

ment du côté malade les veines superficielles dilatées, pelotonnées, augmentées de volume au point de présenter comme dans un cas de Ruz le diamètre de la veine sous-clavière. Il existe du thrill, du bruissement, et les veines s'affaissent lorsqu'on comprime la carotide primitive. La ligature de la carotide primitive a été essayée deux fois sans succès. Elle ne réussit pas non plus dans les anévrysmes des branches de la carotide externe, particulièrement de la temporale, qui est assez souvent atteinte. Mais ici l'incision et l'extirpation donnent les meilleurs résultats.

3° Anévrysmes de l'artère carotide interne.

La carotide interne présente quelques anévrysmes dans son trajet cervical; elle est aussi affectée plus haut, et l'on connaît notamment un petit nombre d'anévrysmes artério-veineux par communication entre l'artère et le sinus caverneux. Nous nous bornerons ici aux anévrysmes de la portion cervicale de la carotide interne.

§ 1. — Anévrysmes artériels.

Ils sont rares, la plupart spontanés, et ressemblent beaucoup, au point de vue symptomatique, aux anévrysmes de la carotide primitive. Ce sont les mêmes compressions vasculaires et nerveuses, par conséquent les mêmes phénomènes. Par le fait de sa naissance derrière la paroi du pharynx, l'anévrysme tend à faire saillie uniquement dans la cavité pharyngienne. On a donc affaire à une tumeur de l'arrière-gorge, à laquelle il est facile de reconnaître le signe d'une tumeur anévrysmale : des battements sensibles au doigt et à la vue. L'auscultation pratiquée au niveau de la région parotidienne permet d'entendre le bruit du souffle caractéristique.

Ces anévrysmes pourraient être confondus avec les autres tumeurs de l'arrière-gorge; dans un cas observé par Smyne, on aurait cru facilement à un abcès de l'amygdale. Il faut se rappeler que l'arrière-gorge est une région dangereuse, que plus d'une fois la carotide interne a été ouverte là par erreur ou par accident. Il suffira d'ailleurs de songer à la possibilité d'un anévrysme et d'en rechercher les signes pour éviter un pareil malheur. Le traitement est le même que pour la carotide primitive, mais, d'après les relevés de Le Fort

et de Delbet, il ne faudrait guère compter sur la ligature de la carotide primitive. Elle n'a donné qu'une guérison sur 7 opérations.

§ 2. — Anévrysmes artério-veineux.

Depuis longtemps on ne connaît pas de cas nouveaux d'anévrysme artério-veineux de la carotide interne. Leur histoire est basée sur quatre cas, trois traumatiques, appartenant à Joret, Desparanches, Bérard et Giraldès. L'autopsie des malades de Joret et de Giraldès a permis de vérifier la communication avec la veine jugulaire interne. Chez le malade de Giraldès, — qui mourut d'une affection intercurrente — il existait un petit sac anévrysmal entouré d'un exsudat plastique au milieu duquel étaient englobés le nerf pneumo-gastrique et le nerf laryngé supérieur. Le malade avait eu la voix très rauque. Celui de Joret succomba deux ans et demi après la blessure à une bronchite aiguë. Il avait présenté du ramollissement cérébral et des convulsions épileptiformes. La balle qui avait causé la blessure était logée dans la veine jugulaire et adhérait à sa paroi au moyen d'un tissu cellulaire de nouvelle formation.

On peut prévoir que le diagnostic d'avec un anévrysme artério-veineux de la carotide externe sera quelquefois difficile; mais il s'agit là en somme de lésions très rares, et qui précisément ne peuvent être le point de départ d'aucune intervention opératoire. L'expectation simple est de règle absolue.

V

MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Considérations anatomiques. — Les affections chirurgicales des deux parties supérieures du pharynx : pharynx nasal et pharynx buccal, ont été étudiées ailleurs. Nous nous bornerons donc à rappeler ici les principaux caractères anatomiques de la dernière portion du pharynx et de l'œsophage.

Dans sa portion inférieure ou laryngienne, haute de 5 à 6 centimètres, *le pharynx* a la forme d'un entonnoir qui serait assez bien arrondi, si le larynx à sa partie antérieure ne formait une saillie dans sa cavité. Large en haut, au niveau de l'épiglotte et de la base

de la langue, il ne mesure plus que 14 millimètres de diamètre, dans le point où il se continue avec l'œsophage.

