

par leur forme, par leur nature, qu'il serait à peu près impossible d'en donner une liste complète.

Tantôt, et le plus souvent, le corps étranger provient de l'extérieur et a été introduit par la bouche dans l'acte de la déglutition, beaucoup plus rarement par une plaie ayant intéressé les parois du pharynx et de l'œsophage; tantôt le corps étranger, provenant de l'estomac, est rejeté par l'acte du vomissement.

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de substances alimentaires solides (fragments de pain, de viande, de légumes, etc.) trop volumineuses et dont la mastication a été imparfaite. C'est ce que l'on observe assez fréquemment chez les vieillards privés de dents et chez les aliénés qui mangent avec glotonnerie. Dans d'autres circonstances, le corps étranger, de volume plus petit, a été avalé par mégarde en même temps que les substances alimentaires; tel est le cas d'une aiguille, d'une arête, d'un fragment d'os. C'est souvent dans la déglutition des liquides que cet accident se produit.

En dehors de ces cas où l'introduction des corps étrangers dans l'œsophage résulte de la déglutition des aliments, il en est d'autres dans lesquels ces corps pénètrent par suite de la déglutition involontaire d'un objet tenu dans la bouche. Enfin nous devons mentionner la série nombreuse et variée de corps étrangers avalés volontairement, soit dans le but de soustraire ces corps à une recherche, soit par jeu, soit par suite d'une aberration mentale.

Relativement à leur forme et à leur nature, les corps étrangers du pharynx et de l'œsophage présentent une infinie variété. Sans chercher à en faire ici l'énumération; il importe cependant d'établir un certain nombre de catégories, en tenant compte de leur configuration, de leurs caractères physiques et chimiques, car ces caractères différents entraînent des différences considérables dans les accidents immédiats ou consécutifs qu'ils déterminent et dans les indications thérapeutiques auxquelles ils donnent lieu.

Tandis que certains corps offrent une forme plus ou moins arrondie et une surface lisse et unie, d'autres sont allongés, terminés par des extrémités plus ou moins acérées, ou présentent une surface inégale, couverte d'aspérités (épingles, esquilles osseuses, fragments de verre, etc.). On conçoit les dangers qui peuvent résulter de l'action de ces derniers sur les parois de l'œsophage. Nous devons encore mentionner une classe importante de corps étrangers caractérisée par une forme aplatie et une faible épaisseur; tels sont: les pièces de monnaie, les fragments d'os plats.

Nous distinguerons, d'après leurs propriétés physiques et chimiques, plusieurs variétés de corps étrangers de l'œsophage et du pharynx.

Les uns sont extrêmement durs, incapables d'être altérés sensiblement par les liquides sécrétés par l'œsophage; tels sont les fragments d'os ou de métal. Si ces corps sont en même temps de forme irrégulière,

on comprend les accidents qui résultent de leur présence ou des tentatives brutales faites pour les extraire.

D'autres ont une consistance moindre; leur forme peut être modifiée par la pression extérieure (fragments de légumes, de fruits).

Une autre classe importante de corps étrangers de l'œsophage comprend ceux qui, par leur nature, sont susceptibles de s'imbiber et d'augmenter ainsi de volume, tels sont certains légumes secs (haricots, fèves, etc.). Enfin certains corps étrangers peuvent se dissoudre, soit qu'ils n'exercent aucune action sur les tissus organiques (morceau de sucre), soit qu'ils déterminent une action plus ou moins corrosive (fragment de nitrate d'argent).

