

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.“ DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Nr. 1074

CORPII STRĂINI ESOFAGIENI.



TEZĂ
PENTRU
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 FEBR. 1937

DE

KONDRA Y IOAN.

CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE

Strada A. Vlahuță No. 3.

1937.

CORPII STRĂINI ESOFAGIENI.

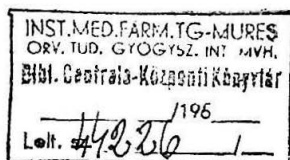


DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE 25 FEBR. 1937

DE

K O N D R A Y I O A N .

23 MAY 2005



CLUJ

„PALLAS“ INSTITUT DE ARTE GRAFICE

Strada A. Vlahuță No. 3.

1937.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Prof. Dr. D. MICHAİL.

Profesori:

Clinica stomatologică	D-l. Prof. Dr.	<i>Aleman I.</i>
Microbiologie	” ”	<i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei	” ”	<i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală	” ”	<i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	” ”	<i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală	” ”	<i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală	” ”	<i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală	” ”	<i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală	” ”	<i>Kernbach M.</i>
Clinica oftalmologică	” ”	<i>Michail D.</i>
Clinica neurologică	” ”	<i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială	” ”	<i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	” ”	<i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	” ”	<i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală	” ”	<i>Pop A.</i>
Medicina operatoare }	” ”	<i>Popovici Gh.</i>
Clinica infantilă	” ”	<i>Sturza M.</i>
Balneologie	” ”	<i>Tătaru C.</i>
Clinica dermato-venerică	” ”	<i>Țeposu E.</i>
Clinica urologică	” ”	<i>Thomas P.</i>
Chimia biologică	” ”	<i>Urechia C.</i>
Clinica psihiatrică	” ”	<i>Vasilii T.</i>
Anatomia patologică	” ”	<i>Drăgoiu I.</i>
Fiziologia umană (supl.)	” ”	<i>Popovici Gh.</i>
Farmacologia și farmacognozia (supl.)	” ”	<i>Popovici Gh.</i>



JURIUL DE PROMOTIE

Președinte: D-nul Prof. Dr. *Buzoianu Gh.*

Membrii: { ” ” ” *Aleman I.*
 ” ” ” *Sturza M.*
 ” ” ” *Popovici Gh.*
 ” ” ” *Tătaru C.*

Supleant: Dl. Doc. Dr. *C. Veluda.*

CORPII STRĂINI ESOFAGIENI.

Considerațiuni anatomice. Endoscopistul trebuie să studieze anatomia esofagului și pe viu, cu ajutorul esofagoscopului și a razelor Röntgen. Chestiunea cea mai importantă este studiul stricturilor fiziologice și al direcției esofagului.

Stricturile fiziologice. Calibrul esofagului nu este uniform, el variază între 7—22 mm. Stricturile fiziologice sunt diminuări anatomice constante ale calibrului esofagian, datorite comprimării organelor vecine. *Mehnert* descrie 13 stricturi și susține că sunt o expresie a constituțiunii metamerice a tubului digestiv. Pentru endoscopie numai 5 stricturi sunt importante și anume: *gura esofagiană* sau *strictura crico-faringiană*, *strictura aortică*, *strictura bronșică*, *strictura hiatului* și *strictura cardiei*. Unii, plecând dela constatarea, că cei mai mulți corpi străini se opresc la deschizătura toracică superioară, au presupus existența unei stricturi și la acest nivel. Ulterior s'a dovedit inexistența acestei stricturi, iar cauza opririi este cu totul alta, cum vom vedea la capitolul etiologiei.

1. *Gura esofagiană* (Killian) sau *strictura crico-faringiană* (*Chevalier-Jackson*) este locul cel mai strâmt al esofagului, situat între cartilagiul cricoid și coloana vertebrală. Ea formează limita dintre hipofaringe și esofag, la nivelul treimeii inferioare a cricoidului. Aspectul gurei esofagiene este variabil, de cele mai multe ori este ca o fantă transversală, altădată seamănă cu deschizătura unei burse. La adult are o lungime de 2 cm. Strâmtoarea gurei esofagiene este datorită musculaturii din jur, care aici formează un adevărat sfincter. Acest sfincter este alcătuit din fibrele inferioare ale constrictorului inferior al faringelui, fibrele „en fronde” ale lui *Collet* și fibrele arciforme proprii ale esofagului (V. M.

A. *Soulas*). Musculatura aceasta având o tonicitate foarte mare, ridică mucoasa dela peretele posterior în formă de plică semilunară. Tonicitatea acestei cravate musculare împreună cu bombarea coloanei cervicale și mișcările laringelui, formează dificultățile în explorarea acestei regiuni. Între fibrele orizontale și ascendente ale constrictorului inferior este un punct slab (*Killian*), unde se produc diverticulele de pulsiune ale lui *Zenker* și perforările cu esofagoscopul. Acest punct slab, numit și hiatul inferior al faringelui (*Testut*), este în raport cu masele celulare ale gâtului. Antrul hipofaringelui nu trebuie confundat cu gura esofagului. Prin laringoscopie directă sau indirectă, antrul hipofaringelui este vizibil ca o crepătură semilunară, inapoia eminentelor aritenoidice și a plicelor ari-epigloteice. Lateral hipofaringele formează sinurile piriforme sau șanțurile faringo-laringiene. În jos hipofaringele se termină într'o strictură fiziologică; aceasta este gura esofagului.

2. *Strictura aortică* se poate palpa cu esofagoscopul, aplicând vârful instrumentului pe peretele antero-lateral al esofagului. Pulsațiunile normale aortice, adesea sunt așa de mari, încât duc în eroare pe începător.

3. *Strictura bronșică* este datorită unei deplasări înapoi a esofagului, provocată de bronșia stângă, care la adult încrucisează esofagul înainte, la o distanță de 27 cm. dela arcada dentară. Palpând cu tubul peretele anterior, se poate pune în evidență foarte ușor bureletul corespunzător bronșiei stângi. Unii descriu strictura aortică și bronșică sub o denumire comună de *strictură aorto-bronșică*, având o lungime de 4—5 cm.

4. *Strictura hlatului* din cauza plicelor radiare, ea are un aspect de rozetă. Este anatomică și spasmodică: însuși esofagul este mai strâmt, pe de altă parte intervine structura musculo-tendinoasă a diafragmului. Între diafragm și esofag nu este o simplă contiguitate, ci din diafragm se desprinde mușchiul freno-diafragmatic al lui *Spigelius*, care formează adevărate fascicole pe peretele anterior al esofagului. După *Rouget* acest mușchiu reprezintă rudimentul sfincterului esofagian, care se observă la anumite animale.

5. *Strictura cardiei* după *Chevalier-Jackson* nici nu există

și dacă în cursul esofagoscopiei cardia opune oarecare rezistență, aceasta este datorită mai mult presiunii abdominale. Totuși unii susțin că aici este o stictură exprimată și descriu chiar un sfincter. Acești autori au căzut în eroare, localizând cardia în mod greșit la nivelul hiatului foarte apropiat.

Distanța stricturilor, socotită dela arcada dentară superioară, capul fiind în extensiune, arată variațiunile cele mai mari după vârsta. Cunoașterea lor are o importanță practică considerabilă.

La adult: gura esofagiană se găsește la 16 cm, aorta la 23 cm, bronșia la 27 cm, hiatul la 36 cm. și cardia la 40 cm.

La 14 ani: gura e. la 14 cm, aorta la 21 cm, bronșia la 24, hiatul la 31 și cardia la 34 cm.

La 10 ani: gura e. la 12, aorta la 17, bronșia la 20, hiatul la 25, cardia 27 cm.

La 6 ani: gura e. la 11, aorta la 16, bronșia la 18, hiatul la 24, cardia 25 cm.

La 3 ani: gura e. la 10, aorta la 15, bronșia la 16, hiatul la 23, cardia la 22 cm.

La un an: gura e. la 9, aorta la 14, bronșia la 15, hiatul la 21, cardia 20 cm.

La noul născut: Gura e. la 7, aorta la 12, bronșia la 13, hiatul la 19, cardia la 18 cm.

Mai trebuie să amintim rapoartele intime ale esofagului cu pleura. Pleura mediastinală formează plica sau sinul inter-aortico-esofagian la stânga și simul inter-azigo-esofagian la dreapta. Cele 2 pleure sunt unite între ele prin ligamentul interpleural al lui Morosow.

Direcția esofagului. Esofagul pătrunde în torace cu direcție de sus în jos și din față înapoi, urmând colona vertebrală, până la bronșia stângă. Sub aceasta se incurbează înainte și la stângă. Pe traectul acestui parcurs, în sus este situat înapoia tracheei, în mai jos înapoia inimii. De trachee este separat printr'un sept membranos subțire.

Etiologie și patogenie. Deoarece multe obiecte trec ușor prin esofag în stomac, numai atunci vorbim despre corpi streini esofagieni, dacă un corp solid sau mai puțin dens odată intrat s'a oprit în esofag.

