

l'une des deux bronches principales, et empêcher plus ou moins le passage de l'air dans l'un des poumons qui subit une atélectasie passagère ou durable. Les objets irréguliers, pointus, anguleux, perforent volontiers les bronches et sont la cause de pneumonies. Dans un certain nombre de cas, au contraire, on est étonné du long séjour qu'ils peuvent faire dans une bronche sans provoquer la moindre réaction; on a même vu un fragment de canule à trachéotomie rester très longtemps fixée dans une bronche sans causer de suppuration. C'est ce qu'on observe encore plus souvent pour les corps peu volumineux, tels que des fèves, des boutons, etc. Les aiguilles, épingles, etc., en perforant les bronches, peuvent causer des lésions vasculaires, des pneumonies qui se terminent rapidement par la mort, ou bien, ce qui est surtout fréquent pour les aiguilles, le corps étranger se fraye peu à peu un passage vers l'extérieur, et apparaît dans un abcès superficiel sans causer de symptômes pulmonaires graves. Chose curieuse, un corps étranger particulier, l'épillet de blé, est souvent éliminé ainsi de l'organisme par voie de suppuration sans aucun inconvénient pour le malade, tandis que l'on échoue habituellement lorsqu'on cherche à le retirer, parce que les barbes de l'épillet s'implantent dans la muqueuse du conduit. Bien souvent les corps étrangers qui se fixent dans les bronches ou les perforent, donnent lieu à des bronchites et à des suppurations prolongées. On peut même voir au bout de plusieurs années ces corps être chassés au dehors par des accès de toux, et les malades recouvrer ensuite la santé. Dans d'autres cas la mort arrive au milieu des symptômes de la phthisie, soit que le corps étranger reste fixé dans le foyer de suppuration, soit qu'il ait été éliminé par la trachée.

§ 121. — Peut-on toujours reconnaître sûrement la présence d'un corps étranger? Certainement on le peut dans beaucoup de cas. L'anamnèse nous apprend, par exemple, qu'un enfant tenait dans la bouche une fève qui a disparu subitement dans un mouvement d'inspiration, et qu'aussitôt il a été pris d'un accès de suffocation. Ici le diagnostic n'est pas douteux, même en l'absence de tout autre signe.

Mais lorsque l'anamnèse fait défaut, il peut arriver qu'en présence des symptômes d'asphyxie trachéale on admette l'existence d'un croup, et dans un cas on a même réussi à enlever une fève de la trachée, grâce à la trachéotomie pratiquée immédiatement dans l'idée que l'on avait affaire à une affection croupale. On ne sera pas longtemps dans le doute sur la cause de l'asphyxie lorsque, chez un individu qui a perdu connaissance, on trouve des masses alimentaires dans la cavité buccale. Mais souvent tout élément de diagnostic fait défaut, et principalement chez les enfants, il se peut que personne n'ait observé l'aspiration du corps étranger; l'accès de suffocation initial a disparu rapidement et, pour le moment, il y a absence complète de tout symptôme.

Nous allons récapituler brièvement les **symptômes** produits par les

corps étrangers d'après la description que nous venons de donner, et nous verrons qu'ils peuvent être tous incertains.

Les **symptômes physiques** sont naturellement les plus importants.

Lorsqu'un petit corps étranger se meut dans la **trachée**, il peut en venant frapper la paroi de ce conduit produire une secousse sensible à la palpation et à l'auscultation; on perçoit un bruit de soupape particulier en plaçant le stéthoscope sur la trachée ou la partie supérieure du sternum.

A l'auscultation des poumons on entend aussi parfois des bruits particuliers de soupape et de gargouillement.

Mais les symptômes caractéristiques du côté du thorax ne s'observent que lorsque le corps étranger oblitère une bronche. La respiration cesse alors du côté correspondant; la percussion donne une matité modérée et un son plus élevé; le murmure vésiculaire a disparu; les vibrations thoraciques sont moins accentuées. Tous ces signes sont excellents pour le diagnostic, surtout lorsqu'ils surviennent subitement ou qu'ils varient d'un moment à l'autre. En l'absence de fièvre, ils indiquent presque à coup sûr l'existence d'un corps étranger.

