

5° Rétrécissement de l'œsophage.

Définition. — Le rétrécissement de l'œsophage consiste en une diminution permanente du calibre de ce conduit, produite par une altération organique de ses parois.

Nous éliminons donc par définition un grand nombre d'affections qui, à raison de la dysphagie qu'elles déterminent, simulent le rétrécissement sans présenter aucune altération organique. On peut ranger ces faux rétrécissements sous trois chefs : 1° *Compressions extérieures* produites le plus souvent par des ganglions lymphatiques hypertrophiés, par le corps thyroïde tuméfié, par des tumeurs du médiastin de diverses natures, et spécialement par l'anévrysme de l'aorte, enfin par l'anomalie qui consiste à voir la sous-clavière droite née sur la partie gauche du tronc aortique croiser obliquement l'œsophage. L'anomalie artérielle existe bien; elle n'est même pas très rare; mais son influence sur la déglutition n'est pas très bien démontrée, quoiqu'on l'ait caractérisée d'un mot assez pompeux : « Dysphagia lusoria ». 2° *Obstruction de l'œsophage* par des corps contenus dans sa cavité. Ce sont des corps étrangers arrêtés dans leur descente, ou des polypes nés sur place. 3° *Spasmes de l'œsophage, œsophagisme.*

L'étude des rétrécissements de l'œsophage n'a été bien faite que dans ce siècle. Après les travaux de Mondière, il faut citer en France les deux ouvrages classiques de Follin, *Thèse de concours*, 1855, et de Béhier, *Conférences de clinique médicale*, Paris, 1864, p. 51. En Allemagne, celui de Zender et celui de Ziemssen. Un grand nombre de thèses et de mémoires sont venus, surtout dans ces dernières années, apporter des faits nouveaux et éclairer la thérapeutique. Citons en particulier L.-H. Petit, *Traité de la Gastrostomie*, 1879, et Alsberg, *Archives de Langenbeck*, 1885.

Étiologie. — Le rétrécissement de l'œsophage est l'aboutissant d'un grand nombre d'affections diverses. Mais si nous laissons de côté les rétrécissements congénitaux, dont il a été question précédemment, nous voyons que deux processus conduisent en définitive à la diminution du conduit : la rétraction inodulaire et l'altération des parois par un néoplasme. Laissant encore de côté les néoplasmes, dont l'histoire nous est déjà connue, nous ne nous attacherons qu'au

premier de ces processus. Les rétrécissements qu'il produit constituent les rétrécissements simples ou non cancéreux, qui, à tous les points de vue, méritent d'être étudiés à part.

1° La rétraction inodulaire se fait au niveau de pertes de substance ou d'ulcérations résultant de *véritables traumatismes*. Sous ce chef nous rangeons, à côté des plaies qui quelquefois se sont terminées par rétrécissement, les ulcérations produites par les corps étrangers longtemps fixés dans l'œsophage, et surtout les brûlures par ingestion de liquides bouillants ou caustiques. Ce sont ces dernières qui, sans aucune comparaison, créent le plus de rétrécissements. Deux facteurs entrent ici en action : d'une part la rétraction cicatricielle au niveau des ulcérations elles-mêmes, et d'autre part l'infiltration entre les membranes de l'œsophage de produits inflammatoires qui d'abord épaississent les parois et plus tard subissent eux aussi la rétraction inodulaire. Ces dépôts plastiques sous-muqueux se comportent ici comme le font les dépôts du même ordre qui s'observent sous la muqueuse uréthrale.

2° Cette rétraction au second degré joue encore un rôle important dans les différentes altérations *inflammatoires* et *ulcéreuses* qui conduisent elles aussi au rétrécissement. Les plus souvent citées sont : l'*œsophagite simple aiguë*, l'*œsophagite phlegmoneuse* (abcès dans les parois de l'œsophage), le *catarrhe chronique* des buveurs d'alcool, l'*œsophagite folliculeuse* décrite par Mondière, caractérisée par l'inflammation et l'ulcération des glandes œsophagiennes (elle se verrait au cours des maladies infectieuses), un *ulcère rond de l'œsophage* analogue à celui de l'estomac (Rokitansky, Bucquoy, Debove, Reher, etc.), les manifestations diverses de la *variole*, de la *diphthérie* (vraisemblablement bien rare), de la *tuberculose*, de la *syphilis* (tubercules et gommés). Dans un grand nombre de faits, on se trouve en présence de rétrécissements dont la cause échappe complètement. D'après une statistique de Gauthier, sur 87 cas l'étiologie était inconnue 40 fois.

Il faut considérer comme fort douteux, malgré les nouvelles recherches d'Audry, les rétrécissements par hypertrophie partielle, et notamment par hypertrophie musculaire, signalés dans quelques observations; quant aux rétrécissements dits cartilagineux, dont les exemples ne sont pas très rares, surtout si l'on se reporte à une époque un peu lointaine, il semble certain qu'ils appartiennent aux cancers de l'œsophage.

