

force le corps à cheminer, toutes les fois que ses aspérités ou son trop gros volume ne s'y opposent pas. En cas d'insuccès, on peut avoir recours à la tige de poireau, généralement recommandée depuis A. Paré, à une tige de baleine garnie d'une éponge (A fig. 464), ou à tout autre instrument flexible terminé par une extrémité renflée et arrondie. Lorsque le corps étranger est petit, pointu, irrégulier, on se trouve bien de faire avaler un gros morceau de mie de pain mâchée ou toute autre matière molle et volumineuse, telle qu'une figue retournée, une prune débarrassée de son noyau. Ces substances, au moment de la déglutition, distendent les parties, font disparaître les plis dans lesquels est logé le corps étranger et l'entraînent avec elles dans l'estomac.

Lorsqu'au lieu de précipiter le corps étranger dans l'estomac on se propose de l'extraire par la bouche, la première indication est de porter les doigts dans l'arrière-bouche, de reconnaître le corps et de le saisir quand il n'est pas trop profondément situé. Si l'on ne peut y parvenir, on s'aide des renseignements fournis par le malade ou par le cathétérisme, pour diriger une pince recourbée, à longues branches, sur le corps, qu'on s'efforce de saisir et de retirer. La pince œsophagienne que nous avons fait représenter, offre cet avantage que l'un de ses mors seul est mobile, l'autre étant fixe et servant à l'exploration en même temps qu'à l'extraction (fig. 465).

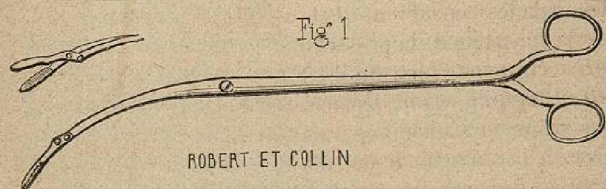


Fig. 465.

Dans le cas où le corps étranger est situé plus bas, on a proposé une multitude d'instruments pour l'atteindre et le ramener au dehors. Les uns sont destinés à agir de bas en haut, tels qu'une tige flexible garnie d'un simple fil ou d'une éponge (A fig. 464). D'autres servent à l'accrocher et à le saisir, comme l'anse d'une ficelle (Mauchart), un double fil d'argent flexible recourbé en anse (Petit), le crochet mousse de Dupuytren, l'ingénieux crochet à bascule mobile, en forme de coin creux de Græfe (B fig. 464 et 466), aisé à introduire et bien disposé pour recevoir des fragments osseux et les ramener au dehors etc. Enfin les derniers ont

pour but de présenter une surface irrégulière propre à retenir le corps étranger dès qu'il y est engagé : telles sont les tiges terminées par des faisceaux nombreux de soies de sanglier, de fils d'archal, de laiton, de morceaux de linges ébarbés (*provendur* des Anglais, *excutia ventriculi* etc.). C'est au chirurgien à poser avec soin les indications et à choisir ensuite le procédé qui lui paraît le plus convenable à les remplir. Il doit, dans ses recherches, se rappeler que la paroi interne de l'œsophage reste constamment en contact avec elle-même au-dessus et au-dessous du corps étranger, et qu'il n'est pas possible par conséquent de glisser aucun instrument au delà du siège que celui-ci occupe, sans le toucher. En outre, l'œsophage est agité de contractions péristaltiques et anti-péristaltiques très-énergiques, qu'il serait dangereux de vouloir surmonter avec violence, au lieu d'en attendre la cessation spontanée. Boyer a fait remarquer que les malades conservent quelquefois la sensation de la présence du corps étranger, bien qu'il ait été extrait ou qu'il se soit déplacé.

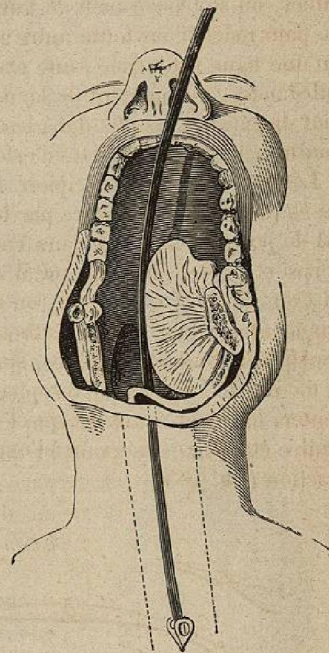


Fig. 463.

Nous avons vu succomber trois malades, à la suite de tentatives d'extraction de corps étrangers. L'un mourut d'hémorrhagie, l'autre de pyohémie, le troisième d'abcès développé dans le médiastin. Tous avaient eu l'œsophage déchiré par un fragment d'os pointu, poussé avec trop de force vers l'estomac, et nous trouvâmes, dans l'une des autopsies, une véritable bandelette de membrane muqueuse arrachée dans une longueur de près de 0<sup>m</sup>,1 sur une largeur de quelques millimètres. Il faut donc savoir user de modération et de patience, ne jamais agir avec violence, et remettre à d'autres moments l'extraction, lorsque les premiers essais n'ont pas réussi.