Cauzele opririi sunt în număr de cinci: 1. *forma corpului strein* (ascuțit, neregulat), 2. *elasticitatea lor* (acele de siguranță), 3. *dimensiunile lor* (bol alimentar mare), 4. *stricturnile esofagiene* spasmodice sau organice, normale sau patologice, 5. *paralizia mecanismului propulsor*. Se pot întâlni însă și două sau mai multe cauze. De ex. o proteză dentară totodată este voluminoasă și neregulată.

Trebue să remarcăm, că alimentele se opresc extrem de rar din cauza mărimii bolului alimentar. De regulă, dacă alimentele ordinare se fixează în esofag, cu mare probabilitate există o tulburare organică (stricturnă cicatricială, neoplazică, compresiune extrinsecă prin aneurism sau ganglioni) sau funcțională (spasm).

Enumerarea corpurilor streini este imposibilă, fiindcă în esofag se pot opri foarte numeroase elemente cari sunt înghițite având o proveniență animală (oase, carne), vegetală (sămburi, bucăți de lemn) sau minerală (monede, bile, ace, cuie). Afară de aceștia s'au descris și corpi streini imaginari, cari survin la histerici și nevropați. Între aceștia deosebim două grupe. Sunt indivizi, cari de fapt au înghițit un corp strein, însă care s'a și eliminat spre stomac, ori spre gură, dar producând o leziune dă, perzistența senzației de corp strein; se observă mai ales la hipersensibili și excitabili. Apoi sunt de regulă neoropați, cari n'au înghițit nici un corp strein și totuși simt existența lor. În stările psihice, anormale (ebrietate, stări psicho-patologice) bolnavii înghit uneori obiecte extraordinar de stări voluminoase (*G. Buzoianu și Caramzulescu*).

Corpii străini ajung în esofag aproape exclusiv din cavitatea bucală. Este excepțională pătrunderea în esofag a instrumentelor în cursul intervențiilor asupra cavității bucale. Locuri de proveniență mai rare sunt: stomacul (prin vărsături), tracheea și bronșiile (prin erodare), și exteriorul (proectil).

Un factor etiologic pe lângă anolimp, clasa socială și ocupațiune este și *vârsta*. Este o observație generală, corpii străini survin mai des la *copii* și anume la cei dela țară, care sunt mai puțin supraveghiați. Survin mai des *vara* decât iarna, din motivul că mama este ocupată de munca

câmpului, lasă copilul acasă dându-i de multe ori ca jucărie un ban, un nasture, o șueriță. Dar copilul și singur apucă orice obiect și din joacă sau din foame, îl duce la gură și-l înghite. Lunile de toamnă sunt mai ales ale sămburilor de fructe (prune). Vârsta determină și felul corpului străin: oasele survin mai des la adulți, iar piesele de monedă la copii. La adult corpul străin este înghițit din întâmplare împreună cu alimentele care-l învelesc. Intervine și *ocupațiunea*, căci sunt meserii în care se obișnuște de a ține cuiele sau acele în gură.

Clinic, clasificarea corpurilor străini se face din punct de vedere al tratamentului, dupăcum sunt netezi și regulați (monede) sau neregulați sau ascuțiți (proteze dentare, ace) și din punct de vedere al prognosticului, adică după gravitatea leziunilor produse de ei.

Toți endoscopiștii sunt de acord că *treimea superioară* a esofagului este porțiunea cea mai frecvent atinsă. În cazuri excepționale este interesat și restul esofagului, dar atunci numai datorită manevrelor întempestive de cateterism sau de încercări anterioare de extracție ori faptului că la acel nivel se găsea o stenoză patologică. Cauza opririi în treimea superioară nu este complet elucidată. La început au crezut că este datorită faptului că esofagul cervical este un tub plat, ne fiind dilatat de presiunea negativă ca esofagul toracic. Teoria acestei strâmtări pasive nu resistă criticei, căci frecvent esofagoscopul trece cu ușurință lângă corpul străin, deci esofagul cervical are o dilatabilitate suficientă. Cauza cea mai acceptabilă este spasmul esofagian, ușor declanșabil prin destindere la esofagul cervical. Existența spasmului o indică și faptul că în anestezia generală, când spasmul cedează, un procent mare de corpuri străini alunecă în stomac. Declanșarea acestui spasm este condiționată de sensibilitatea mai mare și de musculatura mai puternică a treimei superioare. Esofagul aici are o musculatură mai mult striată, spre deosebire de restul lui. Sensibilitatea mai mare a acestei regiuni și scăderea ei mai jos ne-o arată și faptul că bolul alimentar cald, mai jos nu se simte, pe de altă parte, un fenomen asemănător observăm și la arborele respirator. În profunzime sistemul sensibil este înlocuit prin cel

neuro-vegetativ. Pe teritoriul treimei superioare, locul predilect este *nivelul deschizăturii toracice*: După Sencert 90% din corpii străini se opresc aici. *Chevalier-Jackson* comunică 302 cazuri de corpii străini, unde afară de 12, opriți mai sus, toți s'au fixat la antrul toracic. Aici se opresc mai ales corpii străini netezi și cu volum destul de mare. Și aici cauza este spasmul musculaturii, care la acest nivel se produce în modul următor: musculatura striată și puternică a hipofaringelui, reprezentată prin constrictorii inferiori, au destulă putere ca să împingă corpul străin în esofag, învingând rezistența gurei esofagiene. În acelaș timp prin ridicarea și mișcarea de bascul înainte a laringelui, se formează un spațiu larg post-laringian, prin care trecerea este ușurată. Corpul străin eșind din sfera de acțiune a constrictorului inferior va fi împins de peristaltismul musculaturei de asemenea striată a esofagului superior pe o mică distanță. Mai jos vine o musculatură slabă, care este suficientă ca să se spasmodizeze în jurul corpului strein voluminos, care excită pereții prin destindere, dar insuficientă să-l împingă mai jos.

Corpii străini mai mici și ascuțiți se opresc din două motive: se implantează mai întâi printr-o înțepătură, care declanșează apoi un *spasm* immobilizându-i complet. Se va produce un cerc vicios: spasmul împinge și mai profund corpul străin, ceea ce determină o intensificare și mai mare spasmului. Dacă înțepătura nu se produce ei trec mai departe în stomac n'având volumul destul de mare pentru a excita peretele esofagian și a determina un spasm.

Dacă obiectul înghițit este voluminos și ascuțit declanșarea spasmului și deci oprirea corpului se face prin ambele modalități.

Simptomele. Ele variază după volumul, forma și nivelul opririi corpului străin. Pe lângă aceste cauze intervine în mod considerabil sensibilitatea sistemului nervos, diferită după sex, vârstă și individ. Deci nu putem vorbi, de simptome specifice și constante, nu numai din cauza variabilității acestor factori, dar și din motivul că esofagul fiind un organ care servește la deglutiție, ori ce turburare a lui va declanșa aproape aceleași simptome. Ca și la stricturi,

diverticulele, spasmele esofagiene etc., tot așa și la corpii streini, putem observa *sindromul esofagian* compus din disfagie, durere și regurgitare. Uneori, dată fiind apropierea aparatului respirator, se va trăda și suferința lui.

Disfagia este simptomul cel mai constant. Bolnavii simt o jenă retro sternală ori au senzația că bolul alimentar se oprește. Disfagia este datorită stenozei esofagiene produsă prin corpul străin, consecutivă spasmului supra adăugat. După intensitatea acestor cauze putem observa o disfagie completă, când bolnavul nu poate înghiți niciun fel de aliment sau incompletă, când alimentele puțin consistente trec. Foarte frecvent o disfagie incompletă devine ulterior completă din diferite cauze, care sunt: spasmul, edemul, modificare poziției corpului strein, umflarea lui și acumularea alimentelor solide. Din contră cedarea spasmului sau modificarea poziției corpului străin permite înghițirea, imposibilă la început. Disfagia produsă de piesele de monedă, este foarte ușoară și dacă alimentația este mai mult semilichidă, condițiuni întâlnite la copii, poate să fie chiar inaparentă.

Durerea seamănă cu o senzație de constricție greu suportabilă, retrosternală, constantă; este augmentată de orice deglutiție, dar mai ales de înghițirea alimentelor solide. Iradiază în diferite regiuni: cervicală, intercapulo-vertebrală etc.

Cei cu sistemul nervos sensibil pot prezenta tulburări prea exagerate și necorespunzătoare realității; arată exact locul corpului străin, deși în realitate durerea nu este în raport strâns cu sediul lui. Senzația dureroasă este cauzată de traumatismul produs și poate să aibă o durată lungă.

Regurgitarea, adică refluxul alimentelor ajunse în esofag, se observă dacă obstrucția este completă. Ea poate să fie precoce sau tardivă, dupăcum obstacolul este superior sau inferior. Vom observa *simptomul de ocluzie* a lui Chevalier Jackson, care constă în aceea că simurile piriforme (sau numai unul) sunt umplute cu secrețiune, remarcabilă prin examenul direct cu oglindă. Evident, este numai un simptom de ocluzie și nicidecum de corp străin. Este datorit retenției de secreție care în mod normal curge constant în esofag. Dacă regurgitarea este abundentă (vărsături esofagiene), trebuie s'o diferențiem de vărsăturile gastrice; recur-

gitările conțin mucozități, salivă, alimente nedigerate de miros fetid, n'au acid chlorhidric liber. Dacă corpul străin a produs un traumatism, în lichidul regurgitat se observa frecvent sânge.