L'œsophage commence au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, à 15 centimètres des incisives de la mâchoire supérieure. Il se termine dans l'estomac, au-dessous du diaphragme, après un trajet de 25 centimètres (Mouton). Sa direction est à peu près verticale, mais avec quelques inflexions : d'une manière générale il présente une longue convexité, d'ailleurs légère, du côté droit.

La portion cervicale, seule accessible du dehors, varie très notablement de longueur suivant les individus. Elle ne dépasse jamais 7 à 8 centimètres et peut n'être que de 4 à 5.

Le diamètre du conduit varie notablement. Il est en moyenne de 18 à 20 millimètres. Mais il tombe à 14 millimètres sur trois points, savoir à son origine, au niveau de son contact avec l'aorte, à son entrée dans l'estomac. Ces données ont été obtenues sur le cadavre, par Mouton, au moyen de moulages. La dilatation brusque de l'œsophage porte facilement les points rétrécis à 18 et 19 millimètres.

Au niveau du cou l'œsophage est placé entre la trachée et la colonne vertébrale, dans un tissu cellulaire lâche, abondant. Les récurrents sont en rapport immédiat avec lui, le droit longeant le bord correspondant, le gauche se plaçant sur la face antérieure du conduit. Dans le thorax, il occupe le médiastin postérieur, répond en avant à la bifurcation des bronches et plutôt à la bronche gauche, puis au péricarde, à droite au feuillet droit du médiastin et par conséquent à la plèvre et au poumon droit, à gauche à la crosse de l'aorte et aux branches qui en naissent, en arrière au canal thoracique, à la veine azygos, aux artères intercostales droites, et à des ganglions lymphatiques qui le séparent de la colonne vertébrale (Tillaux).

Le pharynx à sa partie inférieure tend à se rapprocher de l'œsophage au point de vue de sa structure. Rappelons que ce dernier conduit est tapissé par une muqueuse épaisse, dermo-papillaire à épithélium pavimenteux, et qu'il possède une tunique musculieuse très épaisse.

1° Malformations congénitales du pharynx et de l'œsophage.

Du côté du pharynx, un seul vice de conformation, mais des plus curieux : c'est une fistule congénitale, dont on trouvera l'histoire un peu plus loin. (Voyez *Fistules du cou*.)

Du côté de l'œsophage, les malformations sont plus nombreuses. On les range sous quatre chefs :

- a. Diverticules de l'œsophage ;
- b. Rétrécissements et cloisonnements incomplets ;
- c. Oblitération complète et abouchements anormaux ;
- d. Absence d'œsophage.

L'étude du développement de l'œsophage ne fournit pas encore la clef de toutes ces anomalies. Il reste d'ailleurs quelques incertitudes sur ce point d'embryogénie.

Un embryon de quelques jours présente, comme on le sait, l'aspect d'une petite nacelle, dont les deux extrémités seraient pontées. L'espace ponté supérieur forme une cavité, tapissée par le feuillet interne du blastoderme et terminée en cul-de-sac au niveau de l'extrémité céphalique de l'embryon. On l'appelle *aditus anterior* ou *cavité céphalo-intestinale*. C'est le rudiment de la partie supérieure du tube intestinal. Bientôt sur la partie antérieure de ce pont, au-dessous des vésicules cérébrales qui ont pris un grand développement, se creuse une dépression connue sous le nom de *sinus buccal*. A ce niveau le feuillet externe du blastoderme s'invagine et va à la rencontre du feuillet interne qui tapisse l'*aditus anterior*.

La manière dont se font la rencontre et l'abouchement des deux conduits n'est pas encore interprétée de la même façon par tout le monde.

Selon Kœlliker, dont Sappey, Mathias Duval, Cadiat et beaucoup d'autres partagent l'opinion, le pharynx et l'œsophage se développeraient aux dépens de l'*aditus anterior*. Le sinus buccal formerait seulement la bouche et la partie la plus antérieure du pharynx. Les organes respiratoires apparaîtraient sous la forme d'un tube creux bientôt bifurqué, développé dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'*aditus anterior*.