Jusqu'à présent il a été seulement question de corps étrangers inanimés, mais on peut aussi rencontrer dans le pharynx et l'œsophage des corps étrangers vivants: ainsi on a rapporté des observations dans lesquelles des accidents graves ont été déterminés par l'arrêt, dans l'œsophage, d'un paquet de vers lombrics rejetés par le vomissement. Dans d'autres cas, des sangsues ont pénétré dans le conduit pharyngo-œsophagien, soit à la suite d'une application peu méthodique dans la cavité nasale ou buccale, soit à la suite de l'ingestion d'eau non filtrée et contenant de ces annélides. Cet accident s'observe parfois chez des soldats en campagne, qui, pressés par la soif, boivent sans précaution de l'eau des fossés, des étangs. Baizeau (1) a publié sur ce sujet un intéressant mémoire. Dans ces cas, il s'agit de la sangsue de cheval ou *hæmopsis*, qui présente des dimensions très-petites dans sa jeunesse, et qui se fixe aux parois de l'arrière-bouche, à l'extrémité supérieure de l'œsophage ou au voisinage de l'ouverture du larynx.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Pendant le second temps de la déglutition, le pharynx vient au devant du bol alimentaire qui s'y précipite. Si le corps avalé est long et pointu, s'il se présente obliquement, il pourra aller se fixer dans les piliers du palais ou dans les amygdales, c'est ce qui arrive aux épingles ou aux arêtes de poisson. Si le corps est plus volumineux, garni d'aspérités moins saillantes ou enveloppé de substances molles et onctueuses qui facilitent son glissement, il franchit le pharynx sans que les malades s'en doutent. Ce n'est qu'à l'instant où l'œsophage s'empare pour ainsi dire de l'aliment et se contracte sur lui, que le corps étranger décele sa présence. Sa marche se ralentit; ses aspérités, mises à découvert, irritent la membrane muqueuse, les fibres musculaires le pressent alors avec force et forment au-dessus et au-dessous de ses points de contact un bourrelet qui s'oppose à sa descente vers l'estomac, aussi bien qu'à son ascension vers la bouche. Les efforts, les mouvements convulsifs de la déglutition ou du vomissement ne font qu'augmenter l'enclavement.

« Les corps étrangers, dit Bégin, qui franchissent le niveau de la

(1) Des accidents produits par les sangsues (*Gaz. méd.*, 1863, p. 613).

première pièce du sternum, descendent toujours plus bas, à raison des contractions plus lentes et plus douces du conduit dont la dilatation n'est plus gênée ni par le volume de la trachée-artère, ni par l'anneau osseux du sommet de la poitrine. La partie de l'œsophage que le diaphragme embrasse forme seule un dernier détroit que certains corps ne peuvent franchir, et au-dessus duquel on les a vus séjourner pendant un temps plus ou moins long. En beaucoup de circonstances, une sensation intérieure et pénible de dilatation ou de déchirement permet de suivre la marche du corps étranger le long de la colonne dorsale, et redouble de vivacité lorsqu'il franchit le cardia; après quoi un soulagement indubitable annonce que le danger est passé et qu'il a pénétré dans l'estomac.»

En définitive, il y a trois points d'arrêt des corps étrangers dans l'œsophage : le premier et le plus important, c'est l'orifice supérieur; le second répond à la fourchette du sternum, ce point présente d'ailleurs un léger rétrécissement normal; enfin, le troisième est situé à l'orifice diaphragmatique de l'œsophage.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes déterminés par l'arrêt d'un corps étranger dans le conduit pharyngo-œsophagien varient naturellement suivant le volume, la forme et les autres conditions physiques de ce corps.

Lorsqu'il est très-volumineux, il s'arrête à la partie inférieure du pharynx, et par la compression qu'il exerce sur l'ouverture des voies aériennes, il détermine aussitôt un accès de suffocation qui peut se terminer par la mort immédiate si le sujet ne parvient à le rejeter dans les efforts convulsifs auxquels il se livre.

Le corps, quoique volumineux, est-il de dimensions moindres? Le malade accuse aussitôt une sensation de douleur plus ou moins vive et se livre à des efforts de toux et de vomissements. La face est rouge, vultueuse, la respiration est troublée, le timbre de la voix plus ou moins altéré : tout annonce un effroi profond; les extrémités sont froides, la peau couverte de sueur.

Nous ferons remarquer, en passant, que les troubles divers observés du côté de la respiration et de la phonation, chez les sujets qui portent un corps étranger de l'œsophage, ne sont pas toujours dus, comme on le pense généralement, à la compression exercée par ce corps sur le larynx ou la trachée. L'altération du timbre de la voix, les accès de suffocation, résultent le plus souvent de contractions des muscles du larynx et d'un spasme de la glotte produits par l'excitation réflexe du pneumogastrique.

En général, au bout d'un temps variable, soit que le corps étranger se soit déplacé ou que la sensibilité de la muqueuse soit éteinte, ces accidents se calment, et les malades accusent seulement un sentiment douloureux et une gêne plus ou moins marquée de la déglutition. Mais bientôt les mêmes phénomènes se reproduisent sous l'influence d'une tentative de déglutition, d'un mouvement, d'une émotion morale, etc., et ces accès peuvent se renouveler ainsi un certain nombre de fois.

