

dant, en général, l'extraction est un procédé plus doux et plus sûr que la propulsion.

Par contre il n'est absolument pas permis de refouler dans l'estomac des corps étrangers ayant une forme allongée et se terminant en pointe, comme les aiguilles, les clous, les fragments d'os. Dans une seule circonstance il est indiqué de les pousser vers l'estomac, c'est lorsqu'ils sont fixés dans le voisinage du cardia. Dans ces cas, lorsque l'extraction a été tentée inutilement, on n'a plus le choix entre les méthodes à employer, car l'œsophagotomie ne peut donner un meilleur résultat que le procédé d'extraction par la bouche, et la tentative de repousser le corps étranger dans l'estomac constitue alors une dernière ressource.

Dans tous les autres cas, l'extraction est le procédé le plus doux, mais nous accordons volontiers que l'on a déjà souvent réussi à refouler de pareils corps étrangers dans l'estomac sans inconvénient pour le malade. Lorsque le corps étranger est accessible à l'œsophagotomie, on ne devra pas hésiter trop longtemps à pratiquer cette opération. Nous ferons connaître plus loin, à propos de l'œsophagotomie, les bons résultats que l'on en obtient dans les cas de ce genre.

L'anesthésie chloroformique est indiquée dans beaucoup de cas, et principalement chez les enfants, lorsqu'il s'agit d'extraire des pièces de monnaie tombées dans l'œsophage. Sans compter divers autres avantages, l'anesthésie empêche le malade de faire des mouvements qui pourraient donner à la pièce de monnaie une position transversale et par conséquent défavorable (GIRALDÈS). Dans l'extraction de corps volumineux de la portion de l'œsophage située au-dessus du cartilage cricoïde, il arrive quelquefois que le corps étranger, en passant par le bout supérieur étroit de ce conduit, produit des phénomènes d'asphyxie par compression de la trachée et du cartilage cricoïde. On peut faire disparaître ces symptômes dans la plupart des cas en faisant fléchir légèrement la tête du malade et en éloignant le larynx de la colonne vertébrale.

S'il existe des symptômes qui font soupçonner une perforation du pharynx ou de l'œsophage, on devra renoncer à toute tentative ultérieure d'extraction à l'aide d'instruments introduits par la bouche, et recourir à l'œsophagotomie ou à la pharyngotomie. Quant aux symptômes annonçant une perforation, ce sont ceux que nous avons décrits ailleurs à propos des abcès rétro-pharyngiens. Nous ajouterons seulement que l'apparition d'un emphysème dans les parties molles du cou permet souvent déjà de bonne heure de conclure à une perforation. Ici se pose l'indication d'une incision qui permet à la fois d'extraire le corps étranger et d'ouvrir l'abcès; quelquefois l'opération ne peut répondre entièrement à ce double but, car si le corps étranger a perforé l'œsophage, il peut être sorti de ce conduit et l'on ne parvient pas à en reconnaître exactement le siège. Ainsi il m'est arrivé une fois de ne pouvoir trouver le corps étranger. D'ailleurs, alors même qu'on parvient à le trouver,

le pronostic est toujours très douteux à cause du **phlegmon septique diffus** qui a déjà eu le temps de se développer. Lorsque l'apparition d'un **pyopneumothorax** annonce la perforation du corps étranger dans la cavité pleurale, l'incision de la plèvre est indiquée alors même qu'elle ne permet pas d'éloigner la cause de la perforation. LANGENBECK a obtenu ainsi la guérison d'un malade sans avoir réussi à trouver le corps étranger (F. BUSCH).

§ 94. Il ne nous reste plus qu'à jeter un coup d'œil sur les instruments qui sont à notre disposition, et à désigner ceux qui dans l'état actuel de nos connaissances doivent être considérés comme les plus appropriés au but que l'on se propose. On comprend que les limites de cet ouvrage ne nous permettent pas d'exposer l'histoire du sujet (Voir ECKOLD, BLASIUS, GUNTHER).

Les instruments ont pour but soit de **repousser** le corps étranger dans l'estomac, soit de **extraire** par la bouche. Les **instruments servant au premier but** sont : la sonde œsophagienne, le cathéter à tige de baleine munie d'une grosse olive, enfin le propulseur de l'œsophage (de GRAEFE).

