

Les résultats de ces opérations sont relativement satisfaisants, quand la tumeur est limitée et mobile, satisfaisants, non seulement au point de vue opératoire immédiat, la mortalité étant nulle, mais encore au point de vue définitif, la guérison pouvant être durable, prolongée et même définitive.

Quand la tumeur est adhérente au maxillaire, le cas est mauvais, et généralement il vaut mieux s'abstenir. Cependant on est autorisé, quand l'intervention paraît devoir fournir encore quelques chances de succès, à tenter l'extirpation, et à la compléter par la résection d'une portion plus ou moins étendue de la mâchoire.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

PAR

MICHEL GANGOLPHE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon,
Chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu.

Tandis que certaines lésions de l'œsophage méritent surtout d'être connues à cause de leur extrême rareté, mais peuvent être signalées rapidement, d'autres affections se présentent avec une telle fréquence qu'il faut réserver la première place à l'étude de leurs symptômes et de leur traitement. C'est pour ce motif que les chapitres consacrés aux corps étrangers, aux rétrécissements cicatriciels et néoplasiques de l'œsophage ont été, de préférence, l'objet de considérations cliniques et opératoires importantes.

NOTIONS D'ANATOMIE CHIRURGICALE.

Étendu du pharynx à l'estomac, l'œsophage commence au niveau du disque intermédiaire à la sixième et à la septième vertèbre cervi-

MOUTON, Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien, thèse de Paris, 1874. — COMTE, Des accidents du cathétérisme de l'œsophage, thèse de Paris, 1877. — WALDENBURG, Œsophagoscopie (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1870). — MIKULICZ, Ueber Gastroskopie und Œsophagoscopie (*Centralblatt für Chir.*, 1881, p. 677). — HAMBURGER, Analyse par Henocque (*Gaz. hebdomadaire*, Paris, 1870-1872). — SAINTE-MARIE, Des différents modes d'exploration de l'œsophage, thèse de Paris, 1875. — BARETY, De l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition (*Revue de méd.*, Paris, 1884). — ROSENHEIM, Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens, 1891 (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895).

TERRIER, De l'œsophagotomie externe, thèse de Paris, 1870. — S. DUPLAY, De l'œsophagotomie (*Arch. gén. de méd.*, 1871). — MICHEL, art. ŒSOPHAGOTOMIE (*Dict. encyclop. des sc. méd.*, Paris, 1880). — IVAN WASSILOFF, *Vratch*, 1888, n° 25. — QUÉNU et HARTMANN, Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur (*Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1891). — JACOB POTARCA, L'œsophagotomie intrathoracique par le médiastin postérieur, thèse de Bucharest, 1894. — Roumanie médicale. — LEVY, Ueber die Resektion der Cardia (*Centralblatt für Chir.*, 1894). — REMY GAILLARD, thèse de Lyon, 1894.

STEFFEN, Krankheiten der Œsophagus (*Jahrb. für Kinderh.*, vol. II, 1868). — ZENKER et ZIEMSEN, Krankheiten der Œsoph. (*Handb. der spec. Path. und Therapie von Ziemsen*, Leipzig, 1877. Bd. VII. — LUTON, Art. ŒSOPHAGE (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1877). — MICHEL, Art. ŒSOPHAGE (*Dict. encyclop.*

cale et se termine au niveau de la onzième dorsale. Il occupe ainsi successivement les régions cervicale, thoracique et abdominale.

Au point de vue chirurgical, on peut dire qu'il commence au niveau du cartilage cricoïde, à 15 centimètres des arcades dentaires, pour se terminer au cardia.

La longueur moyenne de l'œsophage est de 22 à 25 centimètres, dont 4 ou 4,5 pour la portion cervicale, 16 à 18 pour la portion thoracique, 2 à 3 pour la portion abdominale. Tout instrument destiné à explorer l'œsophage, ou à pénétrer dans l'estomac, doit donc présenter une longueur d'environ 50 centimètres.

Dans un travail publié par notre élève Remy Gaillard, nous nous sommes préoccupé de faire connaître la *distance des incisives au sternum*, dans le but de préciser les voies d'accès, les indications opératoires dans les cas de corps étrangers.

Voici les données que nous pouvons fournir sur ce point :

Sur le cadavre congelé d'une femme, nous avons trouvé la distance des incisives au cardia égale à 37 centimètres; à la fourchette sternale, portion thoracique de l'œsophage, de 20 centimètres.

Chez un homme mesurant 1^m,70, nous avons trouvé le cardia distant des incisives de 40 centimètres et l'ouverture thoracique à 21 centimètres des dents.

Une femme de 1^m,55 présentait une longueur totale bucco-œsophagienne de 39 centimètres et la fourchette sternale était à 17,5 des incisives.

Un homme de 1^m,74 et une femme de 1^m,60 donnaient comme mesure des incisives au sternum, l'un 20 centimètres et l'autre 19,5.