S'il s'agit d'un corps étranger de petit volume, de forme plus ou moins arrondie, à surface dépourvue d'aspérités, tous les symptômes peuvent se borner pendant longtemps à quelque difficulté et à quelque douleur dans l'acte de la déglutition, et ce n'est que plus tard que surviendront des accidents plus ou moins graves.

Lorsque le corps étranger présente une forme allongée, avec des extrémités pointues, comme une aiguille, une épingle, une esquille osseuse, la douleur peut être le seul symptôme accusé par le malade, au moins dans les premiers jours qui suivent l'ingestion; mais les accidents consécutifs ne tardent pas à survenir, et revêtent un caractère particulier de gravité en rapport avec la lésion des parois œsophagiennes par les aspérités ou la pointe de ces corps étrangers. On conçoit que lorsqu'il s'agit d'un corps à la fois volumineux et de surface inégale, irrégulière, ou terminé par des angles ou des pointes, les symptômes immédiats, douleur et dysphagie, soient dès le début très-intenses, et que les accidents consécutifs résultant de l'action du corps étranger sur les parois du conduit pharyngo-œsophagien soient plus graves et plus rapides.

Enfin, lorsque des sangsues se sont introduites dans le pharynx et l'œsophage, les malades ont accusé une sensation des plus douloureuses, accompagnée d'accès de suffocation, d'efforts fréquents de vomissements, suivis de temps en temps d'hémorrhagies buccales.

Nous avons dit que, dans certains cas, l'asphyxie a été la conséquence immédiate de l'arrêt dans le conduit pharyngo-œsophagien d'un corps étranger volumineux, comprimant ou obstruant les voies aériennes. Par contre, il peut se faire que le corps étranger soit expulsé par la bouche ou projeté dans l'estomac, soit spontanément, soit par suite d'une intervention chirurgicale. Dans bien des cas, ce mode de terminaison est suivi d'une guérison complète; cependant, il importe de savoir que tout péril n'est pas passé une fois le corps étranger extrait par la bouche ou projeté dans l'estomac. En effet, d'une part, il peut avoir déterminé, par le fait de sa présence et surtout par le fait des tentatives d'extraction, des lésions graves de l'œsophage entraînant à leur suite une série d'accidents sur lesquels nous reviendrons; et, d'autre part, certains corps étrangers propulsés dans le tube digestif y ont déterminé des désordres du côté de l'estomac et des intestins (obstructions intestinales, perforations, abcès, etc.).

Lorsqu'un corps étranger, arrêté dans l'œsophage, n'a pu être rendu ou extrait par la bouche ni propulsé dans l'estomac, sa présence ne tarde pas à développer une inflammation qui peut aboutir au ramollissement, à la gangrène et à la perforation des parois œsophagiennes, et l'on conçoit que ces accidents sont d'autant plus à craindre que le corps est plus dur et plus irrégulier. Dans quelques circonstances heureuses, la suppuration rendant libre le corps étranger, a permis ultérieurement son expulsion, soit par la bouche, soit par les voies naturelles, avant que l'œsophage ait été perforé. Parfois encore, lorsque le corps est arrêté

dans la portion cervicale du conduit, la perforation a lieu, un abcès se forme, et le corps étranger est évacué avec le pus. Mais, même dans ces cas, il est rare que les choses se passent aussi heureusement; on voit survenir des fusées purulentes se propageant vers la poitrine; des complications thoraciques se développent; et la mort est la conséquence ultime de ces accidents. On conçoit que ceux-ci soient presque inévitables lorsque le corps étranger est arrêté dans la portion thoracique du conduit.

L'inflammation résultant de la présence d'un corps étranger de l'œsophage peut revêtir une forme chronique, et a donné lieu parfois à de singulières erreurs de diagnostic; c'est ainsi que l'on a pu croire à l'existence de la phthisie pulmonaire, du catarrhe bronchique, de l'asthme suffocant.