Este de menținut că aceste simptome niciodată nu apar singure, ci două, trei împreună și intensitatea lor este mult influențată de particularitatea corpului străin. Astfel disfagia aproape totdeauna este însoțită de durere. În aceste cazuri vorbim de *disfagie dureroasă*. Aceasta o putem pune în evidență prin proba deglutiției: invitând pe bolnav ca să înghită, vom observa că orice încercare de înghițire este însoțită de o durere vie.

Disfagia dureroasă este cu atât mai intensă cu cât leziunile produse de corpul străin sunt mai grave. Leziunea este punctul de plecare al unui spasm, care la rândul lui este cauza durerii și a disfagiei. În această privință nu contează volumul, ci neregularitatea corpului străin. Deci un obiect mic, dar ascuțit (ac), producând mai ușor o leziune, declanșează o disfagie și o durere mult mai mare decât unul voluminos, dar regulat (monedă), care permite trecerea alimentelor puțin solide.

Sialoreea este intensă și cu atât mai mare, cu cât leziunea este mai superioară; din cauza durerilor bolnavul nu îndrăznește să-și înghită saliva, care curge prin gură. Disfagia produce o *deshidratare* rapidă, căci pierderea de lichide prin salivă și prin alte căi, nu poate fi contrabalansată prin ingerare. *Setea* devine insuportabilă.

După situația corpului străin bolnavul ia diferite *atitudini forțate*. Dacă este interesată partea cervicală a esofagului, capul este inclinat înainte și de aceeași parte, unde durerea este mai mică. În caz de corp străin fixat la nivelul cardiac, bolnavul se înghemuește, ridicând extremitățile inferioare, cu care apasă contra abdomenului.

Prin *palparea* sterno-cleido-mastoidianului (uni-sau bilateral) și a epigastriului, în cazurile de corp străin esofagian cervical, respectiv cardiac, putem provoca o durere.

În ceea ce privesc *simptomele respiratorii*, ele se observă mai rar. Cele mai importante sunt dispnea și tusea, care de multe ori eșind pe primul plan ne pot duce în eroare,

crezând că e vorba de un corp străin ajuns în aparatul respirator.

Tusea este reflexă. Ea se datorește de cele mai multe ori secrețiunilor ajunse în trachee fie direct, din esofagul obstruat, fie indirect prin perforarea imediată (obiecte ascuțite) sau tardivă, ulcerativă a peretelui posterior membranos și subțire al tracheei și mult mai rar comprimării vagului.

Dispneea este accentuată dacă corpul străin are o așezare superioară și este voluminos. Cauza este stenoizarea tracheei, corpul străin făcând să bombeze peretele posterior al tracheei în lumenul ei. În aceste cazuri dispneea și cianoza poate agrava așa de mult starea bolnavului încât traheotomia devine indispensabilă. S'au observat și cazuri mortale. Dacă împrejurările permit o ședere mai îndelungată a corpului străin, putem observa o *răgușeală* accentuată și *tulburări de fonație* cu imobilitatea uni-sau bilaterală a corzilor vocale. Cauza după unii ar fi comprimarea recurentului, după alții inflamația, care a trecut din jurul corpului străin asupra laringelui. Dacă această inflamație este intensă, putem constata și un edem al sinurilor piriforme. În caz de corp străin oprit la strictura aortică, se instalează fenomene anginoide.

Complicațiunile. Sunt imediate dacă corpul străin este ascuțit sau neregulat și tardive dacă este neted.

Plăgile esofagiene sunt de diferite grade, dupăcum este interesată mucoasa sau și musculatura. Se întâlnesc mai ales la nivelul stricturilor fiziologice. Dupăcum sunt produse de corpii ascuțiți sau tăioși sunt simple înțepături sau tăieturi.

Plăgile sunt punctul de plecare al *esofagitelor acute* de diferite grade: *superficiale*, *ulceroase* și *flegmonoase*. Oricare din ele poate da mediastinită. Cea mai gravă este forma flegmonoasă, care se prezintă sub două aspecte: *circumscrișă* și *difuză*. *Esofagita circumscrișă* se prezintă ca o colecție submucoasă, bombată în lumenul esofagului, unde se și poate evacua în cazuri norocoase. Cea *difuză* evoluează cu simptome generale septice ca și mediastinitate acută.

Perforația esofagului poate să fie rapidă sau lentă. Foarte des corpul străin devine complet independent de esofag și ajunge în mediastin după o mulțime de eforturi de

deglutiție. Oricare ar fi modalitatea perforației, consecințele ei sunt totdeauna grave și simptomele variază dupăcum este sau nu interesat un organ din vecinătate. Dacă nu este atins nici un organ, numai esofagul, perforația este urmată de *inflamația țesutului conjunctiv periesofagian și mediastinal*. Aceasta la rândul ei poate să fie un flegmon difuz sau un abces colectat. Localizarea lor este cervicală sau mediastinală. *Forma difuză* este cea mai frecventă. În mediastin aproape exclusiv, găsim forma difuză, care îmbracă tabloul *mediastinitei acute*. Aceasta evoluează cu fenomene septice grave: febră ridicată, tachicardie, stare generală proastă. Durerea și disfagia se exagerează. Se mai pot atașa fenomene de compresiune, mai ales din partea venelor, traducându-se prin edem în pelerină, cianoza capului. Câteodată se prezintă un emfizem toracic pronunțat cu tumefierea bazei gâtului. La localizarea cervicală, unde se formează de regulă o celulită cervicală difuză, pe lângă simptomele generale septice avem un gât dureros, enorm tumefiat, mai ales în părțile laterale și imobil împreună cu capul.

Forma colectată este o evoluție norocoasă, dar destul de rară. Survine aproape exclusiv în mediastinul superior și la gât. Colecțiunile se formează atunci când perforația se produce lent prin erodare, organismul având timp ca să delimiteze inflamația în jurul corpului străin, deci se produc după înghițirea obiectelor neascuțite și tolerabile mult timp în esofag. Câteodată evoluția este foarte lungă și abcesul se formează numai după o mulțime de puseuri de reîncălzire, care apoi se evacuează fie spre esofag, fie spre piele. Rar împreună cu puroi se elimină și corpul străin, sau bucăți de cartilagiu dacă s'a atașat și o pericondrită laringiană sau tracheală.

Aspectul perforației se schimbă esențial, dacă pe lângă esofag este atins și un alt organ. În această grupă cele mai importante sunt perforațiunile vasculare și fistulele.

Perforațiunile vasculare, pot interesa orice vas din mediastin sau gât. Cele mai frecvente sunt perforațiunile aortei și mai rare ale venei azigos și ale jugularei interne. Toate sunt urmate de o hemoragie fatală.

Fistulele esofagiene după localizare sunt *eso-tracheale*,

eso-bronchiale, eso tracheo-bronșice, eso-pleurale, eso-cutanate. Corpul străin des părăsește esofagul, eliminându-se în trachee, bronhii sau în exterior. Fistulele sunt urmate de complicații serioase pleuro-pulmonare: pneumonii, bronchopneumonii, pleurezii purulente. După vindecare rămâni stenoză tracheale, bronhice.

Diagnosticul și diagnosticul diferențial.

Diagnosticul corpului străin se bazează: 1. pe datele anamnestice și simptomele clinice, 2. pe examenul direct al esofagului.

Anamneza ne furnizează date precise asupra actului deglutiției și naturei corpului străin. Însă aceste date sunt relative sau absente la copii, alienați și histerici.

Simptomele clinice și evoluția ne ajută la diferențierea unui corp străin esofagian de unul al căilor aeriene. Corpul străin din trachee sau bronhii se tredează la început prin tusă, dispnee, eventual expectorație sanghinolentă, simptome foarte alarmante, după care vine o perioadă de toleranță, cu lipsa totală a oricărui simptom. Apoi după câteva zile sau săptămâni apar simptomele inflamatorii. Trebuie remarcat că un corp străin esofagian prin perforare ulterioară, poate să treacă în trachee, schimbând cu totul tabloul clinic. Corpii străini laringieni dau răgușeală, tusă cu caracter crupos și o afonie în cazul când corzile vocale sunt îndepărtate. Dispneea devine gravă în localizarea glotică sau subglotică. Corpii străini laringieni mai dau o ușoară durere, pe când cei tracheali și bronhici se caracterizează prin lipsa completă a durerii.

Dacă corpul străin este în esofag, bolnavul din contră îl poate simți, având dureri și suferință permanentă. Face eforturi de deglutiție și ia alimente solide sau lichide ca să desinclaveze corpul străin.

Examenul direct al esofagului se face prin razele X și esofagoscopie.

