

marche progressive, s'accompagnent de cachexie lorsqu'il s'agit du cancer; le cathétérisme, très difficile, parfois même impossible, détermine des régurgitations striées de sang. Au contraire le rétrécissement spasmodique peut toujours être vaincu par la sonde à demeure. On comprend qu'à une période avancée de la maladie, alors qu'il y a une dilatation sacciforme au-dessus du point coarcté, le diagnostic différentiel avec l'ectasie simple soit pour ainsi dire impossible.

Traitement. — Il est médical ou chirurgical. Au début il sera souvent avantageux de prescrire la jusquiame et la ciguë en cataplasmes, l'asa-fœtida, les préparations belladonnées, opiacées, le chloral, le bromure de potassium à l'intérieur. Tous ces médicaments comptent des succès, mais c'est surtout au cathétérisme qu'on devra s'adresser, ou mieux à la dilatation progressive et quotidienne à l'aide des olives, ou brusque au moyen des pinces de Broca. Enfin il sera indiqué d'enduire les sondes d'extrait de belladone, à l'exemple de MONDIÈRE.

Rappelons en terminant que WATSON a pratiqué l'œsophagotomie externe dans un cas de rétrécissement spasmodique consécutif à une ulcération du larynx, et put nourrir son opéré pendant trois mois par la fistule.

B. — RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES

Étiologie. — Nous avons déjà étudié les néoplasmes du pharynx et de l'œsophage qui, à une certaine période de leur évolution, amènent le rétrécissement du conduit. Il sera spécialement question ici des rétrécissements cicatriciels consécutifs aux causes les plus diverses. Citons parmi elles les lésions traumatiques avec perte de substance, l'œsophagite sous-muqueuse, le séjour des corps étrangers; on doit faire une large place dans l'étiologie aux cicatrices résultant de la brûlure par des liquides chauds ou corrosifs (acides et alcalis). A la suite de la chute des escarres qui parfois intéressent la muqueuse et la tunique musculuse, il se forme un bourgeonnement du conduit sur une surface assez grande, et la réparation s'effectue par la formation d'un tissu de cicatrice très rétractile. Mentionnons encore la variole, la diphtérie, les ulcères, la tuberculose, la syphilis, comme causes de coarctations œsophagiennes.

Anatomie pathologique. — Les rétrécissements œsophagiens affectent des formes très variées. Uniques ou multiples, ils occupent dans certains cas une assez grande étendue; tantôt ils ont une forme circulaire, annulaire, tantôt ils n'intéressent qu'une partie de la circonférence (*R. excentriques de Trélat*).

L'aspect du rétrécissement varie naturellement suivant la cause qui le produit; lorsque l'inflammation chronique a envahi les tissus sous-muqueux, on constate une sorte d'anneau épais; dans les rétrécissements cicatriciels purs, le tissu est d'un blanc grisâtre, fibreux, dur, résistant, présentant quelquefois une structure cartilagineuse et même osseuse. Quant à l'orifice qui correspond à la sténose, il varie beaucoup et dans certains cas permet à peine le passage d'un stylet.

Les autres parties du conduit ne conservent pas leurs caractères normaux. Tandis que le bout inférieur est grêle, la portion supérieure offre une dilata-

tion d'autant plus marquée que le rétrécissement est plus ancien; la muqueuse présente les mêmes altérations que dans les ectasies.

Symptômes. — Bien souvent le chirurgien assiste à la formation du rétrécissement, surtout lorsqu'il résulte de l'ingestion de liquides caustiques. Peu à peu, quand l'inflammation cesse, la dysphagie devient le symptôme dominant et sa marche est progressive. Les matières alimentaires convenablement préparées peuvent encore au début passer lentement, puis les liquides eux-mêmes éprouvent de la difficulté à pénétrer dans l'estomac. A partir de ce moment, la question de l'alimentation devient une occupation incessante pour les malades qui sont atteints de cette affection. Le passage des matières s'accompagne d'une douleur vive au niveau de la sténose ou entre les épaules; les personnes ont conscience de l'arrêt du bol alimentaire et font de violents efforts de déglutition afin de forcer l'obstacle. Vient-on à pratiquer l'auscultation, on entend un bruit de glou-glou au moment où les liquides franchissent le point rétréci; WEISZ, sur des enfants atteints de brûlure, a entendu un bruit de régurgitation retentissant. L'auscultation donne d'ailleurs des résultats très variables d'un cas à un autre.