Nous devons encore signaler quelques accidents tardifs observés à la suite du séjour prolongé de corps étrangers dans l'œsophage; telles sont: la perforation de la trachée, entraînant des troubles graves du côté des voies respiratoires; les hémorragies résultant de l'ulcération des vaisseaux artériels ou veineux, et terminées par la mort rapide. Dans son mémoire sur l'*œsophagotomie*, Lavacherie a rassemblé douze cas, et Martin, dans sa thèse, a recueilli sept autres cas de mort produite par cette dernière complication. Il est à remarquer que la crosse de l'aorte a été le plus souvent atteinte (six fois sur quatorze), ce qui s'explique par le rétrécissement normal de l'œsophage dans le point qui correspond à ce vaisseau, d'où il résulte que les corps étrangers s'y arrêtent plus fréquemment. Puis viennent, par ordre de fréquence, la carotide primitive et principalement la gauche, l'artère-sous-clavière droite, une branche de l'artère thyroïdienne inférieure (1), etc.

Dans un cas rapporté par le docteur Andrew (2), à l'autopsie d'une femme trouvée mourante dans la rue, on constata la présence d'un os de poisson qui, après avoir perforé la portion cardiaque de l'œsophage, traversait le péricarde et venait s'implanter dans le milieu de la cloison interventriculaire du cœur en blessant la veine coronaire droite. Le péricarde était plein de sang.

Mentionnons, enfin, l'altération des vertèbres cervicales consécutive à la suppuration péri-œsophagienne, les dilatations et surtout les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, très-facile lorsqu'on est aidé des commémoratifs et lorsqu'il s'agit d'un corps plus ou moins volumineux, qui peut être vu ou senti, et qui détermine des troubles fonctionnels notables, est au contraire quelquefois entouré des plus grandes difficultés lorsqu'on est privé de renseignements commémoratifs, comme chez les enfants et les aliénés, et

(1) Pilate et Brouardel, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1867, p. 650.

(2) *The Lancet*, 25 août 1860, p. 186.

lorsque les symptômes fonctionnels sont peu accusés. On trouvera dans les auteurs un certain nombre de faits dans lesquels la présence de corps étrangers dans l'œsophage n'a été reconnue qu'à l'autopsie et n'a même pas été soupçonnée pendant la vie. Il s'agit, par exemple, de sujets présentant les signes d'une pneumonie, d'une bronchite accompagnée de symptômes plus ou moins anormaux. Mouton (1) rapporte dans sa thèse une remarquable observation empruntée au service de Millard, et dans laquelle le diagnostic d'un corps étranger de l'œsophage était véritablement impossible.

La gêne ou l'impossibilité de la déglutition, la douleur fixe en un point du trajet de l'œsophage, ne sont nullement pathognomoniques de la présence d'un corps étranger, car ces symptômes peuvent persister, alors même que le corps a été expulsé, par suite de la blessure des parois du conduit ou de la contracture spasmodique.

L'exploration directe permettra seule d'affirmer la présence d'un corps étranger. L'introduction du doigt dans le fond de la gorge, la palpation du cou, l'examen laryngoscopique, serviront à découvrir les corps étrangers arrêtés dans le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage. Le cathétérisme est indispensable pour reconnaître ceux qui siègent plus profondément. On se servira à cet effet de la sonde œsophagienne ordinaire ou mieux du cathéter à boule, représenté figure 24. Mais il importe de savoir que ce mode d'exploration est loin encore d'être infaillible. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de corps aplatis, susceptibles de se placer de champ, comme une pièce de monnaie, un fragment d'os plat, etc., il arrive souvent que la sonde passe à côté du corps étranger sans accuser sa présence, et comme dans ces cas la déglutition reste possible, non-seulement pour les boissons mais même pour les aliments solides, on est amené à conclure à l'absence de corps étranger. On pourrait alors rechercher un signe indiqué pour la première fois par Dupuytren (2), je veux parler du bruit déterminé par le choc de la boule du cathéter contre le corps étranger. Mais avec les instruments ordinaires ce signe lui-même fera souvent défaut. Aussi, à l'occasion d'un fait que j'ai communiqué à la Société de chirurgie et dans lequel j'avais méconnu par

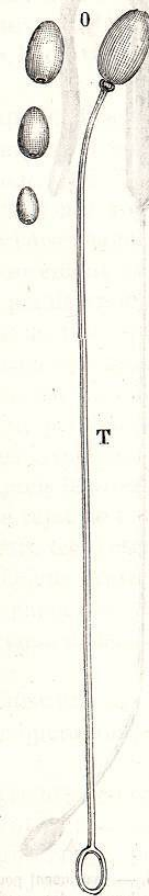


FIG. 24. — Catheter à boule.

(1) *Du calibre de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1871, p. 40.

