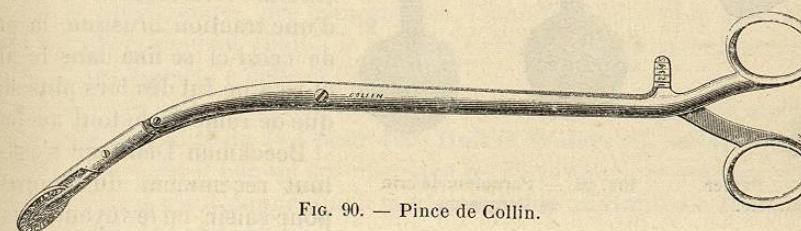


FIG. 90. — Pince de Collin.

chets, anneaux ou éponges fixés au bout d'une tige flexible, s'aidant au besoin, chez l'enfant, du chloroforme pour faciliter les manœuvres. Un des instruments les plus employés est le panier de De Graefe, sorte de double crochet P, fixée à l'extrémité d'une tige T, sur laquelle il peut se mouvoir d'un côté à l'autre. Excellent pour retirer les corps minces, arrondis, lisses, comme les pièces de monnaie, le panier de De Graefe est d'un emploi dangereux lors de corps étrangers anguleux et lors de lésions de la muqueuse œsophagienne, comme le fait arrive lorsque l'introduction du corps étranger date de plusieurs jours.

Les Anglais emploient souvent le parapluie de crin de Fergusson: une

(*) Cette pince fermée a une extrémité renflée comme une petite olive œsophagienne; elle présente à sa poignée une tige graduée qui permet de déterminer le degré d'écartement des mors.