Anatomie pathologique. — Dans tous les rétrécissements ordinaires de l'œsophage, nous trouvons dans la muqueuse et souvent,

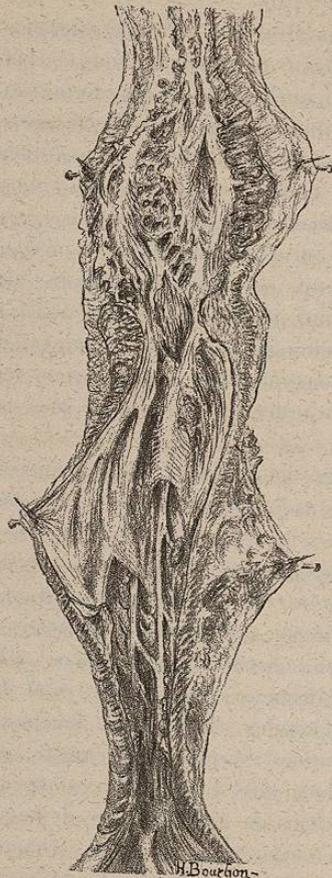


Fig. 11. — Rétrécissement de l'œsophage. Sur cette pièce, déposée par M. Le Dentu au musée Dupuytren, on constate la diffusion des lésions, si commune dans les rétrécissements.

avec elle, les membranes sous-jacentes altérées par un travail de cicatrisation. L'étiologie du rétrécissement — supposé qu'elle soit connue — ne peut pas faire prévoir quelle sera sa forme ou son étendue. Il est certain cependant que les plus graves succèdent ordinairement à l'action des substances caustiques.

Le rétrécissement œsophagien est unique ou multiple. Il est plus ou moins étendu en longueur. Parfois il occupe presque toute la hauteur de l'œsophage. Dans d'autres cas, il se limite à une portion seulement du conduit; c'est ce qui s'observe surtout pour les rétrécissements généralement cervicaux, qui succèdent aux plaies de l'œsophage et aux ulcérations produites par les corps étrangers. Il siège alors sur quelques centimètres de long ou sur un espace encore plus restreint, quelquefois sur un point, pour ainsi dire. Sa gravité dépend moins de l'étendue en longueur que de la profondeur des lésions. Ici la muqueuse a été

à peine entamée, et c'est surtout l'infiltration sous-muqueuse qui domine, là c'est la muqueuse tout entière qui a disparu sur une

étendue plus ou moins considérable; ailleurs la cicatrice a comblé une perte de substance qui intéressait toutes les tuniques de l'œsophage. La forme du rétrécissement varie nécessairement beaucoup

suivant ces divers cas. Souvent c'est un canal plus ou moins long, parfois un anneau circulaire; il s'agit alors de rétrécissements que l'on peut appeler réguliers. D'autres sont irréguliers, excentriques (Trélat), avec une bride latérale, avec une disposition valvulaire de la muqueuse, etc. On a quelquefois trouvé un simple accolement de la muqueuse d'un côté à l'autre. Tantôt la surface de l'œsophage est lisse au niveau du point rétréci, tantôt elle est altérée, fongueuse, polypeuse.

Au-dessus du rétrécissement, le conduit est souvent dilaté; le fait a été constaté nettement par plusieurs observateurs. Peut-être cette dilatation est-elle moins commune qu'on ne l'a dit. Behier pensait qu'elle se voit plutôt au-dessus des cancers; dans ce dernier, il s'agit plutôt de destructions que de dilatations. Le séjour des matières alimentaires à ce niveau entraîne ces altérations inflammatoires et ulcéreuses qu'il faut toujours s'attendre à trouver en arrière des rétrécissements des conduits naturels. Quelquefois des perforations spontanées se produisent; mais les lésions dont nous parlons favorisent surtout la perforation accidentelle pendant le cathétérisme. Au delà du rétrécissement, l'œsophage semble revenu sur lui-même. Il est plus étroit.

Symptômes. — La *dysphagie* est le symptôme capital. Ici elle ne fait jamais défaut. On la voit s'établir progressivement, et se prononcer de plus en plus à mesure que les parties lésées du conduit œsophagien subissent leur rétraction graduelle. Au début, des bols assez volumineux passent encore, mais avec effort; plus tard, le malade doit se contenter de petites bouchées bien mastiquées et bien insalivées. A la fin, les liquides seuls traversent le rétrécissement, et même ils peuvent être complètement arrêtés eux-mêmes. Cette marche progressive est souvent troublée par des accès de spasme œsophagien qui pendant quelque temps aggravent singulièrement la dysphagie, puis disparaissent et la laissent à son degré primitif.

— Pour faciliter la déglutition, le malade fait des efforts violents et prolongés avec les muscles du pharynx; il prend des positions particulières, fléchissant le plus souvent avec force la tête sur la poitrine; il presse avec ses doigts à la base du cou sur la partie supérieure de l'œsophage. Tous ces moyens ne réussissent que peu de temps.