La **sonde œsophagienne** ne doit pas être trop molle ni trop flexible, ni d'un trop petit calibre. Le bout doit avoir une forme arrondie et posséder une large surface si l'on veut éviter une perforation. Pour la plupart des corps volumineux l'instrument le plus inoffensif et le plus convenable est le **propulseur** de GRAEFE, qui consiste en une tige de baleine munie à l'une de ses extrémités d'une éponge de la forme et du volume d'une noisette. (Voir plus loin).

Les **instruments destinés à l'extraction des corps étrangers par la bouche** agissent de différentes manières. Tantôt ce sont des pinces à deux ou plusieurs branches entre lesquelles le corps doit être saisi, tantôt ce sont des crochets dans l'acception la plus large de ce mot; ici l'instrument est glissé au-dessous de l'obstacle et refoule de bas en haut le corps étranger, qui est soutenu par la concavité du crochet ou est reçu dans une sorte de cupule. Les pinces doivent avoir de longues branches et leur courbure sera adaptée à celle du conduit; les mors sont construits de façon à saisir le corps étranger soit dans le sens horizontal, soit verticalement. C'est au mode d'articulation de ces instruments que l'on a fait subir le plus grand nombre de modifications.

Il va sans dire que tous les instruments en forme de pince ne peuvent être employés avec un certain degré de précision que pour les corps étrangers du pharynx, et même dans ces cas ils sont parfois d'un maniement difficile. Pour les corps d'un petit volume et pour ceux dont l'extraction exige l'emploi du laryngoscope, il faut se servir de pinces relativement fines.

Les autres instruments sont pour la plupart destinés à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. Comme ils doivent agir de bas en haut, la première condition de leur emploi c'est que le corps étranger n'oblitére pas complètement l'œsophage, car l'instrument, pour exercer son action, doit arriver au delà de l'obstacle. Tels sont les instruments qui, après avoir franchi l'obstacle, sont susceptibles d'augmenter de volume de façon à remplir l'œsophage; lorsqu'on les retire leur surface irrégulière balaye pour ainsi dire le conduit et entraîne les corps étrangers. C'est ainsi qu'agit l'éponge qui, introduite à l'état sec, se gonfle ensuite par imbibition; il en est de même des instruments en forme

dé parasol, de panier, etc.; enfin l'instrument de WEISS est muni à son extrémité de soies de sanglier disposées de manière qu'au retour elles agissent à la façon d'une brosse douce.

Parmi les autres instruments ceux qui ont plus ou moins la forme de crochets nous paraissent seuls dignes d'être mentionnés. De nos jours on se sert d'instruments à tige de baleine terminée par un large crochet fenêtré, au lieu du crochet rudimentaire de FABRICE DE HILDEN consistant en un simple fil métallique. Un double crochet en forme d'anse ayant une certaine largeur, et relié à la tige par une articulation, constitue le panier de de GRAEFE souvent employé et avec raison.

Un fait sur lequel TRENDELENBURG a appelé dernièrement l'attention, et qui est important au point de vue de l'insertion d'instruments droits volumineux, c'est que, lorsque la tête est fortement renversée en arrière, de pareils instruments peuvent être introduits jusque dans l'estomac.

Dans la trousse pour les corps étrangers de l'œsophage et du pharynx nous conseillons de mettre les instruments suivants: une sonde à tige de baleine terminée par une boule métallique, une tige munie d'une éponge, l'instrument de WEISS, le panier de GRAEFE, un crochet simple, une pince pharyngienne ordinaire à mors horizontaux et une autre à mors verticaux, une pince de LUTTER<sup>1</sup>, enfin une fine pince pour le pharynx.

#### Œsophagotomie

§ 95. — L'œsophagotomie a été pratiquée déjà dans le xvii<sup>e</sup> et le xviii<sup>e</sup> siècles, mais malgré l'appui de différents chirurgiens, tels que GUATTANI et ECKHOLD, cette opération est toujours restée à l'état d'exception. Même au commencement de notre siècle les observations d'œsophagotomie sont encore très rares. L'invention d'un conducteur ou ectrop-œsophage par VACCA BERLINGHIERI donna une nouvelle impulsion à cette opération, qui dès lors fut pratiquée par un plus grand nombre de chirurgiens. Néanmoins le nombre total des œsophagotomies qui ont été publiées, est encore aujourd'hui extraordinairement restreint, et les chirurgiens allemands surtout n'y ont pris qu'une très faible part, certainement à tort comme la statistique va nous le prouver.