Înainte de a trece la aceste manevre, examinăm minuțios amigdalele și faringele, apoi laringele, fiindcă corpurile ascuțite (oase de pește, ace) se opresc frecvent la acest nivel sau pătrund complet sub mucoasă, când găsirea orificiului de intrare are o importanță mare. Iar altădată corpul

străin pătrunde în esofag, dar lasă urme traumatice la aceste locuri.

Radiologia are un rol însemnat în descoperirea și localizarea corpurilor străine esofagiene.

Nu toate obiectele sunt radio-opace, deci vizibile. Corpurile metalice și oasele groase sunt vizibile, pe când bucățile de carne, obiectele de sticlă, de lemn, și lamele osoase subțiri rămân invizibile. Totuși examenul cu razele X trebuie să-l facem chiar în cazul corpurilor străine transparente. Orice examinare radiologică trebuie executată imediat *înaintea esofagoscopiei*, având în vedere că, corpul străin își poate modifica sediul. *Radiografia* ne dă date mult mai exacte decât radioscopia, placa fotografică fiind mult mai sensibilă decât retina examinatorului. Se întâmplă des ca, corpii invizibili la radioscopie, apar net la radiografie. Este bine să executăm o radiografie nu numai în poziție antero-posterioară, ci și din profil, căci umbra unui corp străin mai puțin opac poate fi mascată de umbra unei vertebre, a cordului sau a claviculei. Pe lângă acestea, de exemplu, o lamă subțire de os invizibilă în plan frontal, devine net vizibilă din profil, când razele cad pe o muchie a ei.

Radioscopia numai atunci ne poate orienta exact, dacă corpul străin este destul de radio-opac. Se cere înainte de toate ca radioscopia să fie făcută *în picioare*, căci numai astfel putem da bolnavului toate pozițiile oblice și a asigura prin acestea o mai bună vizibilitate. Având această libertate în mișcări, diferențierea unui ganglion calcificat, a unui aneurism, de un corp străin va fi mult mai ușoară, ceea ce este un avantaj al radioscopiei asupra radiografiei.

În ceea ce privește localizarea radiologică a corpurilor străine, trebuie să știm că orice corp plat în esofagul cervical, turtit în sens antero-posterior, are o așezare *frontală*, iar în căile aeriene superioare *sagitală*, din cauza deschiderii antero-posterioare a glotei și prezenței membranei posterioare a tracheei, singura porțiune care cedează la presiune. Pentru a stabili sediul unui corp străin neopac ne servim de înghițirea unei substanțe opace. În aceste cazuri examinarea se face în picioare și de preferință în poziție oblică anterioară dreaptă. Se întrebuițează *pastile* sau *casete* de

bismut, care indică sediul corpului străin printr'o oprire temporară la acel nivel (*Boyce*). Însă trebuie să ținem cont de faptul, că și în mod normal capsula parcurge esofagul în 10-12 secunde, deci poate ezita scurt timp la stricturile fiziologice. Fiindcă bismutul are desavantajul că maschează corpul străin, producând greutatea pentru esofagoscopie, *Wilson* întrebuintează *fire de lână* imbibate cu bariu, care după ce au indicat sediul corpului delict, pot fi extrase. Dacă prin aceste metode obținem un rezultat negativ, acesta nu are valoare patognostică, căci poate fi vorba de un corp străin mic, care nu oprește capsula, de pe altă parte, oprirea poate să aibă cu totul alte cauze decât un corp străin.

Când corpul străin prin perforare a părăsit esofagul, localizarea lui se determină nu numai prin esofagoscop, dar este adesea nevoie de radioscopie. Adesea nici nu este vorba de o așezare extra-esofagiană, ci numai de o inclavare într'o plicatură a mucoasei edemațiate. De aceea va fi necesară o examinare esofagoscopică minuțioasă la nivelul corpului străin. În loc de esofagoscopie putem întrebuinta examenul radioscopic cu o cremă de bariu, când între corpul străin și coloana de bariu se observă în interval linear liber.

Esofagoscopia este mijlocul cel mai sigur de diagnostic. Trebuie s'o executăm în orice caz în care bănuim existența corpului străin sau în care nu l-am putut pune în evidență prin celelalte mijloace. Pentru a o practica, contra-indicație absolută nu există (*Ch. Jackson*). Pe lângă descoperirea corpului străin, ne permite și examinarea leziunilor produse de ei.

Câte odată punerea în evidență a corpului delict întâmpină greutatea formate de spasm, mucozități, sânge, alimente, bismut etc., deci pe măsură ce progresăm, secrețiunile trebuiesc tamponate. Aceste secrețiuni foarte frecvent modifică complet *culoarea* corpurilor străini, care depinde încă și de intensitatea luminajului și de timpul șederii în esofag. Fierul, oțelul și argintul din cauza oxidării primesc o culoare negricioasă după câteva zile. Cuprul capătă o nuanță neagra-brună. Nichelul lucios la început devine voalat de secrețiuni mai târziu.

Examinarea prin cateter nici n'ar trebui amintită între

metodele directe, căci pe lângă că nu aduce nici un folos, *produce de cele mai multe ori complicațiuni periculoase*. Trebuie categoric evitată în caz de corp străin superior așezat sau neregulat, chiar și atunci dacă n'avem alt instrument la îndemână decât cateterul.

Dacă corpul străin nu s'a putut descoperi în esofag prin nici'o metodă, trebuie să trecem la examinarea pulmonilor și a tubului digestiv, unde punerea lor în evidență are o importanță considerabilă pentru conduita terapeutică ulterioară.

O conduită aparte cere diagnosticul *corpilor streini imaginari* la histerici și nevropați. Aproape totdeauna este vorba de femei-avide de simpatie și au tendință de a impresiona pe medic cu boli rare simulate. Din această cauză susțin foarte pozitiv existența corpului strein și vorbesc enorm de mult. Dacă sunt leziuni evidente sau semne radiologice sigure, facem esofagoscopie. În toate celelalte cazuri ținem cont numai de semnele obiective, culegem datele anamnestice dela o altă persoană și numai în cazuri dubioase facem esofagoscopie. Dacă după endoscopie negativă bolnava spune că a expectorat corpul străin pe care noi nu l-am putut extrage, să nu ne mirăm căci aceste sunt histerice veritabile, care au căzut în credința unei vindecări încrezute.

Prognosticul. Deși uneori corpul strein este tolerat decenii întregi, mai ales dacă forma și dimensiunile permit pasajul alimentelor, totuși putem să spunem că orice corp strein esofagian ori imediat ori tardiv poate să fie fatal. De aceea prognosticul este totdeauna serios. Corpurile străine mici cu suprafață și margini netede, au posibilitatea să se desinclaveze și să alunece în stomac, de unde vor eși prin fecale. Corpurile voluminoase și mai ales cele neregulate sau ascuțițe, au un prognostic mai grav din cauza posibilităților de complicațiuni. Chiar dacă s'au eliminat spre stomac, pânăce sunt în organism reprezintă un pericol permanent pentru purtătorul lor. Orice corp străin fie regulat, fie neregulat dacă rămâne mult timp în esofag, produce exulcerarea peretelui esofagian, care după extracția corpului străin va fi sediul unei stricturi. Dacă s'a produs o perforație sau o fistulă putem aștepta posibilitățile cele mai serioase,

cum sunt mediastinita sau hemoragia internă fatală. Numai perforația esofagului cervical nu este o complicație obligat mortală; deși gravitatea ei este mare, se vindeca după o intervenție externă rapidă.

Profilaxia. Deoarece lupta împotriva bolilor microbiene nu este totdeauna urmat de rezultatul dorit, toți medicii, autoritățile sanitare, administrative și culturale sunt datori ca să înlăture celelalte cauze de îmbolnăvire a organismului, tot așa de periculoase ca și cele produse de microbi. Între aceste cauze, pe lângă accidentele de răniri, căderi, sunt și cazurile de corpi străini esofagieni, care pot cauza de multe ori moartea bolnavului. Accidentele înghițirii corpurilor străini se pot evita cu mare ușurință și depinde numai de voința și puterea noastră. Profilaxia are o importanță considerabilă și la adult, dar are un teren mult mai mare la copil. Adultul trebuie să se obișnuască ca să nu introducă altceva în gură afară de alimente. Statistica lui *Ch. Jackson* arată că din alimentele propriu zise, numai 3% survin între corpii străini esofagieni, dar atunci erau insuficient măsticate. Pregătirea alimentelor are o importanță considerabilă; trebuie să eliminăm părțile solide ale alimentelor, cum sunt oasele, sămburi și să evităm introducerea accidentală în alimente a acelor, cuielor, bucăților de porțelan etc. Importanță este educarea muncitorilor de a nu ține cuiile în gură și este recomandabilă întrebuințarea cutiilor de cuie alimentate automat. Înaintea operațiunilor îndepărtarea protezelor dentare nu trebuie niciodată uitată. La copii supravegherea trebuie să fie conștiincioasă în vârsta preșcolară, mai ales în timpul dentiției și când copilul începe să se joace. Fiindcă cele mai multe cazuri survin la copiii dela țară, trebuie atrasă atenția marelui public țărănesc asupra pericolul corpurilor străini. Până la înființarea leagănelor sau căminelor de zi, unde mamele muncitoare să-și poată lăsa copii în timpul muncii, este de neapărată nevoie de a stimula supravegherea individuală și familiară prin sfaturi, conferințe etc. O măsură importantă de prevenire ar fi înmulțirea serviciilor pentru boli de nas, gât și urechi pe lângă fiecare spital județean, unde se poate crea cu ușurință un post de broncho-esofagoscopie. Această idee ar trebui realizată la noi, unde serviciile de specialitate

medico-chirurgicală sunt puțin numeroase și unde n'au instalată necesară pentru diagnosticul și tratamentul corpiilor străini.