Il est difficile évidemment d'établir une mesure moyenne, surtout que, comme le montre un tableau de Richardson portant sur quatorze cas, il n'existe pas de proportion entre la taille de l'individu et la distance du cardia aux incisives. Les dimensions de la portion supra-sternale et de la portion thoracique sont également très variables suivant les individus, dont le cou est plus ou moins long.

On peut dire cependant que chez la femme ces dimensions sont un peu moindres et sont de 18,5 à 19 centimètres pour la portion extra-thoracique et de 37 centimètres environ pour la longueur totale.

Chez l'homme, la distance des incisives au sternum est de 20 centimètres en moyenne, et la distance au cardia de 39 à 40 centimètres environ.

Pour Tillaux, la distance entre le cartilage cricoïde et la fourchette du sternum varie entre 4,5 et 8 centimètres, et la taille de ces sujets ne différait que de 3 millimètres. En se reportant aux tableaux

des sc. méd., 1880). — KOENIG, *Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke*, 1880). — MOREL-MACKENZIE, *A Manual of Diseases of the Throat and Nose*. London, 1884, t. IV. — ROSENHEIM, *Pathologie und Therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens*, 1891.

fournis par le même auteur sur la longueur de la portion cervicale de la trachée, du cricoïde au sternum, longueur qui, évidemment, est la même pour l'œsophage, on voit les chiffres varier de 5 à 6, 7 et même 8 centimètres.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'il n'y a pas de rapports constants entre la taille du corps et la longueur de l'œsophage. Ces données ont été confirmées encore dans le travail de Strauss (Berlin, 1884).

La *direction* de l'œsophage n'est pas parallèle à la colonne vertébrale, ainsi que le croyaient Richet et Chassaignac, erreur d'ailleurs relevée par Mouton au moyen des moulages qu'il a obtenus de l'œsophage sans ouvrir la cavité thoracique. Sur la coupe verticale et médiane, mentionnée plus haut, nous avons vu, en effet, que l'œsophage, immédiatement en contact avec la colonne vertébrale à son entrée dans le thorax, s'en sépare aussitôt en continuant en ligne sensiblement droite la direction qu'il a dans le cou, jusqu'au niveau de la troisième vertèbre dorsale. En ce point, il forme un angle arrondi de 25 degrés environ et se dirige presque perpendiculairement jusqu'à l'ouverture diaphragmatique. Le lieu de changement de direction correspond aux oreillettes dont l'œsophage est séparé seulement par le péricarde.

Le *calibre* de l'œsophage n'est pas uniforme : il existe trois points rétrécis, le premier à son origine, le second à 7 centimètres plus bas, à l'endroit même où l'œsophage se dévie à droite, le troisième à sa terminaison. Dans ces trois points, Mouton a trouvé 14 millimètres. Mais il faut remarquer que le rétrécissement inférieur tient surtout aux fibres musculaires du diaphragme. Par une distension brusque ou, si l'on aime mieux, extemporanée, les points rétrécis supérieurs atteignent 18 ou 19 millimètres, la partie inférieure mesure 25 millimètres et la partie moyenne de l'œsophage, qui est la plus extensible, arrive à 35 millimètres.

On devra donc toujours, si l'œsophage est normal, pouvoir introduire une olive de 14 millimètres au minimum.

Ajoutons que l'œsophage étant compris entre le cricoïde, la trachée en avant, la colonne vertébrale en arrière, il faudra se servir de préférence d'olives aplaties et non olivaires. (Chassagny.)

Quant aux dimensions de l'œsophage chez l'enfant, nous rappellerons que chez le nouveau-né, d'après Mouton, la distance qui sépare du cardia le bord gingival supérieur est de 17 centimètres environ. Il évalue à 6 millimètres le calibre de l'œsophage dans ses parties les plus étroites.

Nous compléterons ces renseignements par les données recueillies par Gaillard sur *la forme et les diamètres de l'œsophage observés sur des sujets congelés*.

L'œsophage va s'aplatissant progressivement de la région cervicale

au point où il change de direction et où sa lumière ne mesure pas 2 millimètres. Puis, ses parois s'écartent de nouveau, de façon à lui donner sur la coupe une forme elliptique jusqu'au cardia.

Le diamètre antéro-postérieur du calibre œsophagien était sur la coupe verticale de 1 centimètre au niveau de la neuvième vertèbre dorsale et gardait la même dimension jusqu'à la terminaison du conduit.

Nous avons pu mesurer le diamètre perpendiculaire au précédent, sur six coupes transversales passant par le thorax et pratiquées sur le cadavre d'un homme de quarante ans.

Première coupe, passant par la troisième vertèbre dorsale, à 1 centimètre au-dessus de son bord inférieur et à 16 millimètres au-dessous de la fourchette sternale, D = 12 millimètres.