(2) *Leçons orales*, t. III, p. 524.

tous les moyens ordinaires la présence d'un os plat situé verticalement, je proposais pour les cas analogues d'employer à l'avenir un instrument imaginé par Collin, à l'occasion de l'homme à la fourchette, et resté jusqu'à présent sans application pratique. Quelques légères modifications

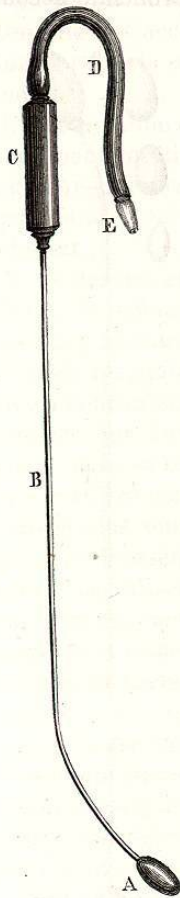


FIG. 25. — Instrument pour la recherche des corps étrangers de l'œsophage

apportées à cet instrument, le rendent tout à fait applicable à la recherche des corps étrangers de l'œsophage. Cet instrument (fig. 25) se compose d'une olive creuse A, en métal, de diamètres variables, vissée à une tige métallique flexible B. A cette tige est ajusté un tambour à renforcement C, en cuivre, comme dans la sonde exploratrice de Thompson. Au tambour fait suite un tube de caoutchouc D et un embout d'ivoire E que le chirurgien s'introduit dans l'oreille au moment où il pratique le cathétérisme. Le moindre frôlement sur l'olive creuse placée à l'extrémité de l'instrument est renforcé par cet appareil et détermine un bruit très-appréciable. Dans la communication faite à ce sujet à la Société de chirurgie (1), j'émettais l'avis que ce nouvel instrument permettrait de reconnaître la présence de corps peu volumineux ou placés de champ, et fournirait en même temps des renseignements précis sur son siège exact, grâce à la graduation de la tige. Quelques mois plus tard, notre collègue et ami Guyon trouvait l'occasion d'appliquer l'instrument dans un cas où il s'agissait d'une pièce de cinq francs arrêtée depuis quarante-huit heures dans l'œsophage. La déglutition était facile, la sonde passait aisément à côté du corps étranger placé de champ. La présence de celui-ci fut immédiatement démontrée par l'emploi de l'instrument décrit précédemment, et son extraction put être pratiquée. Je pense donc qu'il sera désormais indispensable, dans les cas douteux, d'avoir recours à ce nouveau procédé d'exploration.

Enfin, on devrait encore tenir compte d'un symptôme donné par Cheever (de Boston) (2). Ce chirurgien, recherchant la présence d'un corps étranger à l'aide d'une éponge fixée au bout d'une sonde, remarqua sur l'éponge une petite tache de sang, et sut tirer parti de cet indice.

PRONOSTIC. — Il doit être considéré comme très-grave, si l'on veut bien se rappeler la série des accidents immédiats et consécutifs déter-

(1) *Soc. de chirurgie*, 7 oct. 1874.

(2) Cité par F. Terrier, *De l'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870, p. 133.

minés par l'arrêt des corps étrangers dans le conduit pharyngo-œsophagien. Lavacherie, dans son mémoire sur l'œsophagotomie, a réuni quarante-sept cas de mort, et Martin, dans sa thèse, a ajouté vingt-deux cas nouveaux à la liste précédente. Nous ajouterons que ce pronostic est souvent rendu plus sérieux par la nécessité d'une intervention chirurgicale qui parfois a été plus nuisible qu'utile. D'ailleurs le pronostic des corps étrangers de l'œsophage varie suivant des conditions qui ont été déjà signalées, et qui sont relatives au siège du corps étranger, à son volume, à sa forme, à sa consistance, etc.

TRAITEMENT. — Trois méthodes de traitement sont applicables aux corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien ; ce sont : A. l'extraction par la bouche, B. la propulsion dans l'estomac, et C. l'œsophagotomie. Enfin nous dirons quelques mots de la trachéotomie appliquée au traitement des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage.