Tratamentul. Orice metodă de tratament trebuie să urmărească un singur principiu: extracția cât mai rapidă a corpului străin în așa fel, ca integritatea anatomică și fiziologică a esofagului să fie cât mai puțin riscată. Extracția poate fi executată prin căile naturale și artificiale.

Extracția prin căile naturale. După Ch.-Jackson orice corp străin care a penetrat în esofag prin gură, poate fi scos pe aceeași cale, afară de aceia cari au perforat peretele esofagian, dar aceștia nu mai sunt corpi străini esofagieni.

Procedeele oarbe de extracție, executate cu panierul lui Gräfe, umbrela lui Fergusson, pensa lui Bondi, cârligul lui Kirmison, trebuesc complect părăsite din două motive: rezultatul terapeutic furnizat de ele este aproape nul, în schimb perforațiuni și alte traumatisme, mergând câteodată până la denudarea corpurilor vertebrale, sunt foarte frecvente. Totuși unii medici, mai ales cei dela provincie, încă întrebuintează aceste metode oarbe endo-esofagiene, siliți fiind de dramatismul împrejurărilor și de insistențele bolnavilor și a familiilor lor. Metoda cea mai bună este să nu ne lăsăm influențați și să nu intervenim, căci riscurile sunt mult mai mici dacă așteptăm chiar zile întregi, când corpul străin poate fi extras prin instrumente moderne lipsite de pericol. Până la timpul extracției e bine să administrăm subnitrat de bismut sec, 0,40 gr. în fiecare oră, care aderă de suprafețe denudate. La primele doze putem administra cu succes calomel.

Metoda de împingere în stomac cu ajutorul sondelor, fiind o metoda oarbă, care nu urmărește nici principiul extragerii, trebuie părăsită. Impingerea esofagoscopică în caz de corp străin neted, când extracția nu reușește, este practicat numai de unii autori.

Vomitivetele sunt ineficace și periculoase, mai ales în cazul corpiilor străini cu asperități.

Corpii străini voluminoși, opriți la orificiul superior al esofagului, pot fi extrași cu o pensă incurbată, sub controlul degetului, însă numai după o explorare radiologică și cu oglinda laringiană. La copil mic se execută fără anestezie,

la cei mai mari sub anestezie locală. *M. Sargnon* susține că este o metodă excelentă și rapidă, aplicabilă mai ales la copii, la cari se poate utiliza chiar și în esofagul cervical.

Extracția esofagoscopică este metoda cea mai sigură și totodată puțin periculoasă. Înainte de războiu mortalitatea esofagoscopiei pentru extracția corpurilor străini era 3%, însă astăzi este mult mai scăzută în urma perfecționării tehnicii. Totuși nu este și nu va fi un esofagoscop absolut nepriemios, fiindcă chiar și o sondă gastrică flexibilă poate să producă o perforare. Astăzi toți endoscopiștii sunt de acord, că esofagoscopia nu este periculoasă, dacă se face sub controlul vederii și operatorul are destulă abilitate.

Esofagoscopia este indicată oridecâte ori se știe sau se bănuiește existența corpului străin. Contraindicație absolută pentru extracție esofagoscopică a corpurilor străini, nu există. În caz de anevrism, afecțiuni cardiace și vasculare, hipertensiune, apoplezii în antecedente, esofagoscopia prudentă, în scop de extracție, nu este contraindicată, dar trebuie executată cu rezerve și atenție pentru alte afecțiuni esofagiene. În caz de hemoragii recente, esofagite acute, înaintea extracției bolnavul trebuie reconstituit atât general cât și local. Esofagoscopia este de prisos în stadiile foarte avansate ale complicațiilor grave.

Pregătirea bolnavului pentru esofagoscopie este ca și la orice operație. Bolnavul va lua o baie și intern un purgativ. Gura se spală cu alcool 25%, protezele dentare se scot. Pentru a preveni vărsăturile, bolnavul să fie a jeun sau cel puțin 5 ore înaintea operației să nu mănânce nimic. Dacă stomacul este gol și absorbția cocainei este diminuată. Vom examina fiecare organ. În caz de nefrită facem un tratament preoperator pentru a preveni edemul glotic. Vom fi precauți în caz de anevrism, tbc. pulmonară, hemofilie. O atenție deosebită merită diverticulele esofagiene, căci alimentele pot fi regurgitate și aspirate în trachee chiar în timpul extracției. De aceea evacuăm esofagul fie prin excitarea bazei limbii, după ce bolnavul a băut un pahar de apă, fie prin aspirare sau tamponare în timpul esofagoscopiei. Dacă bolnavul este deshidratat și denutrit trebuie remontat prin infuzii subcutanate de ser fiziologic și clisme nutritive. Natu-

ral, aceste precauții nu le putem lua în cazurile urgente. În-să cazul poate să fie ori cât de urgent, înaintea esofagoscopiei vom face totdeauna o examinare minuțioasă a laringelui și a faringelui.

Pregătirea instrumentelor se face după regulile asepsiei. Lângă esofagoscop, totdeauna trebuie pregătit un laringoscop și un brochoscop, fiindcă corpul străin poate fi găsit în căile aeriene sau respirația poate să se oprească din diferite cauze, când însuflația bronchoscopică de oxigen salvează bolnavul fără tracheotomie. Totuși prezența instrumentelor de tracheotomie, asigurându-ne contra eventualităților neprevăzute, nu strică. Esofagoscopia nu o facem nici odată în scop explorator, deci pregătirea instrumentelor de extracție este de sine înțeles.

Dintre esofagoscoape sunt recomandabile cele cu calibrul mai larg, lung și făcute dintr'o singură bucată. Un tub larg extinde bine esofagul, ușurând extracția, iar cu tub lung devine posibilă explorarea întregului esofag. Tubii Brunnings, constituiți din piese separate, nu sunt recomandabili. Dar trebuie știut că un tub prea larg, pe lângă că este mai greu de introdus, amenință bolnavul cu asfixie. De aceea trebuie totdeauna să alegem tubi anume făcuți pentru copil sau adult. Pentru corpi străini din esofagul cervical, *Ch. Jackson* preconizează speculul esofagian. Aspiratoarele și tampoanele sunt indispensabile pentru îndepărtarea secrețiilor. Sursa luminoasă să fie totdeauna electrică și este bine ca curentul să fie furnizat de o baterie compusă din pile seci. Întrebuințarea curentului urban prin intermediul reostatelor nu este fără pericol, fiindcă există posibilitatea stabilirii unui scurt circuit prin bolnav.

Anestezia. Vom întrebuința acel anesthetic care este indicat și niciodată peste cantitatea minimă necesară. Indicația anesteziei se face particular după caz și trebuie știut când să se aplice anestezie generală, locală sau nici una.

În majoritatea cazurilor esofagoscopia este posibilă fără nici un anesthetic, atât la adult, cât și la copil, dacă operatorul are destulă paciență și poate sugstiona bolnavul ca să fixeze atenția asupra unei respirații regulate și profunde. Anestezia generală este indicată în cazul corpurilor străini vo-

luminoși și ascuțiți, cu scopul de a relaxa esofagul spasmodiat. Este o eroare de a întrebuița în fiecare caz anestezia generală; după Brünings, operatorul care n'are destul antrenament de a introduce tubul fără anestezie generală, n'are dreptul de a se servi de aceasta pentru a coriga defectele lui de tehnică. E bine să întrebuițăm eter, protoxid de azot, ca puțin periculoase și să eliminăm complet clorofomul foarte primejdios în esofagoscopie. La copil să nu asociem niciodată anestezia generală cu derivatele de opiu (morfină, pantopon), care la ei sunt paralizante pentru centrul respirator. La adolescenți și adulți, la cari este chiar utilă această combinație, alături de opiacee putem adăuga și derivate de atropină (scopolamină), dar numai lângă o anestezie cu eter; în modul acesta vom obține nu numai diminuarea secrețiunilor dar și excitarea centrului respirator.