Deuxième coupe, passant entre la deuxième et la cinquième vertèbre dorsale, D = 12 millimètres.

Troisième coupe, passant par le corps de la sixième vertèbre dorsale à 15 millimètres au-dessous de son bord supérieur, D = 12 millimètres sur 2,5 millimètres antéro-postérieur.

Quatrième coupe, passant entre la septième et la huitième vertèbre dorsale, D = 13 millimètres.

Cinquième coupe, passant entre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale, D = 16 millimètres.

Sixième coupe, passant par la onzième vertèbre dorsale, à 1 centimètre de son bord supérieur, D = 24 millimètres.

Sur ce sujet, l'œsophage présentait quelques différences avec celui de la femme sur laquelle était faite la section verticale. Il est cependant deux points parfaitement semblables : l'aplatissement progressif de l'œsophage jusqu'au niveau de la cinquième vertèbre dorsale et l'accroissement de son calibre jusqu'au voisinage du cardia.

Une seconde coupe verticale et médiane sur un sujet congelé nous a montré les mêmes dispositions et, de même que sur la première coupe, la paroi de l'œsophage devient plus épaisse à mesure que sa lumière augmente.

La distance à laquelle se trouve l'œsophage des téguments au niveau de la fourchette sternale nous a paru présenter quelque intérêt au point de vue opératoire. Elle est un peu variable avec les sujets, mais sur les coupes que nous avons observées, nous ne l'avons jamais trouvée inférieure à 5 centimètres. Dans un cas, elle était de 7 centimètres.

Au niveau de la onzième vertèbre dorsale, où se termine l'œsophage, celui-ci était distant de la colonne vertébrale de 22 millimètres, chez la femme dont on a fait la coupe antéro-postérieure, et de 19 millimètres chez un homme de quarante ans, dont nous avons pu consulter quelques coupes inédites dues à M. Testut.

Dans un certain nombre d'observations d'œsophagotomie, nous

avons vu mentionné un phénomène, dont la connaissance peut, dans quelques circonstances, faciliter l'extraction des corps situés à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage, c'est la *mobilité* du conduit suivant son axe. Grâce à elle, Eve a pu, dans le cours d'une œsophagotomie externe pour corps étranger, attirer l'œsophage assez haut pour sectionner un rétrécissement cicatriciel, situé à la partie supérieure de l'œsophage thoracique. Dans deux cas successifs, M. Roux a, par la même manœuvre, pu prolonger l'incision œsophagienne jusqu'au point où étaient fixés les corps (un dentier et un morceau de verre), dont l'extraction, jusque-là impossible, devint dès lors très facile.

Il est enfin une question dont la solution aurait une grande importance au point de vue opératoire, savoir, si, avec les doigts introduits par une incision cervicale et par le cardia, il est possible d'explorer toute l'étendue de l'œsophage. Richardson, qui a fait plusieurs fois des recherches dans ce but, l'affirme, et dit que le plus souvent les doigts peuvent être amenés au contact ou croisés légèrement. En tout cas, ils sont suffisamment rapprochés pour pouvoir y passer, sans difficulté, un dollar. M. Quénu dit également que les doigts sont très rapprochés l'un de l'autre.

Nous avons vérifié ce point et nous pouvons affirmer qu'il ne nous a jamais été possible de mettre en contact les doigts introduits en même temps, d'une part par l'œsophagotomie basse, d'autre part à travers le cardia même si la main est introduite dans l'estomac. Un espace de 4 à 6 centimètres sépare toujours les deux index. Nous verrons plus loin que la voie médiastinale elle-même ne supprime pas tous les desiderata.

Rapports. — Nous distinguerons successivement les rapports de l'œsophage : 1° au cou ; 2° dans sa portion thoraco-abdominale.

1° PORTION CERVICALE. — Situé immédiatement en arrière de la trachée, l'œsophage est en rapport en avant avec la portion membraneuse de ce conduit, dont il est séparé par un tissu cellulaire lâche. C'est là un excellent point de repère ; les anneaux de la trachée si faciles à reconnaître et à sentir doivent servir de guide pour la recherche de l'œsophage, bien que nous ne soyons pas partisan de l'incision médiane préconisée par Nélaton.

En arrière l'œsophage répond à la colonne vertébrale recouverte par les muscles et les aponévroses prévertébrales ; sur les côtés il est en rapport médial avec le lobe gauche du corps thyroïde. Le nerf récurrent droit est situé le long de son bord droit, le récurrent gauche sur sa face antérieure : aussi faut-il, quand on pratique l'œsophagotomie à gauche (ce qui est la règle), se porter le plus possible sur la face postérieure afin de ménager le nerf. Sur les côtés, notons encore les vaisseaux thyroïdiens et surtout l'artère thyroïdienne inférieure gauche.