— Les aliments accumulés au-dessus du rétrécissement sont rendus,

quelquefois avec des efforts de toux qui les font jaillir par la bouche et par le nez (vomissement œsophagien); c'est ce qui arrive surtout quand le rétrécissement est placé un peu haut. Lorsque l'obstacle siège plus bas, ils sont ramenés vers la bouche par la contraction antipéristaltique de l'œsophage dans une sorte de rumination.

La *douleur* est loin d'être constante dans les rétrécissements simples de l'œsophage; elle se fait sentir au moment du passage des aliments, et vraisemblablement dépend d'une ulcération ou d'une simple fissure du conduit. Elle peut s'irradier entre les deux épaules, vers l'oreille, vers l'épigastre; mais souvent elle manque complètement.

Marche et terminaison. — La marche naturelle du rétrécissement œsophagien est essentiellement progressive. La dysphagie va sans cesse en croissant. Elle devient absolue, et le malade est condamné à l'inanition. Il succombe s'il ne peut être secouru efficacement, en présentant tous les phénomènes que l'on a depuis longtemps observés chez les animaux inanitiés (Chaussat). Les gangrènes qui marquent la dernière période de l'inanition, gangrènes pulmonaires et autres, s'observent ici comme chez les animaux. La mort est hâtée quelquefois par des accidents locaux : inflammations et perforations de la poche œsophagienne au-dessus du rétrécissement.

Diagnostic. — La dysphagie est, ainsi que nous le disions, le symptôme capital du rétrécissement. C'est elle qui fera penser à cette lésion. Mais une foule d'affections diverses peuvent produire la dysphagie.

Il est clair que si le malade a avalé quelque temps auparavant une substance caustique, le doute est levé. Si les malades sont jeunes, nerveux, hystériques, s'ils ont été pris brusquement de dysphagie, si cette dysphagie est variable, intermittente, on pensera nécessairement à l'*œsophagisme*. En dehors de ces cas, l'étude des commémoratifs et l'examen du malade ont encore une réelle importance : âge, maladies antérieures, symptômes actuels, rien ne sera négligé; mais, souvent, il faut en convenir, ces renseignements ne seront pas de la moindre utilité.

C'est de l'examen direct que le diagnostic reçoit son principal éclaircissement. Le cathétérisme au moyen d'une sonde œsophagienne, et de préférence avec une tige de baleine portant une boule d'ivoire, fait reconnaître s'il existe ou non un obstacle physique au

passage des aliments. Par là seront éliminées, s'il pouvait après l'examen du malade subsister quelque doute dans l'esprit de l'observateur, les *dysphagies par paralysie* qui s'observent à la suite d'altérations diverses des centres nerveux, de la paralysie labio-glosso-laryngée par exemple, et celles qui succèdent aux angines graves. L'œsophagisme lui-même ne sera définitivement diagnostiqué que par ce moyen. Le soupçonne-t-on, on fera le cathétérisme de préférence avec une sonde volumineuse, poussée avec lenteur, et maintenue par une pression douce mais continue au niveau des parties qui résistent. Un œsophage qui repousserait une sonde de petit calibre introduite sans ménagement se laissera souvent traverser sans difficulté si l'on prend les précautions que nous indiquons. Après un premier cathétérisme, on pourra presque toujours en pratiquer un autre sans rencontrer le moindre obstacle; mais l'œsophagisme n'est pas guéri pour cela. Les accidents reparaitront bientôt avec ce caractère d'irrégularité qui leur appartient en propre.

Le cathétérisme fournit donc avec une certitude suffisante cette notion qu'il existe ou qu'il n'existe point un obstacle physique au cours des aliments dans le conduit œsophagien. Il nous renseigne encore sur le siège de cet obstacle. Supposons que la sonde soit arrêtée à 25 centimètres des dents incisives de la mâchoire supérieure. On n'a qu'à retrancher 15 centimètres pour la distance qui sépare ces dernières du commencement de l'œsophage. L'obstacle se trouve donc à 10 centimètres du bord inférieur du cartilage cricoïde. Par le même procédé, on déterminera sans peine l'étendue, l'étroitesse et le nombre des rétrécissements. Ces explorations sont basées sur les mêmes principes qui nous guident dans l'étude des rétrécissements de l'urèthre. Comme pour ces derniers, on a proposé de déterminer la forme du rétrécissement au moyen de sondes emplas-tiques; mais ce mode d'exploration ne jouit d'aucune faveur.

L'exploration de l'œsophage au moyen des sondes prête malheureusement à plus d'erreurs que l'exploration de l'urèthre. Tout d'abord, on peut être trompé par les *compressions extérieures* qui s'exercent sur le conduit et qui créent un obstacle au passage de la sonde aussi bien qu'à celui des aliments. Kœnig indique, d'après Travers et Wernher, l'épaississement du cartilage cricoïde; mais ce sont surtout les tumeurs du médiastin, anévrisme de l'aorte avant tout, puis tumeurs ganglionnaires et abcès ossifluents, qui pour-

raient en imposer et faire croire à un rétrécissement. On doit s'efforcer, comme nous l'avons déjà dit, de reconnaître avant toute exploration s'il n'existe pas en dehors de l'œsophage une maladie capable de produire la dysphagie. Une poche œsophagienne, disposition heureusement rare, peut arrêter la sonde.