Selon Ch. Robin, l'*aditus anterior* n'entrerait pour rien dans la constitution du pharynx et de l'œsophage. Cette portion primitive du tube digestif, ne suivant pas l'accroissement rapide que le cou présente à un certain moment chez l'embryon, resterait en arrière. Le sinus buccal, au contraire, s'allongeant de plus en plus à mesure que le cou se développe, formerait le pharynx tout entier. Quant à l'œsophage, il apparaîtrait à l'extrémité du pharynx sous la forme d'un bourgeon creux qui descendrait à la rencontre de l'*aditus anterior*,

tandis qu'en avant de lui, sur la paroi antérieure du pharynx, se montrerait un autre bourgeon d'abord unique et plein, bientôt creux et bifurqué. C'est l'origine de la trachée, des bronches et du poumon. Nous renvoyons à l'article *Fistules congénitales* tout ce qui touche l'appareil branchial de l'embryon.

a. — *Diverticules congénitaux de l'œsophage.*

L'existence des diverticules congénitaux ne semble pas établie d'une façon bien certaine; du moins les auteurs ne mentionnent pas d'autopsies probantes faites chez des enfants. Förster et Wernher les considèrent comme liés à des rétrécissements congénitaux. Pour Virchow, les diverticules *par pulsion* (voyez page 178) siègent constamment à la partie supérieure de l'œsophage, à son union avec le pharynx; ils se développent d'après lui à la suite de l'oblitération incomplète d'une fente branchiale. (Voyez *Fistules branchiales*.)

b. — *Rétrécissements et cloisonnements incomplets.*

On ne les a peut-être pas constatés une seule fois sur le cadavre des enfants; mais on a trouvé, à l'autopsie d'individus plus ou moins avancés en âge, des rétrécissements, tantôt annulaires, tantôt canaliculés, qui semblaient dater de la première enfance, car les individus atteints avaient toute leur vie accusé des troubles de la déglutition. À leur niveau la muqueuse œsophagienne ne présentait du reste aucune altération. Ces rétrécissements siègent surtout à la partie supérieure de l'œsophage, vers son point de jonction avec le pharynx, ou à sa partie inférieure, là où le conduit vient s'aboucher dans l'estomac; mais on en aurait trouvé aussi à la partie moyenne.

c. — *Oblitérations avec abouchements anormaux.*

Ce sont les anomalies les plus intéressantes de beaucoup, et les plus nombreuses. Paul Reynier en rapporte quinze exemples dans sa thèse d'agrégation (1885), Kœnig les décrit d'après quatorze cas. Le plus souvent l'œsophage se trouve divisé en deux portions. La supérieure se termine, vers la portion moyenne de la trachée, par un cul-de-sac musculéux plus ou moins dilaté. L'inférieure, partant du cardia,

remonte vers la trachée et prend fin ordinairement à la face postérieure de celle-ci, au niveau de sa bifurcation. Quelquefois elle s'insère sur une des bronches; on l'a vue remonter à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation des bronches. Là où elle se met en rapport avec le conduit aérien, la portion inférieure de l'œsophage présente presque toujours une ouverture par laquelle elle communique avec lui. On peut, en introduisant un stylet dans le cardia, le conduire à travers la portion inférieure de l'œsophage, jusque dans la trachée et le larynx. Souvent un cordon fibreux joint les deux bouts séparés de l'œsophage; tout moyen d'union peut faire défaut. Chez quelques enfants on a trouvé, avec un œsophage à peu près normal, une fissure trachéo-œsophagienne (Tarnier, Lamb). Le sujet observé par ce dernier vécut six semaines et succomba à une pneumonie. Dans un fait semblable décrit par Houston, l'œsophage présentait au niveau de sa communication avec la trachée un long diverticule qui descendait jusqu'à la bifurcation des bronches.

Il est clair que l'origine de ces diverses anomalies se trouve dans un trouble de l'évolution embryonnaire. Par elles se démontrerait, s'il était nécessaire, la solidarité qui existe entre la trachée et l'œsophage au point de vue de leur développement.

Les enfants qui sont atteints de ces monstruosités en présentent quelquefois d'autres; mais le plus souvent ils sont bien conformés par ailleurs. L'œsophage est-il oblitéré, ils meurent fatalement d'inanition, au bout d'un petit nombre de jours. Ceux qui présentent seulement des fissures trachéo-œsophagiennes ne sont guère mieux partagés. À chaque déglutition, ils introduisent le lait dans les voies respiratoires, d'où des accès de suffocation et une toux au milieu de laquelle le lait qui a pu être avalé se trouve forcément rejeté. S'ils survivent quelque peu, une pneumonie les enlève.

On a pu pendant la vie faire le diagnostic, en tenant compte des symptômes et de ce fait capital qu'une sonde œsophagienne ne peut être poussée à plus de 10 ou 12 centimètres de la pointe de la langue.

Le musée Dupuytren contient quelques pièces intéressantes de cette anomalie, entre autres celles de Périer (n° 75 du catalogue Houel).

d. *Les absences complètes de l'œsophage*, quelquefois de *l'œsophage et du pharynx*, sont rares et liées ordinairement à d'autres monstruosités.