Lorsque le rétrécissement siège à une certaine distance de l'origine de l'œsophage, les matières s'accumulent au-dessus du point coarcté. Cette dilatation provoque parfois une sorte de mouvement antipéristaltique aboutissant au vomissement œsophagien ou régurgitation. Ainsi s'établit une vraie rumination de plusieurs heures de durée avant que les aliments aient pu franchir le détroit. Les malades activent quelquefois ce travail en pressant sur les tumeurs qui se forment à la région cervicale.

En général la sténose de l'œsophage d'origine organique est progressive; c'est assez dire que la nutrition tend à devenir insuffisante et que les malheureux sont condamnés à mourir de faim, en présentant tous les symptômes que CHOSSAT a observés sur les animaux.

Diagnostic. — Il suffit de savoir qu'une personne a avalé un liquide corrosif pour être en garde contre l'éventualité d'un rétrécissement. Après s'être enquis de tous les commémoratifs, après avoir pris en considération l'âge du sujet, la nature des symptômes, le siège de la douleur, le chirurgien peut être amené à soupçonner la présence d'un rétrécissement. Il doit alors s'assurer, par les méthodes objectives, de l'existence de la sténose, de son siège, de sa longueur et de sa nature.

A cet effet il faut pratiquer le cathétérisme avec une sonde à boule d'ivoire que l'on introduit avec la plus grande précaution. La distance qui sépare le point où la sonde s'arrête des incisives servira à déterminer le siège précis de la coarctation; de même, en substituant des olives de diverses grosseurs à la première, il sera facile de se rendre compte du degré de la sténose. L'étendue n'est pas ordinairement d'une appréciation aisée; après avoir franchi l'obstacle on retire la sonde en ayant soin de mesurer la profondeur au moment où l'olive est de nouveau arrêtée en remontant. On a aussi conseillé la méthode emplastique pour prendre l'empreinte du rétrécissement; c'est un moyen incertain qui ne devra être employé qu'avec circonspection, car toutes ces manœuvres ne sont pas toujours inoffensives; les cas de perforation consécutives à ces

opérations ont été maintes fois signalés. BILLROTH a vu un de ses malades mourir de péri-œsophagite et de pleurésie purulente à la suite d'une fausse route.

Reste à déterminer la cause réelle ainsi que la nature du rétrécissement. Avant tout on doit passer en revue les divers organes qui entourent l'œsophage, s'assurer qu'il n'existe pas de simples phénomènes de compression par une tumeur de voisinage, qu'il s'agisse de goîtres, d'adénopathies, d'anévrysmes, de tumeurs d'origine vertébrale. Seul l'examen attentif du malade permettra d'éviter cette confusion. Les accidents produits par les corps étrangers débütent brusquement; les commémoratifs sont précieux en pareil cas. L'ossification du larynx, suivant KÆNIG, pourrait induire en erreur; il suffirait pour y remédier d'attirer le larynx en avant ou d'incliner la sonde latéralement afin de tourner l'obstacle.

Les douleurs lancinantes fixes, le développement lent à un âge déjà avancé, les vomituritions de matières sanguinolentes fétides lorsque la tumeur est ulcérée, l'état général, l'adénopathie serviront au diagnostic du carcinome. Quant au rétrécissement spasmodique, nous avons exposé ses caractères plus haut. Outre qu'il se montre chez des hystériques, des névropathes, des hypochondriaques, il est essentiellement capricieux dans ses allures; la sonde n'éprouve jamais une grande peine à le vaincre.

Pronostic. — La plupart des cas de rétrécissement se terminant par la mort à plus ou moins courte échéance, le pronostic est donc très grave. Non seulement l'affection expose à des perforations, à des fistules, aux complications pulmonaires de tout genre, mais en outre l'économie répare difficilement ses pertes et tôt ou tard l'inanition épuise les malades. Toutes choses égales, les rétrécissements néoplasiques sont plus graves que les autres parce qu'ils s'accompagnent d'une déchéance rapide de l'organisme et progressent constamment. De plus, les chances des opérations sont bien moindres que dans les cas de rétrécissement fibreux.

Traitement. — Remarquons avec KÆNIG qu'il y a plus d'un point d'analogie entre les rétrécissements de l'œsophage et ceux de l'urètre, tant au point de vue de leur histoire que de leur traitement. Les moyens thérapeutiques exclusivement chirurgicaux sont : 1° la cautérisation du rétrécissement; 2° le cathétérisme forcé et la dilatation brusque; 3° la dilatation progressive au moyen de divers instruments; 4° la stricturotomie ou œsophagotomie interne; 5° l'œsophagotomie; 6° la gastrostomie.