Anestezia locală se întrebuițează numai la adult, pentru a reduce reflexele de vomă și tuse. Fiindcă numai extremitatea superioară a esofagului este sensibilă, este inutilă anestezia întregului canal. În general se întrebuițează cocaina 10%, unii preferă pantocaina 2%. Technica lui Ch. Jackson este următoarea: cu soluția 8% de cocaină (tamponul fiind prins în pensa laringeană al lui Sajous) se badijonează laringo-faringele, fără oglindă, servindu-ne numai de senzația tactilă. După 2 minute se introduce un specul esofagian și se badijonează cu soluția 20% de cocaină fața anterioară și posterioară a epiglotei, apoi sinul piriform drept, unde tamponul aplicat pe un port-tampon drept este lăsat un minut. Examinarea se poate începe după 1 minut. Brünings pe lângă badijonare întrebuițează și siringa. Orice anestezie în cursul esofagoscopiei înseamnă un pericol mare pentru bolnav, mai ales dacă este copil. S'au observat la copii ca și la adulți morți subite în cursul anesteziei locale prin simplă badijonare cu cocaină. În aceste cazuri bolnavul de regulă avea „status timico-limfaticus“. În cursul anesteziei generale survine oprirea respirației, care este fie reflexă (spasm glotic), fie mecanică (tub + corpul străin). Fiindcă această ultimă modalitate este mai deasă, se recomandă anestezia prin metoda de insuflație de eter cu apa-

ratul lui Elsberg, prin care tubul asigură o circulație continuă de aer. Respirația încă poate fi ușurată prin ridicarea osului hioid cu mână (*Ellen Patterson*) sau prin extensia forțată a capului (*Hobart A. Haré*).

Poziția cea mai bună a bolnavului este cea culcată: ea permite menținerea fixă a bolnavului și eliminarea ușoară a secrețiilor.

Trebue să avem în vedere că esofagul dirijându-se în jos și îndărăt, urmărește direcțiunea coloanei vertebrale. De aceea când extindem capul îndărăt, să *nu extindem* și coloana cervicală, pentru că se produce o convexitate înainte a acesteia, ceace este un obstacol mare în endoscopie. Extensiunea corectă se face din articulația atlanto-occipitală, pe când coloana cervicală trebue inclinată înainte. Poziția lui Boyce satisface fiecare cerință: capul, care împreună cu umerii este „în aer“, trebue susținut de mâna stângă a unui asistent. Mâna stângă se sprijine pe genunchiul stâng al asistentului, iar piciorul stâng este pus pe un mic scăunel al cărui șezut este cu 62 cm. sub nivelul mesei. Extensiunea și susținerea se face de mâna stângă, a cărei police e pe frunte, iar degetele sub occiputul bolnavului. Mentonul va privi în sus, fruntea în jos și îndărăt, iar gâtul și capul în întregime vor fi ridicați în sus. Mâna stângă împiedecă orice rotație a capului. Mâna dreaptă este trecută în partea stângă a capului și ține deschisă gura. Operatorul la început stă pe picioare, iar când explorează partea inferioară a esofagului, se așează pe un scăunel rotativ. La copilul mic neîntrebuințându-se nici o anestezie, acesta trebue menținut fix. Câteodată vom avea nevoie de 3 persoane și este bine de a înveli copilul într-un cearceaf. Poziția șezândă (*Mourel*) numai atunci este bună, dacă capul e menținut fix, nepermițându-i nici o mișcare laterală. Poziția genu-pectorală al lui Bensaude este rar aplicată.

Introducerea tubului în poziția lui Boyce se face foarte ușor după metoda „haut-basse“ al lui Ch. Jackson, pentru că această metodă se adaptează la circumstanțele anatomice. Are 4 stadii și este numită „haut-basse“ fiindcă în primii trei timpi capul pus în extensie, este ridicat cu 15 cm. deasupra mesei, iar în ultimul timp se scoboară până ce occi-

putul este puțin mai jos de nivelul mesei. Esofagoscopul se introduce fără mandren sub controlul vederii. În *I-ul stadiu* tubul penetrează în sinul piriform drept. Tubul ținut în mână dreaptă și ajutat de cea stânga, este introdus înapoia limbii, extremitatea proximală fiind ridicată. Mânerul trebuie să privească spre plafon. Punem ochiul la tub și căutăm epiglota și înapoia ei eminența aritenoidiană dreaptă, care este reperul cel mai important, căci sinul piriform se găsește înapoia și pe lăturile ei. Pătrundem în sinul piriform drept și după 2—3 cm. esofagoscopul se oprește la strictura crico-faringiană (gura esofagului), închisă de un spasm. *Stadiul al II-lea* sau *pasajul crico-faringian* este cel mai dificil, mai ales dacă bolnavul nu este adormit. Nu vom întrebuița forța, ci numai o presiune legeră dar constantă. Aici lumenul dispare, nu se vede numai un perete solid de mucoasă. Pentru a-l descoperi se ridică extremitatea distală a tubului și se aduce în linia mediană a corpului. Totodată spunem bolnavului ca să inspire profund. *Stadiul al III-lea*, adică trecerea prin esofagul toracic, se face ușor. Stricturile aortică și bronșică sunt net vizibile. După aceste stricturi lumenul esofagului are tendința de a dispărea înainte, ceace indică deja *stadiul al IV-lea* sau trecerea prin hiat. Ne aducem aminte că esofagul inferior are direcție înainte și la stânga. De aceea capul trebuie lăsat în jos și apoi deplasat orizontal la dreapta (fără rotație) pentru a aduce esofagoscopul în axa esofagului inferior. În aceste stadii avem nevoie de o colaborare armonica între operator și asistentul care ține capul. Strictura hiatului are aspectul unei rozete, din care cauză unii confundă hiatul cu cardia și au presupus existența unui sfincter cardiac. Cardia se găsește mai jos și nu se prezintă ca o strictură, aspectul lui este caracterizat prin prezența mucoasei gastrice plicaturate, de culoare roșie-vie. Culoarea esofagului este ca și a mucoasei bucale.

Introducerea esofagoscopului Brunnings și Kahler este asemănătoare. Brunnings preferă poziția șezândă, deși rar întrebuițează și cea culcată; pentru copii face anestezia generală, iar pentru adulți anestezie locală cu cocaină.

Extracția corpilor străini nu se poate executa după un procedeu rigid. Situația variind dela caz la caz, și modul

extracției trebuie să se adapteze circumstanțelor date, așa încât reușita operației depinde foarte mult de ingeniositatea medicului. Primul scop este căutarea și recunoașterea corpului străin. Servind acest scop vom curăți tot esofagul prin aspirare sau tamponare. Alimentele trebuiesc ridicate cu precauțiune pentru că ele se opresc de regulă acolo, unde este corpul străin. Trebuie remarcat, că foarte frecvent reperajul corpului străin este mult mai dificil decât extracția însăși (prof. G. Buzoianu).

Dacă dimensiunile corpului străin sunt destul de mari, pentru a destinde esofagul, mucoasa acestuia din urmă va acoperi din el o parte la margini. Din această cauza, când tubul se apropie de corpul străin, din acesta nu va apare numai partea centrală neacoperită. Când tubul a ajuns în strânsă apropiere a corpului delict, mucoasa va fi destinsă și corpul străin devine larg vizibil. Din acestea rezultă că orice corp străin numai atunci poate fi prins și extras când gura tubului s'a apropiat perfect de el; prinzând și extrăgând dela distanță, riscăm să smulgem o bucată din mucoasă, care acopere o parte din corpul străin. Obiectele netede (monede și asemănătoare) nu trebuiesc apropiate prea mult, pentru că tocmai destinderea mucoasei va ajuta desinclavarea și penetrarea lor în stomac. O regulă generală este, ca corpurile neregulate și ascuțite trebuiesc aduse *în tub* în așa fel ca axa lor longitudinală și axa tubului să cadă în aceeași direcție. Corpurile netede dacă au dimensiuni mari, pot fi extrase *cu tub*, în aceeași mișcare.

Obiectele ascuțite, transversal fixate, trebuiesc prinse de una din extremități și nici odată la mijloc. Partea care apare prima dată cum am văzut, este tocmai cea mijlocie, din care cauză noi trebuie să descoperim unul dintre vârfurile, acoperite de mucoasă. Dacă o extremitate este bontă (ac cu gămălie), prindem aceasta, astfel ca partea opusă ascuțită să privească în jos.

Acul de siguranță deschis, cu vârful în jos, după ce a fost prins nu trebuie mișcat, ci vom cobori tubul pe el. Dacă vârful este în sus, acul trebuie închis cu ajutorul aparatului de închidere anume construit. În cazul acelor de siguranță larg deschise la copii, Ch. Jackson preconizează metoda de

impingere în stomac cu o pensa specială de rotație, cu vârful în formă de cârlig. În stomac acul se va întoarce cu vârful în jos și extracția devine ușoară. Tot așa procedează în cazul cârligelor și a cuielor cu 2 brațe. Dacă corpul străin este voluminos (oase, carne), avem nevoie de anestezie generală pentru a relaxa complet esofagul. Fragmentarea corpului străin este necesară numai atunci, dacă lângă voluminositate are și asperități (proteze cu 2—3 cârlige). Corpii străini care au șezut mult timp în esofag, sunt greu de extras din cauza reacției cicatriciale.

Extracția prin speculul esofagian este mai ușoară pentru corpii străini cari sunt situați cu un centimetru la copil și cu 2 cm. la adult sub bordul inferior al cricoidului.

Dacă corpul străin a ajuns în țesutul esofagian sau periesofagian intratoracic, nu este admis a-l urmări prin incizie; cel mult putem face o explorare instrumentală a plăgii, dar numai dacă radiografia arată o așezare superficială.