A. *Extraction par la bouche*. — Cette méthode est assurément celle qui doit être préférée toutes les fois que son application paraît exempte de dangers. Mais avant d'y avoir recours, on a conseillé de provoquer des vomissements, soit par la titillation de la luette, soit par l'administration de l'émétique par la bouche, lorsque la déglutition est possible, en lavement ou en injection veineuse, lorsque le malade ne peut avaler. Enfin on a également administré, dans le même but, des lavements de tabac. Quoique l'on possède quelques exemples dans lesquels les vomissements ainsi provoqués artificiellement ont déterminé le rejet de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, nous conseillons d'être très-réservé dans l'emploi de ce moyen qui a souvent pour inconvénient grave de produire un spasme œsophagien qui fixe plus solidement encore le corps étranger. Dans le cas de sangsues fixées aux parois pharyngiennes, on a conseillé la fumée de tabac et les injections d'eau salée.

L'extraction par la bouche peut être faite à l'aide d'instruments divers, dont le nombre témoigne des difficultés que cette opération présente.

Pour les corps fixés dans le pharynx ou à la partie supérieure de l'œsophage, le doigt, une pince longue et recourbée, suffisent le plus ordinairement. Parfois il sera bon de s'aider du miroir laryngoscopique pour saisir le corps étranger, surtout s'il est de petite dimension. J'ai pu récemment enlever avec facilité une épingle fixée dans la paroi pharyngienne en me guidant avec le miroir laryngoscopique.

Lorsque le corps étranger est situé plus profondément, on peut se servir de pinces longues et recourbées, de crochets, d'anneaux ou d'éponges, fixés à l'extrémité d'une longue tige flexible.

Parmi les instruments à crochets et à anneaux, celui qui est le plus souvent employé est connu sous le nom de panier de de Graefe (fig. 26). Il consiste en un double crochet P, fixé à l'extrémité d'une tige T, sur laquelle il peut se mouvoir d'un côté à l'autre. Enfin on a conseillé, depuis Hevin, l'usage d'une éponge fixée à l'extrémité d'une baleine que

l'on introduit au delà du corps étranger dans l'espoir d'entraîner celui-ci en ramenant l'instrument. Afin de rendre le passage de l'éponge plus facile et d'assurer plus complètement l'extraction, il sera bon de se servir d'éponge préparée, ainsi que Boileau (1) l'a fait le premier pour extraire une pièce de monnaie.

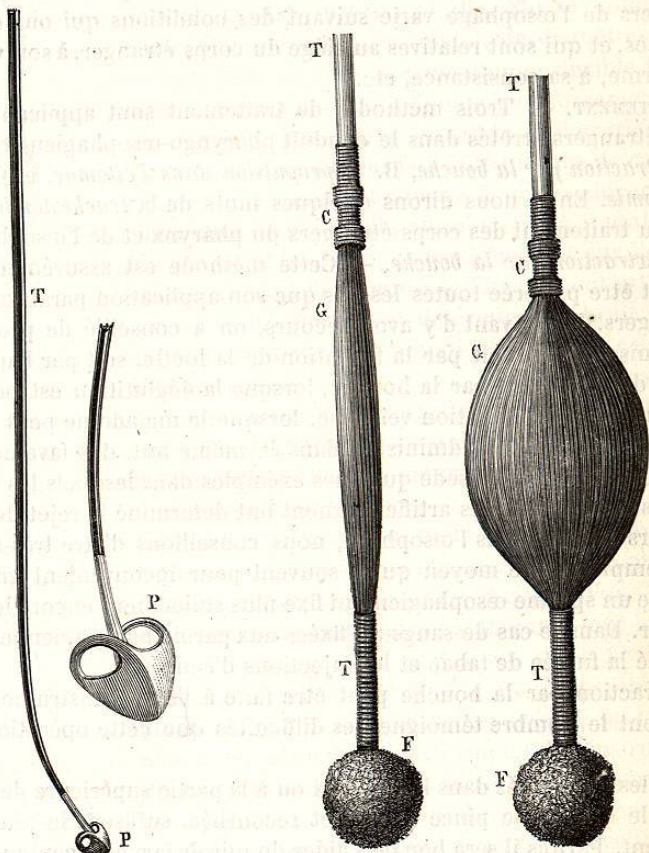


Fig. 23. — Panier de de Graefe.

Fig. 27. — Instrument pour extraire les corps étrangers de l'œsophage.

Les Anglais emploient souvent l'instrument représenté figure 27 : une 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-forts G, qui, par les mouvements de la canule, s'appliquent contre la tige ou s'en éloignent en éventail circulaire. Cet instrument sert surtout pour enlever les corps de forme allongée comme les aiguilles, les épingles, les arêtes, qui s'engagent au milieu des crins.

