

éponge F est fixée à l'extrémité d'une tige T, T, qui glisse dans une canule C. La tige et la canule sont reliées par des crins très durs G, qui, par les mouvements de la canule, s'appliquent contre la tige ou s'en écartent en éventail circulaire. Cet instrument est surtout utile pour enlever les corps de forme allongée

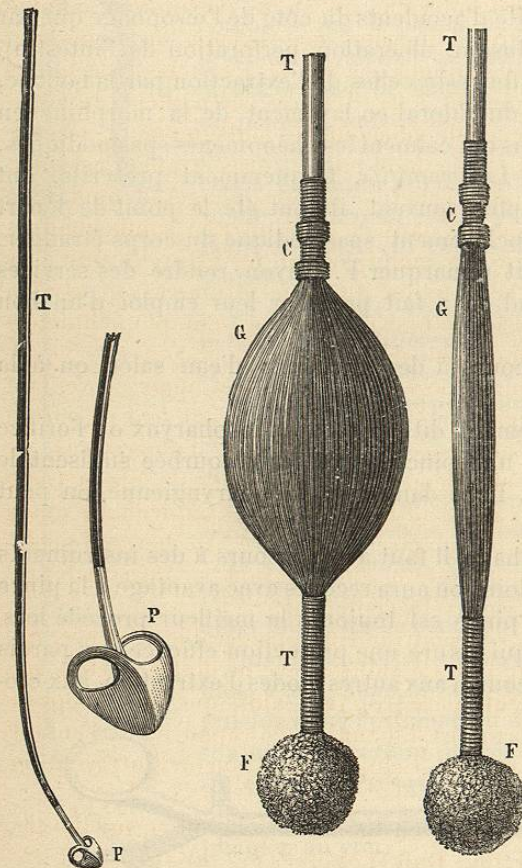


FIG. 91. — Panier de De Graefe.

FIG. 92. — Parapluie de crin de Fergusson.

Malgré cette richesse de moyens, l'extraction par la bouche reste encore souvent difficile et même dangereuse pour peu qu'elle soit faite brutalement ou qu'il s'agisse d'un corps anguleux. Sur 167 cas de tentatives d'extraction réunis par Martin, 40 fois seulement l'opération a été suivie de succès. On réussit d'autant mieux que les tentatives sont plus précoces; l'enclavement survenant progressivement par la contracture et l'inflammation, si bien que les tentatives d'extraction deviennent non seulement difficiles, mais dangereuses.

5° *Extraction par une voie artificielle.* — L'extraction par une voie artificielle

(1) On pourrait s'étendre à l'infini sur les appareils employés, depuis le crochet simple à une seule branche de Rivière, jusqu'au parapluie de Baudens qui se déployait lorsqu'il était arrivé au-dessous du corps étranger.

(2) H. BEECKMAN DELATOUR, Removal foreign body from the œsophagus by œsophageal forceps, guided by the aid of the fluoroscope. *Med. Record.*, New-York, 1897, t. I, p. 626.

(aiguilles, épingles, arêtes) qui s'engagent au milieu des crins. Un moyen vulgaire donnant aussi des succès dans les mêmes conditions, consiste dans l'introduction d'un poireau qu'on ramène ensuite vers soi, les feuilles du poireau accrochant au retour les petits corps étrangers (1).

Dans des cas tout spéciaux, on peut avoir recours à des artifices particuliers d'extraction. Nous citerons, par exemple, le cas célèbre de Bright (de Kentucky) : deux enfants jouaient ensemble, l'un faisait le pêcheur, l'autre le poisson; ce dernier vint se présenter au chirurgien, le fil qui tenait l'hameçon pendant hors de la bouche. Bright prit une balle de plomb, la perfora, l'enfila avec le fil de la ligne et la fit glisser sur le fil. Par son poids la balle décrocha l'hameçon; à la suite d'une traction brusque, la pointe de celui-ci se fixa dans le plomb et rien ne fut dès lors plus simple que de ramener le tout au dehors.

Beeckman Delatour s'est servi tout récemment du fluoroscope pour saisir, en le voyant, un corps étranger (2).

est indiquée d'une manière générale toutes les fois que les deux méthodes précédentes ont échoué; elle l'est même d'emblée lors de corps étranger très irrégulier et dur, l'extraction par les voies naturelles exposant à la déchirure des parois de l'œsophage.

Le plus souvent c'est à l'œsophagotomie externe qu'on aura recours (3). Pour la pratiquer, on incise le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, comme pour la ligature de la carotide primitive. L'incision, siégeant plus ou moins haut suivant le point occupé par le corps étranger, sera faite à gauche (4), à moins de contre-indications spéciales, tenant soit à la situation particulière du corps qui fait saillie à droite, soit à l'existence de phénomènes phlegmoneux nécessitant une incision de ce côté (5). La saillie faite par le corps étranger est quelquefois un guide des plus utiles dans la recherche de l'œsophage au fond de la plaie. En cas de doute, on peut introduire dans ce conduit une sonde conductrice. L'œsophage reconnu, on l'incise, on maintient son ouverture béante en y passant deux fils et l'on pratique l'extraction du corps étranger soit avec le doigt, soit avec un instrument approprié, cette extraction présentant quelquefois des difficultés par suite de l'enclavement du corps étranger.