Enfin la nature même du rétrécissement ne peut pas être reconnue par le cathétérisme. Qu'il s'agisse d'un rétrécissement simple ou d'un cancer, l'obstacle opposé au passage de la sonde est le même. On dit que le cathéter peut ramener quelques débris d'une tumeur dont l'examen microscopique fera reconnaître la nature; mais c'est là un moyen de diagnostic peu ordinaire et dont il ne faudrait pas abuser. En fait, pour séparer le rétrécissement cancéreux, il faut surtout avoir recours à l'état clinique du malade. Les douleurs, les hémorrhagies, l'évolution rapide, la cachexie, les troubles de la voix, les engorgements ganglionnaires, le caractérisent suffisamment dans la plupart des cas.

Le cathétérisme œsophagien, en tant que manœuvre d'exploration, est donc un peu incertain. Il faut reconnaître qu'il a un désavantage plus sérieux encore : il n'est pas sans danger. Rien de plus commun que les fausses routes aboutissant soit au tissu cellulaire du médiastin, soit à la plèvre, soit au péricarde. Quelquefois, dans les rétrécissements cancéreux, la sonde amène la rupture d'un gros vaisseau précédemment envahi par la tumeur. Enfin le passage seul de la sonde, même sans fausse route, expose, ainsi que Billroth l'a montré, à la formation d'abcès péri-œsophagiens.

Malgré tout, le cathétérisme de l'œsophage s'impose toujours comme moyen de diagnostic, lorsque l'examen du malade ne fournit pas la cause d'une dysphagie constatée chez lui.

Nous répéterons ici ce que nous disions plus haut de l'auscultation de l'œsophage dans ce cas. Elle est rarement employée, et ne semble pas fournir de renseignements bien positifs.

Pronostic. — Sans atteindre à la gravité spéciale du cancer de l'œsophage, le rétrécissement simple ou inodulaire constitue encore dans le plus grand nombre des cas une affection extrêmement sérieuse. Par exception, on rencontre des cas légers dont le traitement triomphe aisément; ordinairement, la rétraction s'exerce d'une façon progressive et presque invincible. Quand le chirurgien est appelé près du malade, l'oblitération de l'œsophage est quelquefois si

complète qu'il est impossible de pratiquer le cathétérisme. Le patient, dans ces conditions, est condamné à périr rapidement d'inanition, si l'on ne pratique pas une bouche stomacale par laquelle on continuera à le nourrir.

Si le rétrécissement n'est pas arrivé à ce point, on peut espérer de le faire disparaître ou de diminuer au moins son étroitesse par un traitement convenable; mais il faut ici une grande patience, la sténose tendant toujours à se reformer. Le traitement, quel qu'il soit, n'est malheureusement pas inoffensif par lui-même. Les manœuvres que l'on emploiera exposeront forcément à l'inflammation, à la suppuration péri-œsophagienne, à la perforation du conduit.

Traitement. — Les *moyens médicaux* sont à peu près insignifiants; cependant, à l'exemple de Behier, on peut recommander la belladone contre le spasme qui accompagne le rétrécissement. Le cathétérisme par là se trouvera fort simplifié. Si l'on ajoute à cela l'emploi de l'opium pour calmer la soif et la faim, l'usage des lavements nutritifs, on aura indiqué tous les moyens, bien faibles à la vérité, que l'on peut mettre en usage.

Le *traitement chirurgical* est plus important. Dans la plupart des cas, le chirurgien s'efforce de rétablir le calibre de l'œsophage; dans d'autres, désespérant d'y arriver, il renonce à s'occuper du rétrécissement et se borne à créer une bouche artificielle par laquelle les aliments seront introduits dans le tube digestif.

A. — On s'attaque au rétrécissement en suivant différentes méthodes, qui sont toutes, ainsi que Kœnig le fait remarquer, la reproduction des méthodes employées pour le canal de l'urèthre; ce sont : 1° la cautérisation du rétrécissement; 2° le cathétérisme forcé; 3° la divulsion; 4° la dilatation; 5° l'œsophagotomie interne.

La *cautérisation*, qui semble avoir été mise en usage pour la première fois par Palletta, en 1789, est généralement repoussée aujourd'hui. Peut-être pourra-t-elle revivre sous la forme de la cautérisation électrolytique. Vantée pour l'urèthre par plusieurs opérateurs, l'électrolyse est recommandée par Bœckel et par d'autres pour l'œsophage.