Les corps étrangers du **larynx** s'accompagnent ordinairement de phénomènes plus graves. Avant tout ils déterminent facilement une dyspnée persistante. Cependant elle peut être aussi transitoire; par exemple lorsqu'une aiguille ou une arête de poisson s'implante dans la muqueuse, la glotte se ferme d'abord spasmodiquement, puis les symptômes graves disparaissent pour revenir à mesure que se développe le gonflement inflammatoire. Ce sont les corps étrangers du larynx qui produisent le plus volontiers une altération de la voix allant jusqu'à l'aphonie, et qui, en l'absence d'anamnèse, peuvent induire en erreur le chirurgien et lui faire porter le diagnostic de croup.

Si l'on constate seulement une matité circonscrite, dans les limites de laquelle le murmure vésiculaire manque ou est diminué, et que ces signes persistent longtemps sans changement, on peut en conclure avec certitude qu'un petit corps étranger a franchi le premier point de bifurcation des bronches et s'est fixé. Dans ces cas la trachéotomie ne saurait guère avoir d'utilité, le corps étranger ne pouvant être atteint par la plaie de la trachée (SANDER).

Les **phénomènes de nature inflammatoire** qui surviennent plus tard, offrent naturellement moins de certitude au point de vue du diagnostic.

La **sensation douloureuse** qu'accuse le malade a peu d'importance. Quelquefois il est vrai il localise bien positivement la douleur à l'endroit où se trouve le corps étranger, mais dans d'autres cas il donne comme siège de la sensation douloureuse l'œsophage, le sternum, etc.

De même l'**expectoration** n'offre rien de particulier qui permette de

reconnaître un corps étranger lorsque l'anamnèse fait défaut. C'est ainsi qu'on observe des hémoptysies parfois très abondantes, l'expectoration de mucus, de pus, ou d'un liquide d'odeur infecte.

Dans certains cas, surtout à la suite de violents accès de toux, on voit survenir un **emphysème sous-cutané** dans la fossette sus-sternale et dans le triangle sus-claviculaire, soit que le corps étranger lui-même ait perforé la muqueuse des voies respiratoires, soit que les fortes secousses de la toux aient produit une rupture d'alvéoles, point de départ d'un emphysème du médiastin.

Les **phénomènes intermittents d'asphyxie produits par le retour momentané du corps étranger dans le larynx** constituent le symptôme relativement le plus sûr, principalement lorsque les intervalles des accès sont complètement libres. L'hémoptysie est naturellement un symptôme très incertain. Il va sans dire que dans les cas douteux on doit toujours se servir du laryngoscope, qui permet alors quelquefois d'assurer le diagnostic.

VOLTOLINI, à l'aide d'un petit miroir construit de façon à pouvoir être introduit dans la plaie trachéale, a réussi à découvrir et à enlever un corps étranger resté 10 mois dans la trachée.

§ 122. — Le fait malheureux de la pénétration d'un corps étranger dans les voies respiratoires s'observe beaucoup plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. La statistique prouve, en effet, que 2 1/2 fois plus d'enfants que d'adultes ont été traités pour des corps étrangers des voies aériennes; on y voit même un certain nombre d'enfants qui n'avaient pas beaucoup plus d'une année lorsqu'il ont aspiré le corps étranger, et qui ont guéri après l'opération.

Par contre l'œsophage des adultes court plus de danger que celui des enfants, et nous avons déjà rappelé à ce propos, ce qui est important pour le diagnostic, que des corps étrangers volumineux arrêtés à l'origine de l'œsophage, produisent aussi assez souvent des phénomènes d'asphyxie.