Ces méthodes n'ont pas une égale valeur; tandis que les deux dernières ont pour but de remédier à l'inanition, d'autres, telles que la cautérisation, la rupture brusque, sont peu employées. Dans tous les pays on donne la préférence à la dilatation progressive. Autrefois on divisait les rétrécissements au point de vue thérapeutique en deux groupes, suivant qu'ils étaient franchissables ou non. Tous les moyens de traitement convenaient aux premiers, tandis qu'on réservait l'œsophagotomie et la gastrostomie aux seconds. Cette division ne saurait être conservée, car SCHENBORN conseille de faire la gastrostomie dans le cas de rétrécissements cancéreux alors qu'ils peuvent encore être franchis.

Mentionnons pour mémoire l'emploi des caustiques, auxquels ont eu recours PALETTA, HOME, ANDREW, GENDRON (nitrate d'argent alun, teinture d'iode), introduits avec un pinceau ou un instrument spécial. Ils sont loin d'être inoffensifs et répondent à des indications très restreintes. Quelques auteurs, BÆCKEL entre autres, ont vanté l'électrolyse. La dilatation brusque à l'aide d'instruments divers compte encore un certain nombre de partisans. DENIS, FLETCHER, SCHÜTZEMBERGER, LE FORT, ont imaginé des dilateurs, les uns mécaniques, les autres à eau ou analogues à ceux dont on se sert pour l'urètre. NASSE (1878) préconise la pince de Broca à branches parallèles pour pratiquer la même opération.

La dilatation progressive s'exécute à l'aide de bougies cylindriques ou d'instruments spéciaux. Les bougies rendent de grands services; nous recommandons spécialement, avec RICHET, celles qui sont remplies de petit plomb de chasse. Les cathéters à boule d'ivoire de divers calibres de VELPEAU, TROUSSEAU, sont d'un emploi commun et conviennent très bien. Nous préférons à ces instruments la dilatation avec le cathéter sur conducteur imaginée par VERNEUIL. Cet instrument permet de faire suivant les cas la dilatation brusque ou lente et d'éviter sûrement les fausses routes. Lorsqu'on pratique par l'un ou l'autre de ces moyens la dilatation progressive, il faut avoir soin de ne pas prolonger les séances au delà de sept à huit minutes et de ne les renouveler que deux fois par semaine, en augmentant lentement la grosseur des sondes ou des olives. La dilatation est donc un moyen efficace mais lent qui doit être continué longtemps en espaçant les séances afin de prévenir les récidives.

L'œsophagotomie interne ou stricturotomie a été pratiquée la première fois par MAISONNEUVE en 1861; les deux premiers opérés moururent de péritonite, mais en 1862 il obtint un succès. En 1864, LANNELONGUE (de Bordeaux) réussit également. Une fausse route enleva un opéré de MAISONNEUVE en 1865. DOLBEAU, TRÉLAT entreprennent trois autres opérations avec succès (*Soc. de chir.*, 1869 et *Bull. de therap.*, 1870). TRÉLAT imagina un instrument beaucoup plus commode que celui de MAISONNEUVE fait sur le type de son urétrotome; la section se fait de bas en haut. Signalons depuis cette époque un succès de TILLAUX et les insuccès de SCHILZ, ZENKER, DEMONS. On voit que cette méthode est encore peu usitée et l'on ne sait pas exactement quelle est la valeur de l'opération; DOLBEAU, TRÉLAT rangent les rétrécissements cancéreux parmi les contre-indications; TILLAUX y ajoute les rétrécissements inflammatoires.

M. MACKENZIE, dans son intéressant travail, a relevé dix-sept cas de stricturotomie avec quatre morts, soit 23,5 p. 100. Onze fois l'opération a été tentée pour des rétrécissements cicatriciels avec une mortalité de 27,28 p. 100. Les deux principales complications sont l'hémorragie et le phlegmon péri-œsophagien.

Avec l'œsophagotomie externe ou œsophagostomie, nous abordons les moyens de traitement hardis, les grands remèdes pour les grands maux. L'opération consiste à aller à la recherche de l'œsophage par le cou et à pénétrer par cette voie dans l'estomac. Les opérations qui ont été tentées dans ce but doivent être rangées dans trois groupes distincts. 1° Les plus nom-

breuses ont été faites au-dessous du rétrécissement dans le but d'établir une fistule pour nourrir le malade. Citons les opérations de TARENGET, MONOD, WILETTE, POINSOT, MENZEL, HOLMER (1882). M. MACKENZIE cite cinq cas d'œsophagostomie pour rétrécissements cicatriciels; la survie a été en moyenne de sept semaines. 2° Quelques chirurgiens ont ouvert l'œsophage au niveau du rétrécissement lui-même; tels sont WATSON, PODRAZKI, CZERNY, ainsi que nous l'avons dit, réséqua un fragment du conduit. 3° Enfin LAVACHERIE, BRUNS, KAPPELER, GUSSENBAUER, dans l'espoir de pouvoir franchir, dilater ou sectionner le rétrécissement, incisèrent l'œsophage au-dessus de la coarctation (*œsophagotomie combinée*).