Le *cathétérisme forcé* sans conducteur est une opération dangereuse, qui expose singulièrement aux fausses routes. On ne saurait donc le recommander. Von Bergmann, récemment, a employé pourtant ce moyen avec succès, mais dans un cas particulier. Se trouvant en

présence d'un rétrécissement infranchissable, placé assez bas dans l'œsophage, Bergmann pratiqua la gastrostomie avec l'espoir d'arriver à faire par le cardia la dilatation rétrograde. Il ne put y parvenir, malgré des explorations qui durèrent trois mois. Comme on sentait au niveau de la paroi postérieure de l'estomac le bout de la sonde,

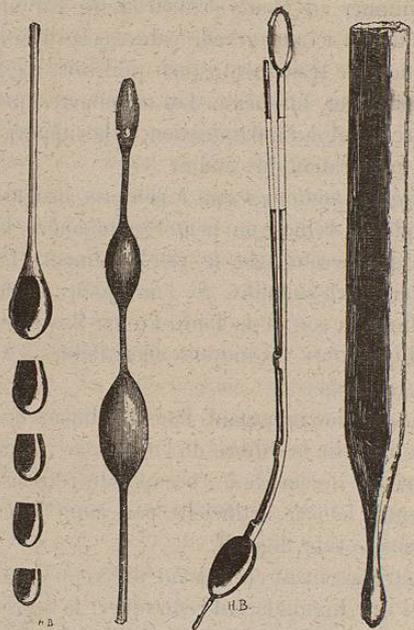


Fig. 12. Fig. 13. Fig. 14. Fig. 15.
Fig. 12. Olives de Duguet pour la dilatation de l'œsophage. — Fig. 13. Cathéter de Velpeau. — Fig. 14. Dilatateur œsophagien de Verneuil. — Fig. 15. Bougie de Bouchard pour la dilatation de l'œsophage.

séparé du doigt par une assez grande épaisseur de parties molles, Bergmann se décida à pousser l'instrument avec violence. Le rétrécissement fut perforé; la sonde pénétra dans l'estomac. Le trajet, dilaté d'abord avec l'éponge préparée, le fut plus tard avec des sondes de diamètre croissant, et la guérison s'obtint.

La *divulsion* se pratique au moyen de longues pinces à branches parallèles (Broca) ou de dilateurs divers, imités presque tous de ceux qui sont employés pour le canal de l'urèthre (Fletcher, Schutzenberger, Le Fort). Efficace dans bien des cas, cette méthode peut être dangereuse. Comment oser l'employer si le diagnostic de la nature du rétrécissement n'est pas parfaitement établi? La *dilatation progressive* est de toutes les méthodes la plus usitée et la moins dangereuse. On peut la faire sur conducteur en glissant sur une tige mince préalablement introduite dans le rétrécissement, une boule dilatatrice percée d'un trou pour laisser passer la tige conductrice (Verneuil), ou, si l'on juge cette précaution inutile, la pratiquer directement. On emploie beaucoup à cet usage la tige de

baleine munie à son extrémité d'un pas de vis sur lequel peuvent se visser des boules d'ivoire ou de buis de diamètre croissant. Lorsqu'on arrive à des boules assez volumineuses, la trachée peut se trouver comprimée pendant que l'instrument est dans l'œsophage, et le larynx en quelque sorte accroché quand on le retire. Pour remédier à ces inconvénients, Chassagny a proposé des boules aplaties d'arrière en avant. Velpeau trouvait commode de faire porter par une même tige la série des boules dilatatrices, superposées par ordre de grosseur. L'emploi des boules est très inférieur à celui des sondes, qui seules permettent de dilater convenablement un conduit quelconque. On peut employer des sondes œsophagiennes ordinaires. Bouchard a préconisé des sondes cylindriques terminées par un bout mince et flexible. Le jeu commence par des instruments fins, et atteint par des numéros gradués à un tiers de millimètre de diamètre, jusqu'à des sondes de 2 centimètres d'épaisseur. Richet a des bougies semblables remplies de plomb de chasse. Quel que soit le dilateur employé, il faut le laisser en place quelques minutes et ne passer à un numéro supérieur qu'après avoir introduit le premier, 2 ou 3 fois de suite. Les séances ne doivent pas être répétées plus de 2 ou 3 fois par semaine.

L'*œsophagotomie interne*, calquée sur l'uréthrotomie interne, a été faite pour la première fois en 1861 par Maisonneuve. Répétée encore 2 fois par lui, elle fut pratiquée ensuite par Lannelongue (de Bordeaux), Trélat et Dolbeau. Mackenzie, dans un traité récent (1885), en a réuni 17 cas. L'instrument de Maisonneuve n'était autre que son uréthrotome agrandi; il sectionnait de haut en bas. Ceux de Trélat et de Dolbeau contenaient des lames qui devaient être poussées au delà du rétrécissement. Arrivées là, elles étaient dégagées à la longueur voulue, et le rétrécissement était sectionné pendant le retrait de l'instrument. Ces œsophagotomes agissent forcément à l'aveugle. Dans un quart des cas environ, la mort est arrivée soit par hémorragie, soit à la suite de la péri-œsophagite. On comprend que leur usage soit demeuré fort restreint.

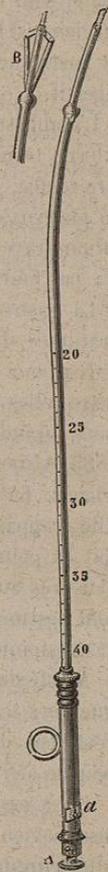


Fig. 16.
Œsophagotome de Trélat.