Pour démontrer par des chiffres la valeur de cette opération nous avons réuni 52 cas, dont 25 morts et 27 guérisons, soit une mortalité d'environ 48 pour 100; c'est un résultat qui n'est certes pas très mauvais si on le compare à celui que donnent d'autres opérations importantes pratiquées dans le but de sauver la vie du malade. Mais le résultat est bien plus favorable si nous divisons les œsophagotomies en deux catégories: celles qui ont pour but l'extraction de corps étrangers, et celles qui sont entreprises pour combattre l'inanition par l'établissement d'une fistule œsophagienne. Les opérations pour corps étrangers sont celles

1. Voir *Deutsche Chirurgie*, livraison 33 page 111 le dessin de la pince de LUTTER.

qui se rapprochent le plus des expériences sur les animaux, car le plus souvent elles sont faites sur des individus sains et elles permettent ainsi d'apprécier à sa juste valeur le danger de l'œsophagotomie. Nous trouvons ici, sur 33 cas, 26 guérisons, 6 morts (et un cas douteux), par conséquent une mortalité d'environ 20 pour 100.

Par contre le résultat est très mauvais lorsque l'indication de l'opération est fournie par les rétrécissements de l'œsophage; dans la majorité des cas ces derniers étaient de nature cancéreuse; plus rarement il s'agissait d'un rétrécissement simple ou d'une compression par un goitre. Le meilleur résultat est celui d'un individu qui survécut 16 mois à l'opération; deux vécurent encore 3<sup>cc</sup> mois, les autres 3 semaines, 18 jours, 10 jours, 5 jours, 2 jours, etc.; mais on peut conclure de ces observations que, le plus souvent, la mort n'a pas été la conséquence directe de l'opération, et que c'est à la maladie elle-même ayant nécessité l'œsophagotomie qu'il faut attribuer la terminaison fatale. Même chez le malade qui a succombé 2 jours après l'opération la mort a été causée évidemment par le carcinome qui avait perforé la trachée (BILLROTH).

Ce résultat doit certainement nous engager à opérer à l'avenir avec plus de courage qu'on ne l'a fait jusqu'à présent dans les cas de corps étrangers. Les indications de l'œsophagotomie peuvent être déduites des paragraphes précédents, cependant nous voulons encore les résumer brièvement. Ce sont:

1. **Les corps étrangers**, que l'on n'a pas réussi à éloigner autrement, pourvu qu'ils ne soient pas situés trop loin des limites dans lesquelles l'œsophagotomie est encore possible. Jusqu'au niveau du sternum on peut encore saisir un corps étranger par la plaie de l'œsophage.

2. **Les rétrécissements**. Dans les rétrécissements inflammatoires ou carcinomateux l'opération n'a été faite jusqu'à présent que dans le but d'établir une fistule permettant d'alimenter le malade. L'incision de l'œsophage est faite naturellement au-dessous du point rétréci. Il y a lieu de se demander si l'on ne pourrait pas étendre davantage cette indication, soit que l'on cherche à dilater le rétrécissement par la plaie, soit que l'on entreprenne la dilatation par la bouche après avoir incisé le point rétréci.

3. **Les diverticules** de l'œsophage, dont on doit chercher à obtenir la guérison (voir § 89).

§ 96. — Nous passerons sous silence les différentes méthodes opératoires indiquées autrefois par les auteurs, comme celle d'ECKHOLD dans laquelle on pénétrait entre les deux faisceaux du sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche, et celle de NÉLATON consistant à inciser sur la ligne médiane et à détacher la glande thyroïde. Nous donnerons le **procédé opératoire** tel qu'il a été décrit par GUATTANI.

L'origine de l'œsophage est située à peu près à la hauteur de la cinquième vertèbre cervicale, derrière le cartilage cricoïde. Peu à peu le conduit dévie du