2° Ruptures spontanées. — Varices.

On trouve dans la littérature chirurgicale une douzaine de cas de ruptures spontanées de l'œsophage. Dans les deux tiers des cas, les malades étaient des hommes dans la force de l'âge, mais adonnés à la boisson pour la plupart.

L'accident se produit toujours de la même façon. Le malade a une indigestion à la suite d'un bon repas ou d'un excès de boisson; au milieu des nausées ou des vomissements, il est pris tout d'un coup d'une douleur vive dans la région thoracique et tombe en défaillance. La rupture s'est produite. Le sujet d'une observation célèbre de Boerhaave, l'amiral Vassenaer avait provoqué lui-même les vomissements pour débarrasser son estomac après un repas trop copieux.

A la suite de la rupture se produisent quelques vomissements sanguinolents, et bientôt de l'emphysème au niveau de la base du cou. Ce sont les gaz de l'estomac infiltrés dans le médiastin antérieur qui viennent se montrer là.

Le malade tombe rapidement dans un état d'adynamie profonde. Il respire péniblement, se refroidit, présente une anurie complète et succombe. La mort arrive ordinairement entre vingt-quatre et quarante-huit heures. Dans un cas rapporté par Fitz (1877), elle ne se produisit qu'au bout de six jours.

La lésion anatomique consiste en une rupture linéaire, une fente de l'œsophage, située le plus souvent au voisinage du cardia, et l'entamant quelquefois. La fente peut avoir 1 centimètre à peine ou 5, 5 et jusqu'à 8 centimètres. Elle a toujours été trouvée longitudinale, sauf dans le fait de Boerhaave où elle coupait transversalement l'œsophage. Elle fait communiquer la cavité de l'œsophage avec le tissu cellulaire du médiastin. Parfois la plèvre même est déchirée. Le tissu cellulaire du médiastin, ou la cavité pleurale, contiennent avec une certaine quantité de sang épanché des aliments et des boissons.

Il est difficile d'admettre qu'un œsophage sain puisse ainsi se rompre dans un effort de vomissement. Mais quelle est la lésion prédisposante? On ne peut pas parler ici d'un ramollissement de l'œsophage analogue au ramollissement gélatiniforme de l'estomac.

Cette lésion a été, il est vrai, rencontrée quelquefois, surtout chez des individus qui sont morts après une longue agonie, pendant laquelle le suc gastrique a pu refluer vers l'œsophage; mais rien dans ces données ne peut s'appliquer aux cas qui nous occupent. Ici les malades sont non pas des agonisants, mais des hommes vigoureux (Kœnig). Il est probable que, dans bon nombre de cas, l'œsophage était au moins ulcéré, peut-être atteint de néoplasie.

On ne saurait prescrire aucun traitement chirurgical. Tout au plus pourrait-on songer à placer dans l'œsophage une sonde à demeure.

Les varices de l'œsophage ont été bien décrites et rattachées à la cirrhose hépatique pour la première fois par Fauvel (1858). Klebs, en 1868, fournit quelques détails sur leur anatomie pathologique. Dans ces dernières années les recueils en ont enregistré plusieurs exemples. Dussausay, en 1877, fit des varices œsophagiennes le sujet de sa thèse inaugurale. Ces varices siègent au voisinage du cardia d'une façon exclusive. La raison en est facile à comprendre. Si l'on compare la disposition des veines à l'extrémité inférieure de l'œsophage et à la partie terminale du rectum, on trouve entre elles une assez grande analogie. La partie inférieure de l'œsophage envoie le sang veineux dans le système porte par l'intermédiaire de la veine coronaire stomacique. Le reste du conduit le déverse dans les veines thyroïdiennes inférieures, péricardiques et dans la grande azygos. C'est ainsi que la partie inférieure du rectum est en connexion à la fois avec la circulation porte par les hémorrhoidales supérieures et avec la circulation générale par les hémorrhoidales moyennes et inférieures. Les mêmes causes produisent aux deux extrémités du tube intestinal les mêmes effets. Lorsque la circulation de la veine porte est embarrassée, le sang qu'elle contient cherche à s'échapper par la circulation collatérale. Il rentre dans la circulation générale en dilatant toutes les veines qui communiquent avec les rameaux porte périphériques. Les individus affectés de varices œsophagiennes sont tous en même temps atteints de cirrhose ou de quelque autre affection conduisant comme elle à l'atrophie du foie. L'hépatite syphilitique a été notée particulièrement dans un bon nombre de cas, et Leduc récemment (1881) a publié un fait intéressant qui se rapporte à ce processus. Il faut citer comme une exception une observation d'Eberth (1880) dans laquelle le foie ne parut en aucune façon altéré. Le seul

symptôme qui appartienne en propre à l'affection est l'hématémèse. Quelques malades vivent pendant des années présentant de temps en temps des vomissements sanguins plus ou moins répétés, souvent accompagnés de mélena. D'autres succombent rapidement à l'hémorrhagie. Leur affection principale ne les met guère en état de résister longtemps.