B. — *Œsophagostomie et gastrostomie.* — Lorsque le rétrécissement est infranchissable, que tous les efforts tentés dans le but de le dilater sont restés infructueux, la seule ressource qui s'offre aux chirurgiens est la création d'une bouche artificielle, fistule œsophagienne ou gastrique, par laquelle on introduira les aliments dans le tube digestif.

L'établissement de la fistule œsophagienne ou œsophagostomie externe trouve rarement son indication; il faut, pour qu'elle puisse être tentée, que le rétrécissement soit placé tout à fait au voisinage du pharynx. Elle a été faite un petit nombre de fois. C'est une opération grave; après elle l'alimentation des malades reste difficile. Elle n'a pas fourni de succès durable.

La gastrostomie, proposée en 1837 par Egeber (L.-H. Petit), fut pratiquée d'abord par Sédillot en 1849, mais sans succès. Elle a réussi pour la première fois entre les mains de Verneuil (1876), puis entre celles de Trendelenburg (1878). Elle a été répétée depuis un assez grand nombre de fois. Dans la statistique qu'il a publiée en 1885, Alsberg rapportait 21 gastrostomies pour rétrécissements cicatriciels. La mortalité post-opératoire était encore très considérable. Elle frappait sur 11 opérés : 52 pour 100. Six malades seulement, soit 51 pour 100, guérissent définitivement. Zesas, en 1885, arrivait à peu près aux mêmes conclusions. Il est probable que ces résultats sont destinés à s'améliorer beaucoup avec les nouveaux procédés de gastrostomie que nous mettons actuellement en usage.

A côté de l'œsophagostomie et de la gastrostomie, il faut signaler quelques tentatives dans lesquelles l'ouverture de l'œsophage ou de l'estomac devait servir à un autre objet qu'à l'établissement d'une bouche artificielle.

On a essayé d'ouvrir directement par le dehors un rétrécissement œsophagien cervical pour permettre le passage d'une sonde et obtenir ultérieurement le rétablissement du conduit (œsophagotomie externe); on a encore pratiqué l'œsophagotomie au-dessus d'un rétrécissement, pour agir plus directement sur ce dernier par la dilatation ou par la section de la partie contractée (œsophagotomie combinée).

La bouche stomacale a été utilisée, suivant le conseil que L.-H. Petit avait donné, pour pratiquer le cathétérisme récurrent, au moyen d'une sonde introduite par le cardia. On peut espérer, dans quelques cas, de franchir ainsi des rétrécissements qui ne peuvent

être traversés en suivant la voie ordinaire. Schattaner et récemment Cerenville, Hjort, Socin, Petersen, sont arrivés à ce résultat. Nous avons vu comment von Bergmann avait utilisé la fistule gastrique pour achever par un coup de force le cathétérisme œsophagien.

En résumé, deux méthodes seulement restent applicables à la majorité des cas : la dilatation progressive et la gastrostomie. La première sera toujours essayée si le rétrécissement est franchissable. S'il ne l'est pas ou s'il ne peut être dilaté, on s'adressera à la gastrostomie. Celle-ci sera pratiquée dès que la sensation impérieuse de la soif vient dénoncer l'imperméabilité fonctionnelle de la sténose. Si, grâce à cette opération, on peut assurer le calibrage de l'œsophage, on pourra fermer la fistule (Colley, House).

6° *Ectasies et diverticules de l'œsophage.*

On donne le nom d'*ectasie* à la dilatation générale, toujours plus ou moins fusiforme, de l'œsophage. Par le mot *diverticule*, on entend un sac surajouté à l'œsophage et communiquant avec lui par une ouverture plus ou moins étroite.

1° *Ectasie.* — Elle dépend le plus souvent d'un rétrécissement de l'œsophage. Dès que l'obstacle est placé profondément, la pression des aliments qui s'accumulent dans le conduit, le tient dans un état de dilatation constante, qui aboutit à la perte de son élasticité et à son élargissement définitif. Les rétrécissements qui siègent auprès du cardia sont ceux qui agissent le plus dans ce sens. Selon Kœnig, l'oblitération du pylore aurait pu produire le même effet. Toutes les ectasies ne dépendent pas d'un rétrécissement. Quelques-unes sont peut-être congénitales; elles se trouvent au-dessus du cardia. D'autres semblent acquises à la suite peut-être d'un travail inflammatoire latent.