La statistique ne nous donne pas les renseignements suffisants pour nous permettre de formuler d'une façon positive le **pronostic** des corps étrangers avec et sans opération. Un fait certain c'est que l'enkystement du corps étranger est très rare, et que, par conséquent, s'il n'est pas enlevé, il entraînera toujours tôt ou tard la mort. La terminaison fatale peut, il est vrai, ne survenir qu'au bout d'un temps très long, et l'on cite même un exemple de corps étranger qui ne fut rejeté par la toux qu'au bout de 17 ans. Mais même après que le corps a été ainsi expulsé spontanément, la mort peut encore être la conséquence d'une affection pulmonaire. Si des 374 cas rassemblés par KUHN, 83 ont guéri grâce à l'expulsion du corps étranger dans un accès de toux, il ne faut pas en conclure que ces chiffres répondent à la réalité, car on sait qu'en général les

résultats favorables sont publiés plus volontiers que les cas malheureux. Cependant les chiffres trouvés par KUHN ne peuvent que nous encourager à intervenir puisque sur 374 malades 89 sont morts sans opération, tandis que sur 160 opérés 101 ont guéri, 40 sont morts et 19 ont eu un sort inconnu. La statistique de DURHAM comprend 722 cas dont 336 non opérés ont donné une mortalité de 40,5 pour 100, tandis que parmi les 366 opérés elle n'a été que de 23,2 pour 100. Par contre la grande statistique de R. WEIST donne des résultats tout différents: sur 937 faits utilisés pour trancher la question de l'utilité de la trachéotomie, 599 non opérés ont donné une mortalité de 23,2 pour 100 tandis que sur 338 opérés la mortalité a été de 27,4 pour 100, soit 4,2 pour 100 de plus que sans opération. Mais nous pensons qu'une pareille statistique tirée de tous les auteurs indistinctement ne peut guère trancher la question. Il va sans dire que le pronostic diffère considérablement suivant les différentes espèces de corps étrangers, suivant leur siège, suivant qu'ils sont mobiles ou fixés. En tout cas le pronostic est d'autant plus mauvais que le corps étranger siège plus bas, car ceux qui sont arrivés jusque dans le poumon sont, pour ainsi dire, complètement inaccessibles à une intervention chirurgicale. Les fèves sont à cause de cela très difficiles à enlever, et les difficultés sont encore bien plus grandes lorsqu'il s'agit de fragments osseux. Par contre les noyaux de fruit comportent un pronostic relativement favorable, et chose curieuse, les épillets de blé sont assez souvent éliminés par un abcès et n'ont pas un pronostic particulièrement mauvais. WEIST admet qu'en règle générale, la trachéotomie n'est pas indiquée lorsque le corps étranger se trouve fixé profondément dans la trachée ou dans une bronche. Par contre elle est indiquée, selon lui, lorsqu'on observe des accidents de suffocation, ou que l'on voit survenir des symptômes de rétrécissement à marche progressive des voies aériennes, ou enfin qu'il s'agit de corps étrangers mobiles dans la trachée.

§ 123. — A l'aide du miroir laryngien on peut quelquefois, en se servant de petites pinces laryngées ou de pinces à polypes, enlever certains corps étrangers, surtout ceux d'un petit volume, tels que les aiguilles, etc. Mais il faut pour cela qu'ils ne s'accompagnent pas de symptômes graves d'asphyxie nécessitant avant tout la trachéotomie. En outre l'extraction par la bouche est toujours plus facile chez les adultes que chez les enfants. Afin de rendre possibles aussi chez ces derniers l'examen du larynx et l'extraction des corps étrangers, on a eu recours tantôt à l'anesthésie locale, tantôt à la chloroformisation, soit incomplète (STOERK) soit complète (SCHROETTER). Mais nous n'avons pas beaucoup de confiance dans ce procédé, et certainement il sera bon de suivre le conseil donné par TRENDELENBURG de tenir prêt l'appareil instrumental de la trachéotomie, car les mouvements que l'on communique au corps étranger en essayant de le saisir, peuvent donner lieu à des symptômes tout à fait aigus de suffocation. A part quelques cas heureux, le plus sou-