Si le chirurgien choisissait l'œsophagostomie de préférence à la gastrostomie, c'est à l'opération de la boutonnière au-dessous du rétrécissement qu'il devra donner la préférence: c'est assez dire qu'elle ne convient qu'aux coarctations cervicales uniques.

La *gastrostomie*, opération assez récente, a été conseillée et pratiquée dans le but de permettre l'alimentation des malades atteints de rétrécissements; elle consiste à faire une bouche à l'estomac et à suturer ses bords à la plaie des téguments. Nous empruntons au travail de L.-H. PETIT les détails qui suivent. EGEBERG, chirurgien norvégien, aurait proposé le premier cette opération pour rétrécissement œsophagien en 1837; SÉDILLOT la pratiqua sur l'homme en 1849 sans succès. En 1880 PETIT avait réuni cinquante-six opérations dont quarante pour rétrécissements cancéreux, quatorze pour rétrécissements cicatriciels et deux pour rétrécissements syphilitiques. Parmi les sujets opérés pour rétrécissements cancéreux, trente-cinq sont morts de l'opération au bout de un à quatre jours; six autres considérés comme ayant guéri de l'opération sont morts de leur cancer dix-sept jours à six mois plus tard. Les sujets opérés pour rétrécissement cicatriciel ont vécu plus longtemps, puisque sur quatorze, six ont succombé de un à quatre jours, et huit ont survécu de vingt-huit jours à deux ans et plus. La statistique plus complète d'ALSBERG porte sur cent sept faits, dont vingt et un de rétrécissements cicatriciels. Ces vingt et un cas, les plus favorables, donnent dix succès opératoires dont six guérisons définitives et quatre morts, plusieurs mois après. La mortalité pour ces rétrécissements en particulier est de 52,38 p. 100.

Cette opération permet de calmer au moins partiellement la faim et la soif, de prolonger les jours du malade. Tant que l'œsophage est encore perméable, il nous semble qu'il y a avantage à laisser une sonde à demeure. SCHÖNBORN conseille de pratiquer la gastrostomie avant l'imperméabilité du conduit et se sert à cet effet d'un ballon qu'on insuffle. Son opéré survécut trois mois. Dès que le rétrécissement est devenu infranchissable, mieux vaut opérer que de chercher par des lavements nutritifs à soutenir les forces du malheureux. Si la sténose siège au tiers supérieur de l'œsophage, on devra faire l'œsophagotomie; dans les cas de rétrécissement thoracique, la gastrostomie, malgré ses chances restreintes, sera la dernière ressource. Encore le chirurgien devra-t-il s'abstenir toutes les fois qu'une complication viscérale et surtout pulmonaire existe. PETIT pense enfin qu'après le succès de la gastrostomie il serait indiqué de pratiquer le cathétérisme rétrograde des rétrécissements

cicatriciels. Cette indication a été réalisée avec succès par plusieurs chirurgiens. BERGMANN, SCHATTAUER entre autres, dans des rétrécissements cicatriciels, ont fait la gastrostomie avec succès et réussirent à faire le cathétérisme rétrograde (*Centralbl. f. Chir.*, 1884).

Depuis quelques années il s'est établi un courant éminemment favorable à la gastrostomie, à tel point que quelques chirurgiens étrangers comptent plus de dix opérés. Autant l'opération faite en deux temps par les procédés de LABBÉ plus ou moins modifiés convient aux rétrécissements cicatriciels, autant l'impression que laisse la lecture des dernières statistiques est défavorable dans les cas de rétrécissements cancéreux; les chiffres suivants sont assez éloquentes. Sur cent trente-sept opérés, trente et un sont morts de l'opération (dix-sept de péritonites, neuf d'affections pulmonaires, quatre de gangrène de l'estomac, un d'urémie); soixante-quatre ont succombé à l'épuisement, quarante-deux ont survécu, sur lesquels dix-sept sont morts: trois à deux mois; trois à deux mois et demi; trois à trois mois, deux à quatre mois, un à cinq mois, un à six mois, un à sept mois, deux à huit mois. Les opérés de TILLAUX et de BUTLIN se sont laissés mourir de faim.