Le conduit œsophagien à l'état d'ectasie semble trop long, flottant dans le médiastin postérieur. Il a les dimensions du bras et même davantage. L'épaisseur de ses parois est 2, 3, quelquefois 7 et 8 fois plus grande qu'à l'état normal. La tunique musculuse est surtout très épaissie; mais à la longue elle peut subir un travail d'atrophie qui l'amène à un véritable amincissement; la muqueuse ne subit aucun changement dans certains cas; dans d'autres elle est altérée, verruqueuse, couverte même d'ulcérations.

présence d'un rétrécissement infranchissable, placé assez bas dans l'œsophage, Bergmann pratiqua la gastrostomie avec l'espoir d'arriver à faire par le cardia la dilatation rétrograde. Il ne put y parvenir, malgré des explorations qui durèrent trois mois. Comme on sentait au niveau de la paroi postérieure de l'estomac le bout de la sonde,

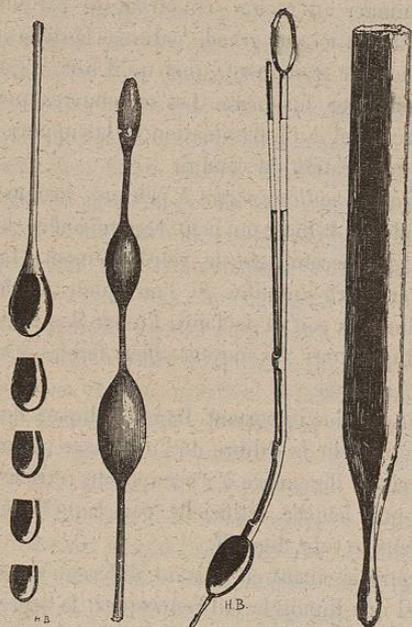


Fig. 12. Olives de Duguet pour la dilatation de l'œsophage. — Fig. 13. Cathéter de Velpeau. — Fig. 14. Dilatateur œsophagien de Verneuil. — Fig. 15. Bougie de Bouchard pour la dilatation de l'œsophage.

séparé du doigt par une assez grande épaisseur de parties molles, Bergmann se décida à pousser l'instrument avec violence. Le rétrécissement fut perforé; la sonde pénétra dans l'estomac. Le trajet, dilaté d'abord avec l'éponge préparée, le fut plus tard avec des sondes de diamètre croissant, et la guérison s'obtint.

La *divulsion* se pratique au moyen de longues pinces à branches parallèles (Broca) ou de dilateurs divers, imités presque tous de ceux qui sont employés pour le canal de l'urèthre (Fletcher, Schutzenberger, Le Fort). Efficace dans bien des cas, cette méthode peut être dangereuse. Comment oser l'employer si le diagnostic de la nature du rétrécissement n'est pas parfaitement établi?

La *dilatation progressive* est de toutes les méthodes la plus usitée et la moins dangereuse. On peut la faire sur conducteur en glissant sur une tige mince préalablement introduite dans le rétrécissement, une boule dilatatrice percée d'un trou pour laisser passer la tige conductrice (Verneuil), ou, si l'on juge cette précaution inutile, la pratiquer directement. On emploie beaucoup à cet usage la tige de

baleine munie à son extrémité d'un pas de vis sur lequel peuvent se visser des boules d'ivoire ou de buis de diamètre croissant. Lorsqu'on arrive à des boules assez volumineuses, la trachée peut se trouver comprimée pendant que l'instrument est dans l'œsophage, et le larynx en quelque sorte accroché quand on le retire. Pour remédier à ces inconvénients, Chassagny a proposé des boules aplaties d'arrière en avant. Velpeau trouvait commode de faire porter par une même tige la série des boules dilatatrices, superposées par ordre de grosseur. L'emploi des boules est très inférieur à celui des sondes, qui seules permettent de dilater convenablement un conduit quelconque. On peut employer des sondes œsophagiennes ordinaires. Bouchard a préconisé des sondes cylindriques terminées par un bout mince et flexible. Le jeu commence par des instruments fins, et atteint par des numéros gradués à un tiers de millimètre de diamètre, jusqu'à des sondes de 2 centimètres d'épaisseur. Richet a des bougies semblables remplies de plomb de chasse. Quel que soit le dilateur employé, il faut le laisser en place quelques minutes et ne passer à un numéro supérieur qu'après avoir introduit le premier, 2 ou 3 fois de suite. Les séances ne doivent pas être répétées plus de 2 ou 3 fois par semaine.

L'*œsophagotomie interne*, calquée sur l'uréthrotomie interne, a été faite pour la première fois en 1861 par Maisonneuve. Répétée encore 2 fois par lui, elle fut pratiquée ensuite par Lannelongue (de Bordeaux), Trélat et Dolbeau. Mackenzie, dans un traité récent (1885), en a réuni 17 cas. L'instrument de Maisonneuve n'était autre que son uréthrotome agrandi; il sectionnait de haut en bas. Ceux de Trélat et de Dolbeau contenaient des lames qui devaient être poussées au delà du rétrécissement. Arrivées là, elles étaient dégagées à la longueur voulue, et le rétrécissement était sectionné pendant le retrait de l'instrument. Ces œsophagotomes agissent forcément à l'aveugle. Dans un quart des cas environ, la mort est arrivée soit par hémorrhagie, soit à la suite de la péri-œsophagite. On comprend que leur usage soit demeuré fort restreint.

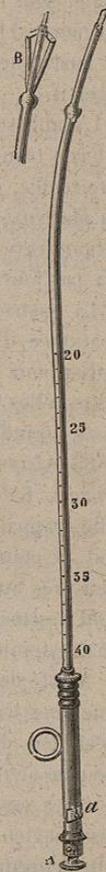


Fig. 16. Œsophagotome de Trélat.