(1) *Archiv gén. de méd.*, 1830, p. 129.

D'autres instruments fondés sur le même principe ont été imaginés ; tels sont ceux de Thierry (1), de Rivière (2), de Beniqué (3).

Dans quelques cas spéciaux, on a eu recours à des procédés ingénieux d'extraction. Ainsi, dans un fait bien connu et rapporté par le docteur Bright, de Kentucky, un hameçon fixé dans les parois œsophagiennes fut extrait au moyen d'une balle de plomb perforée à son milieu ; le fil de la ligne, passant à travers cette perforation, conduisit la balle jusqu'au niveau de l'hameçon, dont la pointe fut ainsi dégagée, et qui put être extrait sans blesser les parois du conduit.

Si l'extraction par la bouche des corps étrangers de l'œsophage constitue, en théorie, la méthode la plus rationnelle et la plus sûre, on doit s'empresse de reconnaître que, même lorsqu'elle est pratiquée avec prudence, et à plus forte raison lorsqu'elle est faite brutalement, elle expose à de graves accidents et devient plus nuisible qu'utile.

Il faut d'abord savoir que l'extraction par la bouche présente fréquemment des difficultés insurmontables. Sur cent soixante-sept cas rassemblés par Martin, dans lesquels des tentatives d'extraction ont été faites avec des instruments variés, on n'a réussi que quarante fois, et il est remarquable que ces difficultés augmentent avec la durée du séjour du corps étranger, ce qui s'explique par le gonflement inflammatoire de l'œsophage, par le spasme réflexe dû à l'irritation déterminée par le contact du corps étranger, enfin par l'implantation de ce dernier dont les aspérités s'enfoncent dans les parois du conduit.

D'un autre côté, en renouvelant outre mesure et sans ménagements les tentatives d'extraction, on doit craindre d'augmenter l'inflammation et de provoquer des déchirures plus étendues que celles qui existaient auparavant. Ce dernier accident paraît inévitable dans certains cas où il s'agit de corps anguleux, irréguliers, fichés dans l'épaisseur des parois, et Martin rapporte dans sa thèse un certain nombre de faits qui témoignent des résultats déplorable fournis dans quelques cas par les tentatives d'extraction, alors même qu'elles ont été faites par un chirurgien prudent et qu'elles ont été suivies de la sortie du corps étranger.

En résumé donc, je ne saurais trop recommander d'user de grands ménagements dans les tentatives d'extraction des corps étrangers de l'œsophage, et de ne pas multiplier outre mesure ces tentatives, surtout lorsqu'il s'agit de corps durs, irréguliers et garnis d'aspérités.

B. *Propulsion.* — Afin de faciliter la déglutition et la chute dans l'estomac de corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, on a conseillé de faire avaler des substances molles, d'injecter de l'eau, de l'huile, etc. Dans un cas où un individu avait avalé une pomme de terre qui s'était arrêtée dans la portion cervicale de l'œsophage, Dupuytren parvint à

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 26 nov. 1856.(2) *Dissert. sur l'utilité d'un nouvel instrument.* Thèse de Paris, 1863.(3) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 5^e année, p. 191.

faire passer le corps étranger en le malaxant à travers les parties molles du cou. Mais le plus souvent, lorsqu'on voudra opérer la propulsion, il sera nécessaire de se servir d'une sonde œsophagienne ou d'un cathéter muni d'une éponge, avec lequel on repoussera le corps étranger jusque dans l'estomac.

La propulsion convient surtout pour les substances alimentaires (fragments de viandes, de légumes), pour les corps durs, mais à surface lisse, et non susceptibles par leur volume ou leur nature, de causer des accidents du côté du tube digestif.

Hevin conseillait encore la propulsion pour les corps étrangers qu'on n'a pu extraire ni faire rejeter par le vomissement, de *quelque nature qu'ils soient*. On ne saurait aujourd'hui accepter ce dernier précepte pour les corps durs, irréguliers, anguleux. La propulsion appliquée à ces corps étrangers peut être cause d'accidents, et Martin a rassemblé huit cas de mort sur vingt-deux observations où la propulsion a été faite. Ces accidents sont dus : 1° à la déchirure du conduit sous les efforts de l'instrument propulseur ; 2° à l'arrêt du corps étranger dans un point plus éloigné de l'œsophage, où il détermine des désordres plus sérieux que dans la région cervicale ; 3° à l'action du corps étranger sur le tube digestif.