Extracția prin esofagoscopia radiosopică nu ne aduce servicii mari. Pentru că în esofag fiecare cm. se poate explora sub controlul vederii. După *Paterson* esofagoscopia radiosopică a cauzat numai accidente: împreună cu corpul străin se prinde foarte ușor și mucoasa. Ne ajută însă în caz de corp străin intra-diverticular sau ajuns în afară esofagului.

Foarte des corpul străin *nu se poate descoperi* prin esofagoscopie, deși se vede prin radiografie. Cauzele sunt multiple. Obiectele mici (ace) se ascund între pliurile mucoasei și nu se găsesc mai ales, dacă se întrebuițează un tub subțire. Corpii străini mai mari, ca monede, se ascund adesea sub plica crico-faringiană, care-i acopere și mai mult când tubul ia drumul în jos. De aceea explorăm bine regiunea aceasta când retragem tubul. Alte posibilități sunt ascundere în sinul piriform neexplorat sau mascarea de către secreții și sechele inflamatorice.

Extracția corpului străin pe cale artificială după *G. Laurens* este indicată: dacă esofagoscopia n'a dat nici un rezultat; dacă corpul străin pe lângă că este neregulat și nu se poate ridica sub controlul vederii, a și stat mult timp în esofag; și dacă sunt leziuni grave ale peretelui esofagian,

traduse prin hemoragie și halenă fetidă, deci pericolul perforării. — *Esofagotomia externă cervicală*, în aceste cazuri, mai ales dacă se atașează și un emfizem subcutanat, este indicată nu numai în scop de extragere, dar și pentru tratamentul complicațiilor. După operația tratamentul post-operator trebuie să fie foarte minuțios, căci complicațiile post-operatorii sunt frecvente (*I. M. Sobol*). Intervențiunea este serioasă, mortalitatea la adult fiind 20%, iar la copil 42%. Esofagotomia toracică trebuie părăsită având o gravitate extraordinară. — *Gastrotomia* se face fie în scop de extracție prin esofagoscopie retrogradă, fie pentru extracția corpului străin voluminos, ascuțit din stomac.

Tratamentul complicațiilor. Dacă s'a produs o plagă sau o exulcerare, se administrează bismut sec 0.40 gr. în fiecare oră. La primele doze atașăm și calomel, care trebuie suprimat dacă intestinul nu-l suportă. În esofagite flegmonoase circumscrise este indicată intervenția prin esofagoscopie. În esofagita superficială și ulceroasă tratamentul constă în regim lichid sterilizat, bismut, desinfectarea gurei cu alcool 25%. — În emfizemul subcutanat punționând pielea în mai multe locuri, nu intervenim numai în cazurile rebele; emfizemul de regulă se vindecă după închiderea porții de intrare.

Stricturile consecutive se tratează după procedeul obișnuit. Pleurezia putridă după perforare pleurei, poate fi oprită prin pleurotomia precoce. În caz de mediastinită acută și orice altă infecție se aplică un tratament antiinfecțios și simptomatic corespunzător.

OBSERVAȚIUNI CLINICE.

Observația I. Copilul R. B. în vârsta de 5 ani, a înghițit cu 7 zile înaintea prezentării sale la Clinica O. R. L. din Cluj (8 Dec. 1935) o monedă de 1 Leu.

Din acest moment nu se mai poate alimenta decât cu lichide. Alimentele nelichide sunt refuzate. Deși părinții care l-au adus la clinică, știau că copilul a înghițit un ban au temporizat să-l prezintă timp de 7 zile, sperând o eventuală spontană ameliorare a dificultăților de alimentare. Sosit la clinică, copilul este trimis imediat pentru precizarea existenței unui corp străin și pentru sediul acestuia, la radioscopie.

Examenul radiosopic precizează prezența unei monede metalice în esofag în dreptul manubriului sternal, așezat în poziție frontală pe peretele posterior al esofagului, deoarece bariul trece prin fosa sa, în poziție laterală. Ne rămâne deci să procedăm la o esofagoscopie pentru scoaterea monedei. Cu tubul esofagoscopic mic se pătrunde (*prof. Buzoianu*) sub anestezie generală cu ușurință în esofag. Explorarea esofagului dela gură până la cardia nu întâmpină în nici'un obstacol. Extremitatea distală a tubului esofagoscopic atât la coborîre spre cardia cât și la retragerea sa înapoi nu poate preciza prezența monedei, localizată prin radiosopie în esofag. Tentativa rămânând înfructuoasă s'a presupus că tubul metalic al esofagoscopului a împins moneda spre stomac, eventualitatea frecvent întâlnită în cazul corpiilor străini fără asperități. Pentru confirmarea acestei eventualități s'a repetat din nou examenul radiosopic. Spre surpriza mare, umbra metalică a banului era la același nivel. Însă între bariu care curge pe esofag și ban se observă într'o anumită poziție un interval liber lineer. S'a considerat deci banul inclus într'un diverticul al mucoasei. Nu rămâne deci decât o nouă încercare minuțioasă cu esofagoscopul. La examenul nou s'au cercetat amănunțit toate plicele mucoasei esofagiene, îndreptând capătul tubului în toate direcțiile. A trebuit o $\frac{1}{2}$ oră pentru a putea zări la un moment dat un reflex metalic între plicele mucoasei peretelui posterior. Prin aplicare succesivă de adrenalină $10/00$ la acest nivel, se descopere o margine a monedei, se fixează în bună poziție și extrage imediat cu ușurință. Este vorba de o monedă de 1 leu inclavat într'o pungă a mucoasei peretelui posterior, la care dificultatea a constat nu în extragere propriu zisă, ci în găsirea ei în esofag.

Observația II. Operator *prof. G. Buzoianu*. Cazul acesta aparține unui copil în vârsta de 3 ani, M. I., din comuna Mociu, jud. Cluj, care a înghițit cu 6 zile înainte (16 Dec. 1935) o monedă de 1 leu. Moneda este reperată la radiosopie în dreptul marginii superioare a manubriului sternal și se găsește așezată în sens frontal, însă copilul refuzând să ia bariu nu se poate preciza fixarea ei pe peretele anterior sau posterior. Esofagoscopia executată în urma acestui examen radiosopic reperează fără multe tatonări banul căzut în esofag. Se aplică un tampon muiat în adrenalină $10/00$ pentru a decongestiona mucoasa și a pune mai bine în evidență corpul străin. Se prinde bine banul și fiindcă tubul avea dimensiuni mici, se extrage, solidarizând pensa cu tubul, cu aceeași mișcare de extragere.

Observația III. Operator *prof. G. Buzoianu* Este vorba de un copil în etate de 5 ani din Cluj, venit la clinică la 20 Oct. 1936. Părinții spun că înainte cu 2 ore băiatul a înghițit o monedă de un leu și deatunci are disfagie și dureri retro-sternale. În antecedente nu s'a găsit ceva important în raport cu accidentul actul. Se procedează imediat la esofagoscopie, bolnavul fiind în poziție culcată și sub anestezie generală. La o adâncime de 21 cm. apare o cantitate abundentă de secreție, care este îndepărtat după o tamponare îndelungată. Imediat apare moneda, dar în momentul, când se introduce pensa, se desinclavează și dispăre. Apare o nouă cantitate mare de secreție. S'a produs un reflex de vomă, care a cauzat desinclavearea corpului străin și un reflux de suc gastric în esofag. După o nouă tamponare se pătrunde până în stomac dar corpul străin nu se găsește în esofag. Controlul radiologic arată prezența monedei în stomac. Copilul se ține sub observație și se constată eliminarea monedei numai după 3 zile prin scaune.

Observația IV. Operator *Dr. D. Ionescu.* B. A. de 18 ani, în ziua de 14 Dec. 1936 se prezintă la ambulanța Clinicii O. R. L. din Cluj. Bolnavul ne spune că înainte cu șase ore, mâncând carne, a simțit că un bol alimentar mai mare se oprește și totodată apare și o senzație de presiune retro-sternală. Din antecedente reese că la vârsta de 12 ani, din greșală a luat sodă caustică, în urma căreia a rămas cu stricturi esofagiene, neputându-se alimenta decât cu lichide și semilichide.

Procedând la stabilirea nivelului stricturii, se constată că sonda No. 10. se oprește la 25 cm. de la nivelul arcadai dentare superioare. După aceea se introduce fără nici o dificultate esofagoscopul tip Brünings sub anestezie locală cu cocaină 10% și poziție culcată. La nivelul stabilit se descoperă cu ușurință un bol alimentar mare, care obstinează întregul lumen al esofagului. Bucățile mici au fost îndepărtate separat cu ajutorul pensei, iar partea cea mare a fost prinsă și extrasă împreună cu tubul. După intervenția strictura bolnavului a fost tratată prin dilatări progresive, pentru a preveni recidivele de corp străin.