B. — *Œsophagostomie et gastrostomie.* — Lorsque le rétrécissement est infranchissable, que tous les efforts tentés dans le but de le dilater sont restés infructueux, la seule ressource qui s'offre aux chirurgiens est la création d'une bouche artificielle, fistule œsophagienne ou gastrique, par laquelle on introduira les aliments dans le tube digestif.

L'établissement de la fistule œsophagienne ou œsophagostomie externe trouve rarement son indication; il faut, pour qu'elle puisse être tentée, que le rétrécissement soit placé tout à fait au voisinage du pharynx. Elle a été faite un petit nombre de fois. C'est une opération grave; après elle l'alimentation des malades reste difficile. Elle n'a pas fourni de succès durable.

La gastrostomie, proposée en 1837 par Egeber (L.-H. Petit), fut pratiquée d'abord par Sédillot en 1849, mais sans succès. Elle a réussi pour la première fois entre les mains de Verneuil (1876), puis entre celles de Trendelenburg (1878). Elle a été répétée depuis un assez grand nombre de fois. Dans la statistique qu'il a publiée en 1885, Alsberg rapportait 21 gastrostomies pour rétrécissements cicatriciels. La mortalité post-opératoire était encore très considérable. Elle frappait sur 11 opérés : 52 pour 100. Six malades seulement, soit 51 pour 100, guérissent définitivement. Zezas, en 1885, arrivait à peu près aux mêmes conclusions. Il est probable que ces résultats sont destinés à s'améliorer beaucoup avec les nouveaux procédés de gastrostomie que nous mettons actuellement en usage.

À côté de l'œsophagostomie et de la gastrostomie, il faut signaler quelques tentatives dans lesquelles l'ouverture de l'œsophage ou de l'estomac devait servir à un autre objet qu'à l'établissement d'une bouche artificielle.

On a essayé d'ouvrir directement par le dehors un rétrécissement œsophagien cervical pour permettre le passage d'une sonde et obtenir ultérieurement le rétablissement du conduit (œsophagotomie externe); on a encore pratiqué l'œsophagotomie au-dessus d'un rétrécissement, pour agir plus directement sur ce dernier par la dilatation ou par la section de la partie contractée (œsophagotomie combinée).

La bouche stomacale a été utilisée, suivant le conseil que L.-H. Petit avait donné, pour pratiquer le cathétérisme récurrent, au moyen d'une sonde introduite par le cardia. On peut espérer, dans quelques cas, de franchir ainsi des rétrécissements qui ne peuvent

être traversés en suivant la voie ordinaire. Schattner et récemment Cerenville, Hjort, Socin, Petersen, sont arrivés à ce résultat. Nous avons vu comment von Bergmann avait utilisé la fistule gastrique pour achever par un coup de force le cathétérisme œsophagien.

En résumé, deux méthodes seulement restent applicables à la majorité des cas : la dilatation progressive et la gastrostomie. La première sera toujours essayée si le rétrécissement est franchissable. S'il ne l'est pas ou s'il ne peut être dilaté, on s'adressera à la gastrostomie. Celle-ci sera pratiquée dès que la sensation impérieuse de la soif vient dénoncer l'imperméabilité fonctionnelle de la sténose. Si, grâce à cette opération, on peut assurer le calibrage de l'œsophage, on pourra fermer la fistule (Colley, House).

6° *Ectasies et diverticules de l'œsophage.*

On donne le nom d'*ectasie* à la dilatation générale, toujours plus ou moins fusiforme, de l'œsophage. Par le mot *diverticule*, on entend un sac surajouté à l'œsophage et communiquant avec lui par une ouverture plus ou moins étroite.

1° *Ectasie.* — Elle dépend le plus souvent d'un rétrécissement de l'œsophage. Dès que l'obstacle est placé profondément, la pression des aliments qui s'accumulent dans le conduit, le tient dans un état de dilatation constante, qui aboutit à la perte de son élasticité et à son élargissement définitif. Les rétrécissements qui siègent auprès du cardia sont ceux qui agissent le plus dans ce sens. Selon Kœnig, l'oblitération du pylore aurait pu produire le même effet. Toutes les ectasies ne dépendent pas d'un rétrécissement. Quelques-unes sont peut-être congénitales; elles se trouvent au-dessus du cardia. D'autres semblent acquises à la suite peut-être d'un travail inflammatoire latent.

Le conduit œsophagien à l'état d'ectasie semble trop long, flottant dans le médiastin postérieur. Il a les dimensions du bras et même davantage. L'épaisseur de ses parois est 2, 3, quelquefois 7 et 8 fois plus grande qu'à l'état normal. La tunique musculuse est surtout très épaissie; mais à la longue elle peut subir un travail d'atrophie qui l'amène à un véritable amincissement; la muqueuse ne subit aucun changement dans certains cas; dans d'autres elle est altérée, verruqueuse, couverte même d'ulcérations.