On peut tenter la suture de l'œsophage lorsqu'il paraît sain, mais en veillant à assurer un drainage soigné de la plaie, la suture manquant souvent en partie. Le plus souvent l'existence de phénomènes inflammatoires, d'ulcérations, de gangrène, fait que la prudence la plus élémentaire commande de laisser toute la plaie largement ouverte. Le mieux est peut-être alors d'introduire une sonde par la plaie qu'on tamponnera avec de la gaze iodoformée. Au bout de sept à huit jours, on retirera la sonde et on laissera la cicatrisation se faire par granulations. Elle a lieu sans fistule et sans rétrécissement.

La mortalité après cette opération est relativement considérable. Fischer, qui en a réuni 108 cas, l'évalue à 26 pour 100. Ce chiffre élevé ne doit toutefois pas effrayer; il est dû à ce qu'on a souvent opéré trop tard alors que des suppurations péri-œsophagiennes, des hémorragies, l'inanition (si rapide chez l'enfant) avaient considérablement affaibli le malade. Celui-ci meurt non de l'intervention, mais du retard apporté à celle-ci (6).

La mortalité de cette opération va du reste en diminuant : Egloff (7), sur 155 cas, arrive à une mortalité de 24,4 pour 100; Bull et Walker (8), sur 167 cas, à 22,5 pour 100; encore est-il bon de spécifier que les 52 cas que ces auteurs ont ajouté au relevé d'Egloff n'ont donné que 5 morts, soit une mortalité de 15,6 pour 100.

Il faut opérer de bonne heure :

Immédiatement lorsqu'il existe des phénomènes inflammatoires ou une hémorragie, lorsque la nature du corps étranger (verre, aiguille) rend dangereuses les tentatives d'extraction.

(1) DE LAVACHERIE, *De l'œsophagotomie*. Bruxelles, 1845. — F. TERRIER, *De l'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870. — S. DUPLAY, *De l'œsophagotomie*. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1871, t. I, p. 193.

(2) L'œsophage débordant la trachée à gauche.

(3) Voy. plus haut, p. 316, le *Manuel opératoire de l'œsophagotomie externe*.

(4) FISCHER relève 15 pour 100 de morts quand l'opération est faite avant le troisième jour, 50 pour 100 de morts quand elle est faite après le troisième jour. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1887, t. XXV, H. 6.)

(5) EGLOFF, *Beitr. zur klin. Chir.*, t. XII, p. 145.

(6) BULL (William T.) et WALKER (John B.), A successful case of external œsophagotomy for tooth-plate 22 months impacted in the œsophagus, etc. *Med. Rec.*, New-York, 1897, t. I, p. 350.

Après un premier échec de tentative d'extraction par les voies naturelles, lorsqu'il s'est déjà écoulé vingt-quatre heures.

Le très jeune âge n'est pas une contre-indication, et l'on a vu guérir des enfants à la mamelle (Schramm, Lemaistre)⁽¹⁾.

L'œsophagotomie externe permet d'extraire non seulement les corps étrangers de la portion cervicale, mais encore quelques-uns de ceux qui occupent la portion thoracique du conduit, comme l'ont fait Bégin et Syme, à l'aide de longues pinces introduites par la boutonnière œsophagienne.

Lorsque le corps étranger siège trop bas pour être atteint par la plaie œsophagienne, on peut recourir à la *gastrotomie* pour aller le chercher à travers le cardia. C'est ce qu'a fait Bull avec succès dans un cas⁽²⁾. Richardson a été plus loin : pour enlever un ratelier fixé depuis dix mois dans la partie inférieure de l'œsophage, il n'a pas craint d'ouvrir l'estomac sur une longueur de 15 centimètres, afin d'y pouvoir introduire la main et l'avant-bras; son malade a guéri⁽³⁾.

Inversement, on peut se trouver en présence de corps étrangers haut placés, pour lesquels la *pharyngotomie sous-hyoïdienne*, facile à pratiquer, donnant un jour très grand, est quelquefois indiquée⁽⁴⁾.

4° RUPTURES DE L'ŒSOPHAGE

On décrit sous le nom de *rupture de l'œsophage* l'éclatement brusque de ce canal pendant le vomissement.

BOERHAAVE, *Atrocis nec descripti prius morbi historia*. Lugduni Batavorum, 1724. — GUER-SANT, Rupture de l'œsophage. *Bull. de la Fac. de méd.*, Paris, 1812, t. I, p. 75. — BOUILLAUD, Observation de rupture de l'œsophage. *Archives génér. de méd.*, Paris, 1825, t. I, p. 551. — CHARLES (J.-J.), A case of rupt. of the œsophage, remarks. *Dublin Journal of med. sc.*, 1870, t. L, p. 511. — FITZ, Rupt. of the healthy œsophagus. *Amer. Journal of med. sc.*, Philadelphie, 1877, new series, t. LXXIII, p. 17. — ROUMÉGOUX, *Essai sur les plaies et les ruptures de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1878, n° 569. — RAIMONDI (C.), Rottura dell' œsophago da trauma all' epigastrio. *Bull. de l'Acad. des sc. de Sienne*, anal. in *Centralblatt für Chir.*, Leipzig, 1888, p. 557. — Consulter en outre la bibliographie des maladies de l'œsophage, p. 445.