De même que l'extraction, la propulsion appliquée aux corps durs, irréguliers, surtout lorsqu'ils occupent le pharynx ou la portion cervicale de l'œsophage, devra donc être faite avec la plus extrême prudence, et les tentatives ne devront pas être trop fréquemment renouvelées.

La propulsion sera, au contraire, tout à fait indiquée lorsqu'il s'agit de corps occupant la portion thoracique de l'œsophage, au-dessous de la première pièce du sternum, car on ne peut songer, dans ce cas, à d'autres méthodes que l'extraction et la propulsion. Tout en usant encore d'une extrême prudence, on pourra avec avantage combiner les deux méthodes, dans l'espoir que le corps étranger, finissant par être ébranlé, puisse être extrait ou propulsé.

C. *Œsophagotomie*. — Suivant Boyer, lorsqu'un corps étranger arrêté dans l'œsophage n'a pu être ni retiré ni enfoncé, qu'il bouche tellement le conduit que la déglutition est impossible, et que la compression sur la trachée-artère gêne la respiration au point de faire craindre la suffocation, si ce corps étranger fait saillie à l'extérieure, on doit avoir recours à l'œsophagotomie. Depuis lors, les indications de cette opération ont été considérablement étendues et les faits prouvent aujourd'hui que, grâce à elle, on a pu sauver un grand nombre de malades qui étaient loin de présenter les indications jusque-là considérées comme classiques. Aussi, d'après l'étude des faits, pensons-nous pouvoir établir comme règle générale que, quel que soit le corps étranger, quand on n'aura pu l'extraire ou le propulser, on devra recourir à l'œsophagotomie. Nous ajouterons même que cette dernière

opération nous semble devoir être préférée à des tentatives multipliées d'extraction ou de propulsion, surtout lorsqu'il s'agit de corps durs, irréguliers, anguleux.

Il va sans dire que l'opération ne sera praticable que dans un certain nombre de circonstances : 1° lorsque le diagnostic est certain, et à ce sujet nous pensons que ce diagnostic sera aujourd'hui plus sûr ; 2° lorsque le corps étranger n'aura pas dépassé la première pièce du sternum. On peut, en effet, comme l'ont fait Begin et Syme, extraire un corps étranger arrêté dans la portion thoracique supérieure de l'œsophage, avec de longues pinces introduites par la boutonnière œsophagienne. Peut-être même, ainsi que Begin le fait remarquer, dans un cas de corps étranger placé profondément, serait-il plus aisé d'extraire le corps étranger en introduisant les instruments par une plaie artificielle de l'œsophage que par la bouche.

Enfin l'œsophagotomie devra être pratiquée le plus tôt possible, si l'on veut se mettre dans les meilleures conditions de succès. On sait, en effet, que la temporisation expose à des accidents graves, et les observations prouvent que l'opération a d'autant mieux réussi qu'elle a été pratiquée plus rapidement.

Le manuel opératoire de l'œsophagotomie sera décrit ultérieurement ; nous nous bornerons, pour justifier ce qui précède, à donner la statistique des cas connus. Or, sur 21 cas où l'œsophagotomie a été pratiquée pour l'extraction de corps étrangers, on compte 17 succès et seulement 4 morts, et même dans aucun de ces quatre cas la terminaison fatale ne peut être attribuée à l'opération ; dans l'un d'eux, le malade fut enlevé par une pneumonie qui existait avant l'opération ; dans deux autres cas, il y avait une gangrène de l'œsophage et un abcès du cou : enfin, dans le quatrième cas, on peut accuser le traitement mis en usage et les tentatives de délogement du corps qui avaient été répétées *soixante* fois avant que l'on se décidât à opérer.

D. Nous signalerons, en terminant l'étude du traitement des corps étrangers de l'œsophage, une ressource extrême qui ne doit être employée que dans les cas où, le diagnostic étant hésitant, les phénomènes d'asphyxie et de suffocation sont menaçants. Je veux parler de la *trachéotomie*, qui devra être pratiquée sans retard, et constitue, dans ces conditions, une sorte de traitement palliatif qui a permis, dans quelques observations, d'obtenir ultérieurement l'extraction, la propulsion ou la sortie spontanée du corps étranger.