Le corps étranger se déplace souvent sous l'influence des seules contractions musculaires; les parties qui le retiennent, tout d'abord tuméfiées, reviennent quelquefois sur elles-mêmes après plusieurs

jours, se ramollissent, s'ulcèrent et le mettent en liberté; il devient alors aisé de l'extraire ou de le précipiter dans l'estomac.

Nous avons souvent rencontré une difficulté qui nous a fort embarrassés les premières fois, mais dont nous avons reconnu la cause, et qu'il nous est devenu facile de surmonter.

On introduit aisément les crochets métalliques, fixes ou mobiles, mais lorsqu'on les retire, on est quelquefois arrêté par un obstacle qui paraît insurmontable, et l'on peut se trouver fort inquiet de la conduite à tenir dans l'impossibilité de retirer l'instrument, si l'on n'en connaît pas la cause. Le crochet arc-boute, dans ce cas, contre le cartilage cricoïde, et le moyen le plus sûr de le dégager est d'en tourner les valves de côté. Ce simple mouvement de rotation suffit pour en permettre l'extraction.

Si le corps étranger est fixé à la région cervicale et y détermine des accidents de suffocation, d'inflammation suppurative, d'ulcérations progressives et dangereuses, et qu'on ne soit pas parvenu à le déplacer, on a recours, en dernier lieu, à l'*œsophagotomie externe*.

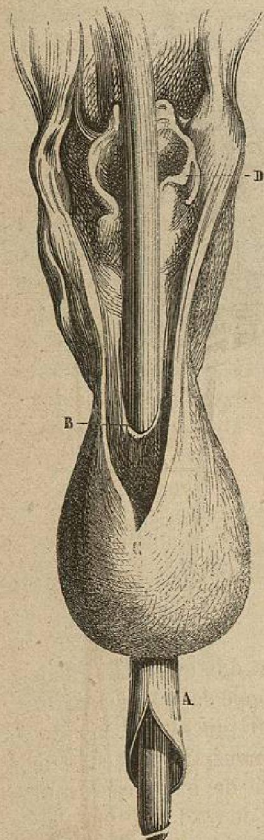


Fig. 467.

**Rétrécissements œsophagiens.** On a constaté plusieurs exemples d'absence congénitale d'une partie plus ou moins étendue de l'œsophage, et on a trouvé, dans quelques cas, ce conduit converti en un simple cordon fibreux.

A une époque plus avancée de la vie, de nombreuses causes de rétrécissements peuvent donner lieu à des indications opératoires. Ce sont :

- 1° Les rétrécissements causés par des tumeurs développées dans le voisinage de l'œsophage, qu'elles compriment et rendent imperméable aux aliments ;
- 2° Les tumeurs formées dans l'épaisseur des parois œsophagiennes ou entre ces parois ;
- 3° Les hernies en sac latéral de la membrane muqueuse. Nous

en donnons un bel exemple, emprunté à Ludlow (*fig. 467*). (Voy. la thèse d'agrégation de Follin, Paris 1853.) Une sonde est engagée dans l'œsophage A au-dessous

du pharynx fendu pour laisser à découvert l'orifice du larynx D. On voit en arrière de l'œsophage B un diverticulum ou sac herniaire muqueux C très-considérable ;

4° Les polypes œsophagiens ;

5° Les rétrécissements atrophiques ou atrésies à la suite de plaies et de cicatrices avec perte de substance ;

6° Les coarctations fibreuses, cartilagineuses, osseuses ;

7° Les cancers et altérations épithéliales ;

8° Les rétrécissements spasmodiques ou l'œsophagisme.

Le traitement diffère nécessairement selon les causes de l'affection, dont il est quelquefois fort difficile de reconnaître nettement la nature. La première indication est d'assurer par l'introduction d'une sonde le passage des matières alimentaires dans l'estomac et la nutrition du malade.

La dilatation avec des cathéters métalliques terminés par des olives en ivoire de divers calibres et se montant toutes sur le même support (*fig. 468*) nous paraît très-préférable à l'emploi toujours irritant des éponges. L'on peut aussi recourir aux autres moyens de dilatation exposés à l'histoire des coarctations urétrales. Pour pratiquer la dilatation brusque et forcée, on s'est servi d'une pince à trois branches (*fig. 469*), dont l'inconvénient est de ne pas être



Fig. 468.

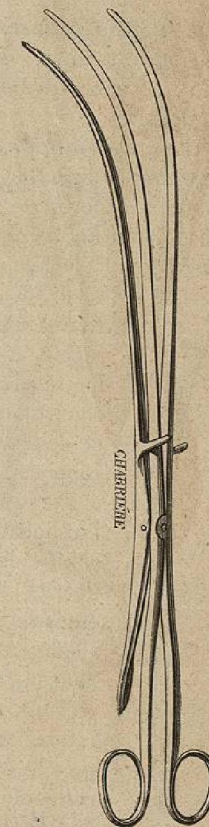


Fig. 469.