On a trouvé à l'autopsie les veines œsophagiennes extrêmement dilatées. Dans un fait de Lediberder, leur diamètre atteignait 21 millimètres. Dans un cas d'Eberth, elles avaient le volume d'une plume d'oie ou d'un crayon; elles étaient de plus fortement sinueuses et très serrées. A 2 centimètres environ au-dessus du cardia, on voyait, sur une de ces anses vasculaires très poëminentes, une déchirure de 2 millimètres de long.

Le diagnostic des varices de l'œsophage n'est pas facile. On l'établira avec quelque probabilité, si l'on se trouve en face d'un malade atteint de cirrhose hépatique, si les hématémèses sont répétées et si l'absence de symptômes gastriques permet d'éliminer une affection ulcéreuse de l'estomac.

Il n'y a pas de traitement chirurgical à prescrire. En présence d'un accident, on se bornera aux moyens hémostatiques vulgaires : eau glacée, ergotine, etc. — Mais tant que la cause persiste, et contre elle la thérapeutique est impuissante, il faudra s'attendre à la reproduction des mêmes phénomènes.

3° Affections inflammatoires.

Bornées à la surface de la muqueuse œsophagienne, comme la plupart le sont : œsophagite simple, folliculeuse, pustuleuse, etc., ou bien développées dans l'épaisseur même de la paroi du conduit, œsophagite phlegmoneuse, les inflammations de l'œsophage n'intéressent le chirurgien qu'au point de vue de leurs conséquences éloignées. Elles peuvent toutes donner naissance à des rétrécissements. Nous reviendrons bientôt sur ce point.

La **péri-œsophagite** n'est pas, à vrai dire, une lésion de l'œsophage lui-même. C'est l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire qui l'entoure. Elle est provoquée par des causes diverses, de telle sorte qu'elle doit être envisagée la plupart du temps comme une complication. On la voit se développer lorsque l'œsophage est

perforé par un corps étranger, par la chute d'une eschare, par une ulcération quelconque. Elle peut être le résultat d'un phlegmon adéno-pathique du voisinage, ou prolonger à l'état de simple fusée un phlegmon péripharyngien.

Caulet, qui a décrit cette affection en 1864, lui distingue deux formes, l'une *circonscrite*, l'autre *diffuse*.

Circonscrite, la maladie se termine ordinairement par l'ouverture du foyer purulent, dans la cavité de l'œsophage, après une courte période inflammatoire caractérisée par des troubles locaux : dysphagie extrême, raideur du cou, douleur entre les épaules et des troubles généraux : fièvre plus ou moins vive.

Diffuse, elle se complique de tous les accidents qui appartiennent aux vastes suppurations du médiastin : perforation de la plèvre, du péricarde, et inflammation des organes du médiastin.

Le diagnostic de cette affection serait presque impossible si on ne la soupçonnait pas à l'avance; on pourrait penser à l'œsophagite dans laquelle, il est vrai, la douleur est moins fixe et la dysphagie moins prononcée, à une compression par une tumeur quelconque, à l'hydrophobie dans quelques cas qui s'accompagnent de phénomènes nerveux très marqués; mais, nous le répétons, la péri-œsophagite est presque toujours secondaire, et il sera généralement facile de remonter à la maladie primitive.

Le traitement chirurgical sera forcément peu efficace : on fera des applications émollientes sur le cou; on nourrira les malades au moyen de la sonde œsophagienne, ou avec des lavements alimentaires. On remplira surtout les indications que peut fournir l'affection primitive cause première de tous les accidents.

4° Tumeurs du pharynx et de l'œsophage.

On a déjà décrit dans le volume précédent les tumeurs des parties supérieure et moyenne du pharynx. La portion inférieure de ce conduit, qui, à tous les points de vue, doit être rapprochée de l'œsophage, va seule nous occuper ici.

On trouve dans le canal pharyngo-œsophagien : 1° des tumeurs sessiles de diverses natures, en dehors du carcinome et de l'épithélioma; 2° des tumeurs polypeuses; 3° des carcinomes et des épithéliomes réunis sous le nom de cancer.