La rupture résulterait de la projection dans l'œsophage d'une quantité de matières stomacales telle que le calibre du canal est insuffisant à lui donner passage.

Ce manque de proportion entre la masse des matières rejetées et la voie offerte

⁽¹⁾ LEMAISTRE (J.), De l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle. *Journal de clin. et de thérap. infantiles*, 1897, p. 441 et 461.

⁽²⁾ WILLIAM T. BULL, Gastrostomy for digital exploration of the œsophagus and removal of a foreign body. *New York med. Journal*, 29 octobre 1887.

⁽³⁾ MAURICE H. RICHARDSON, A case of gastrostomy, digital exploration of the œsophagus and removal of plate of teeth. Recovery. *Boston med. and surg. Journal*, 16 décembre 1886. — De ses recherches, Richardson conclut que l'œsophage peut dans toute sa longueur être exploré avec le doigt. On peut, dit-il, amener au contact deux doigts introduits dans l'œsophage, l'un par la boutonnière cervicale (œsophagotomie), l'autre par la gastrostomie. Reste à déterminer l'indication de l'une et de l'autre de ces opérations. Pour Richardson, il faut recourir à la gastrostomie dès que le corps étranger est à plus de 28 centimètres des incisives. Quelque anormal que semble au premier abord ce fait émis par Richardson qu'on peut pratiquer le toucher digital de toute la longueur de l'œsophage, il faut l'admettre; dans des recherches entreprises avec M. Quénu, nous n'avons eu en général qu'un écart des plus minimes entre l'extrémité de nos deux index.

⁽⁴⁾ LEFFERTS, Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour corps étrangers. *New York med. Record*, 15 déc. 1874. — IVERSEN (Axel), Ueber Pharyngotomia subhyoidea. *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXXI, p. 610.

à leur passage par le canal œsophagien dépend soit de la brusquerie de l'évacuation d'un contenu stomacal trop abondant, soit de l'obstruction du canal par un corps étranger ou par un spasme, celui-ci pouvant être isolé ou accompagnant des spasmes tétaniques d'autres muscles, des muscles fléchisseurs des cuisses dans un cas de Fitz, des muscles des parois abdominales dans un autre de Wilkinson King.

Exceptionnellement, on a noté la rupture de l'œsophage à la suite d'un traumatisme de l'épigastre (Raimondi).

Les recherches de M. Mackenzie et de Charles L. Taylor ayant montré que l'œsophage sain ne se rompait que sous une pression brusque de 7 livres, on pense que le plus souvent la rupture a été précédée d'une altération pathologique du conduit. Ce qui semble encore confirmer cette hypothèse, c'est que le plus souvent la rupture de l'œsophage s'observe chez des alcooliques, sujets à des vomissements fréquents; de plus Adams, dans une autopsie, a constaté de petites cicatrices, vestiges d'ulcérations antérieures⁽¹⁾. Toutefois nous ne saurions admettre avec Zenker et Ziemmsen qu'il s'agit simplement d'une *œsophagomalacie*, la paroi œsophagienne étant, pour ainsi dire, digérée par le suc gastrique, qu'amènent à son contact des vomissements fréquents, et se laissant rupturer par un effort de vomissement très minime.

La rupture siège d'ordinaire à la partie inférieure de l'œsophage et affecte la forme d'une fente longitudinale.

Les *Symptômes* qu'entraîne la rupture de l'œsophage éclatent brusquement pendant un effort de vomissement; le malade est pris d'une douleur brusque, d'anxiété extrême, de sueurs froides, quelquefois de syncope. Il cesse de pouvoir vomir le contenu stomacal: c'est tout au plus s'il peut recracher quelques gouttes du liquide qu'il avale. Le moindre mouvement augmente la douleur et rapidement on voit apparaître de l'emphysème sous-cutané qui débute le plus souvent à la partie antérieure de la base du cou.

La mort survient, en général, de quatre à vingt-quatre heures après le début des accidents; dans un cas de Meyer, elle s'est toutefois fait attendre cinquante heures; dans un autre de Fitz, presque huit jours; il est probable que dans ce dernier il ne s'agissait que d'une très petite fissure qui s'est étendue secondairement.

Le seul *Traitement* rationnel est la sonde œsophagienne à demeure; malheureusement son introduction est difficile et expose à de nouveaux efforts de vomissements et à une fausse route dans le médiastin.

IV

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'ŒSOPHAGE

L'œsophage et le tissu cellulaire qui l'entoure peuvent être le siège de

⁽¹⁾ QUÉNU se demande s'il ne s'agit pas d'une rupture de varices œsophagiennes et si ce n'est pas le sang qui fait éclater les parois d'un œsophage altéré par l'inflammation. C'est un point à rechercher dans l'avenir. (Des ruptures spontanées du rectum. *Revue de chir.*, 1882, t. II, p. 181.)