Observația V. Operator *Dr. D. Ionescu.* Copila F. A. de 3 ani, în ziua de 5 Ianuarie 1937, a fost adusă la Clinica O. R. L. din Cluj. Întrebând pe aparținătorii, reese că bolnava înainte cu $\frac{1}{2}$ an a băut din greselă sodă caustică. După acest accident s'a vindecat în aparență complect și s'a putut alimenta bine. Însă de 2 zile, copila mâncând cu lăcomie carne, după înghițirea mei bucăți destul de mari a semnalat durere și n'a mai putut deglutiționa nimic. Atât lichidele cât și solidele au fost regurgitate. Această stare a

bolnavei a ținut 2 zile, când neobservând nici o ameliorare, au adus o la clinică.

La prezentare copilul este foarte debilitat din cauza deshidratării și denutriției avansate. Nu s'a temporizat nimic, imediat i s'a făcut esofagoscopie, reușind să introducă esofagoscopul mic fără nici o anestezie, în poziția culcată. La o profunziune de 16 cm. se descoperă bolul alimentar, care ocupă întregul lumen al esofagului. Bucata cea mai mare a fost extrasă cu pensă, iar bucățile mici, intrate deja în descompunere au fost îndepărtate prin tamponare.

Inspectând strictura, se observă că nu este o strictură prea exprimată. Din această cauză bolnava s'a putut alimenta după înghițirea sodei caustice, fără nici o dificultate. A trebuit să intervină un bol alimentar mai mare ca să se instuleze o disfație completă.

Observația VI. Operator *Dr. Șt. Gârbea*. Fetița D. M. D. în etate de 5¹/₂ ani este adusă de părinții ei la ambulanța Clinicii noastre în ziua de 27. I. 1937, la 4 ore după înghițirea unei monede de 5 lei. În antecedente nu s'a găsit nici un moment mai important în legătură de cauzalitate cu oprirea monedei în esafog. Astfel că fetița deși nu prezintă nici un simptom mai alarmant totuși părinții de teama vreunei complicații au adus-o la clinică. Cum serviciul clinice nu dispune deocamdată de o instalația radiologică, pentru a preciza sediul corpului străin, se trece deodreptul la esofagoscopie. Fetița comportându-se foarte liniștit nu necesită nici un fel de anestezie. Se exponează foarte precaut esofagul în toată lungimea lui cu tubul Brunnings No. 25 cm × 10 mm. și cu tubul adaos, fără ca moneda să poate fi observată. Se presupune desinclavarea corpului străin și pătruderea lui în stomac, ceace s'a și confirmat printr'un control radiologic ulterior.

Cazul acesta împreună cu observația III-a ne arată, ușorința cu care uneori copii străini netezi, în special monedele, se desiclavează pătrunzând spre stomac chiar și atunci când enfagoscopia se face fără anetezice.



CONCLUZIUNILE.

1. Orice substanță de origine vegetală, animală sau minerală, care din diferite cauze se oprește în esofag, devine corp străin al acestui canal. Între cauzele opririi în afară de forma, elasticitatea și dimensiunile corpului străin, enumerăm stricturile incomplete și paraliziiile esofagiene.

2. Simptomele clinice variază după volumul, forma și nivelul opririi corpului străin. De cele mai multe ori observăm sindromul esofagian (disfagia, durerea și regurgitarea), la care mai rar să se adaugă suferința aparatului respirator (tusea, dispneea, răgușeala).

3. Complicațiunile sunt imediate sau tardive, interesând atât esofagul cât și organele din jur.

4. Diagnosticul corpului străin esofagian se bazează pe comemorative, pe examenul esofagoscopic și examenul cu razele X; anamneza și simptomele ne ajută numai. Diagnosticul prin cateterisme oarbe, trebuiește părăsit fiind periculos.

5. Orice corp străin fie imediat, fie tardiv, poate cauza moartea bolnavului prin complicațiuni grave (mediastinite, abcese pulmonare, pleurezii purulente, perforări vasculare).

6. Profilaxia are la copil o importanță mult mai mare decât la adult. Profilaxia se impune în practică prin supravegherea și educarea copilului (în familie, în căminuri, școli) și înmulțirea serviciilor de broncho esofagoscopie.

7. Tratamentul consistă în extracția esofagoscopică sub controlul vederii. Modul extracției variază după cazul dat și depinde mult de intuiția operatorului și de perfecționarea instrumentală pe care o are la dispoziție. Esofagotomia cervicală se aplică numai în cazurile bine indicate și foarte rare. Procedeele oarbe de extracție trebuiesc părăsite.

Decanul facultății :
(ss.) Prof. Dr. Michail.

Președintele tezei :
(ss.) Prof. Dr. Buzoianu.

BIBLIOGRAFIA.

1. *M. Aloin*: Corps étrangers de l'oesophage chez un aliéné. Oesophagotomie. Les annales d'oto laringologie, No. 7, 1936.
2. *M. Dr. Aubin*: Corp étranger oesophagien Les annales d'oto laringologie, No. 4, 1936.
3. *Prof. G. Buzoiauu*: Corpi străini ai căilor aerò-digestive superioare extrași prin broncho-esofagoscopie. Spitalul No. 4, Aprilie 1936.
4. *Dr. G. Buzoianu și Caramzulescu*: Corp străin esofagian. Mediastinită, moarte (cu prezentarea piesei). Revista română de O. R. L., No. 1, 1934.
5. *Prof. G. Buzoianu în colaborare cu docent V. Fotiade*: Considerațiuni asupra esofagoscopiei în tratamentul cardiospasmului. „Spitalul“, No. 6, Iunie 1927.
6. *Prof. G. Buzoianu*: Corpi streini ai esofagului (monede) extrase prin esofagoscopul la copii de 5 ani și 3 ani. Soc. Șt. Medicale, Cluj, 11 Ianuarie 1936, Clujul Medical, pag. 179, Martie 1936.
7. *M. Demaldet*: Migration anormal d'un corp étranger oesophagien. Les annales d'oto laringologie, No. 4, 1936.
8. *Desjacques et Sargnon*: Corp étrager de l'oesophage chez un enfant de 4 ans. Oesophagotomie cervicale après echec des manoeuvres endoscopiques. Guerison. Les annales d'oto laringologique, 1933.
9. *E. Escat*: Technique oto-rhino-laringologique, sémiotique et therapeutique, 1911.
10. *D. Fotiade*: Câteva cazuri de corpi străini bronchiali și esofagieni extrași prin endoscopie. Buletinul societății română de O. R. L. 1926.
11. *D. Fotiade*: Corpții străini tracheo-broncho-esofagieni. Rapport, 1927.
12. *M. Gaudi*: Ablation chez un enfant de 10 moins d'une broche à épingle ayant 6 moins dans l'oesophage. Les annales d'oto laringologie, 1933, pag. 228.
13. *M. M. Grivot, Lallmand et Illaire*: Obstruction complete par des produits alimentaires. Les anneles d'oto laringologie, 1933, pag. 231.
14. *Dc. I. Guisez*: La pratique Oto-Rhino-Laringologique, maladies des fosses nasales et des sinus, 1912.
15. *Hațeganu-Goia*: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală.
16. *Dr. Chevalier Jackson (F. A. C. S.)*: Endoscopie (Broncho-

scopie, laringoscopie, Ōesophagoscopie) et chirurgie du larinx. Ōuvrage traduit sur l'edition americaine originale par le Dr. Menier, 1923.

17. *G. Laurens* : *Precis d'oto-rhino-laringologie*, 1931.

18. *Paulo Mangabeira-Alberanz* : *Considerations sur les fistules tracheobroncho-oesophagiens* Les annales d'oto laringologie, 1933, pag. 889.

19. *Prof. N. I. Meşianu și D. I. Nandriş* : Un caz de moarte subită în cursul an steziei locale (badijonaj cu cocaină). Buletinul societății române de O. R. L., No. 1929.

20. *D. Michăescu* : Corp stăin esofagian. Extracție prin esofagoscopie. Revista română de O. R. L., No. 2, 1935.

22. *Rebattu et Euvard* : *Apropos des 3 cas de dentiers de l'oesophage et leur differents mode de sorti.* Les annales d'oto laringologie, 1933, pag. 492.

23. *M. J. Rouget* : *Corps étrangers du cavum.* Les annales d'oto laringologie, 1933, pag. 340

24. *M. Sargnon* : *Quelques cas de corps étrangers pharyngo-esofagieni enlevés à la pince sous le control digital, chez l'enfant et chez adult.* Les annales d'oto laringologie, 1933, pag. 748.

25. *I. M. Sobol* : *Extraction des corps étrangers de l'oesophage au moyen de l'oesophagotomie externe.* Les anneles d'oto laringologie, 1933, pag. 1174.

26. *V. M. A. Soulas* : *Considerations sur les difficultes et les dangers de l'oesophagoscopie et de la bronchoscopie.* Les annales d'oto laringologie, 1933, pag. 103.

27. *Prof. V. Tanturri et Dr. M. Lucioni* : *Les deviations de l'oesophage dans la tbc. pleuro pulmonaire, dans la colapsotherapie du poumon.* Revue de O. R. L., Nr. 3, 1934.

28. *L. Testut* ; *Traite d'anatomie humaine*, 1931.

