

2° PORTION THORACO-ABDOMINALE. — Dans le médiastin postérieur, l'œsophage répond en avant à la bifurcation des bronches, principalement à la bronche gauche qui laisse même son empreinte sur la face antérieure du conduit alimentaire et présente des points d'insertion à quelques fibres musculaires œsophagiennes. La fréquence des lésions de la bronche gauche dans les cas de cancers, de corps étrangers de l'œsophage, s'explique par ces connexions. A noter aussi l'existence en ce point et au-dessous de paquets ganglionnaires, capables en se caséifiant d'ulcérer l'œsophage. Au-dessous des bronches, l'œsophage répond en avant au péricarde, en arrière au canal thoracique, à la grande veine azygos, aux artères intercostales droites, à du tissu cellulaire lâche, renfermant des ganglions.

Sur les côtés il répond à droite au feuillet droit du médiastin; à gauche à la crosse de l'aorte, carotides primitive et sous-clavière gauches. On sait que l'aorte, placée à gauche de l'œsophage, le croise pour venir se placer en arrière, puis un peu à droite; les deux organes figurent un X à branches allongées, l'œsophage en avant, l'aorte en arrière.

Les deux nerfs pneumogastriques côtoient l'œsophage, le gauche en avant, le droit en arrière.

Les rapports de la plèvre avec l'œsophage ont fait l'objet d'intéressantes recherches de la part de Quénu et Hartmann, et plus tard de Potarca.

C'est Nasiloff qui imagina et pratiqua le premier (sur le cadavre) l'œsophagotomie intrathoracique, mais dans son mémoire, s'il recommande les plus grandes précautions pour décoller la plèvre afin d'aborder l'œsophage, on ne voit pas qu'il se soit plus spécialement préoccupé des rapports anatomiques du sac pleural avec le conduit alimentaire.

L'incision qu'il fait à gauche parallèlement à la direction des apophyses épineuses dorsales, et à quatre travers de doigt plus en dehors, est profonde, jusqu'aux côtes. Celles-ci (les 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 7^e) sont réséquées dans leur partie la plus reculée, les intercostales liées; il se préoccupe ensuite d'isoler l'œsophage.

Quénu et Hartmann, comme nous l'indiquons plus loin, abordent également l'œsophage par une incision située à gauche et cela pour éviter de blesser la plèvre qui, à droite, s'insinue en arrière de l'œsophage. Cette disposition, qui figure déjà dans un Atlas de Braune (1), est, on le comprend, fort importante à connaître. Sur des coupes du thorax d'un cadavre congelé, on s'aperçoit que, tandis que la plèvre gauche, après s'être à peine déprimée dans la rainure costo-aortique, se continue pour ainsi dire directement sur le médiastin postérieur, la plèvre droite, après avoir tapissé la région costale,

(1) BRAUNE, Topograph. Anatomic. Atlas.

s'insinue entre la colonne vertébrale et l'œsophage, dépasse la ligne médiane et va former contre la partie latérale droite de l'aorte thoracique un cul-de-sac voisin de la plèvre gauche; de là, elle revient tapisser la face postérieure de l'œsophage et constitue alors le feuillet droit du médiastin.

Potarca, reprenant cette question, arrive à préconiser l'incision faite à droite parce que de ce côté l'on ne rencontre pas l'aorte, mais seulement la grande azygos, et que, d'autre part, la plèvre n'empêche nullement d'arriver sur l'œsophage au niveau même où l'on opère. Ce n'est que plus bas, à partir de la huitième dorsale, que la disposition précitée existe.

En un mot, l'œsophage peut être abordé par le côté droit depuis la partie la plus supérieure de la portion intrathoracique jusqu'au niveau de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale.

Depuis ce point, la voie vers l'œsophage par le côté droit n'est plus libre, la plèvre recouvrant entièrement l'œsophage.

En dehors de ces considérations opératoires, il faut remarquer que les rapports intimes de la plèvre droite avec l'œsophage expliquent très bien, fait noté par Behier en clinique, la prédominance des affections pleurales droites sur les gauches, au cours des maladies de l'œsophage.

Dans l'abdomen, l'œsophage repose sur les piliers du diaphragme et répond en avant au bord postérieur du foie.

Levy conclut de ses recherches que la région du cardia est accessible par la voie abdominale, et que l'on peut en réséquer une portion. Il suture ensuite l'extrémité œsophagienne à l'estomac. La section des vagues n'aurait pas de conséquence funeste, sur les animaux tout au moins.

EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE.

La situation profonde de l'œsophage le soustrait à l'exploration directe des doigts. Cependant le palper dans la région cervicale peut permettre de sentir un corps étranger fixé, une tumeur diverticulaire, rarement un néoplasme.

L'*œsophagoscopie*, malgré les excellents résultats qu'elle a donnés entre les mains de Rosenheim, ne peut être présentée comme une méthode pratique et à la portée de tous les chirurgiens. Personnellement, nous avons toujours cherché et trouvé, dans l'analyse des symptômes cliniques et les résultats du cathétérisme, les éléments de notre diagnostic.

Le *cathétérisme* constitue en effet le meilleur moyen de se renseigner sur le calibre de l'œsophage, le siège d'un obstacle.

Pour le pratiquer on se servira de différents instruments. Est-on à peu près certain que l'œsophage n'a pas subi d'altération très

notable dans sa structure et par suite dans sa consistance, on utilisera avantagement l'*explorateur à boules* ; mais si l'on est en présence d'un sujet plus ou moins cachectique, chez lequel on soupçonne un néoplasme, nous préférons explorer l'œsophage en nous servant soit de sondes en gomme, sans mandrin, soit de sondes en caoutchouc rouge dans lesquelles on introduit un gros fil de plomb comme mandrin.

Tout au moins, si vous utilisez constamment la cathéter à boules, devez-vous toujours procéder avec les plus grands ménagements. Ici plus encore que pour l'urètre, glissez, mais n'appuyez pas. Trop souvent un cathéter, une sonde conduits avec trop de force ont perforé l'œsophage et pénétré dans le médiastin, la plèvre, l'aorte.

C'est pour cela que nous repoussons pour la plupart des cas l'emploi des olives montées sur tiges de baleine. Méfiez-vous encore des mandrins en laiton destinés à augmenter la rigidité des sondes de caoutchouc rouge ou de gomme : très résistants eux-mêmes, ils peuvent passer à travers l'œil latéral de la sonde, ou son extrémité en cul-de-sac, et blesser l'œsophage et les organes voisins. Il est incontestable que les mandrins de plomb valent beaucoup mieux au point de vue de la sécurité.

Manuel de l'exploration. — Nous préférons, nous l'avons dit, la *sonde pleine de Bouchard*, en gomme, ou les sondes en caoutchouc rouge rendues plus rigides au moyen d'un mandrin de plomb. On aura la précaution d'huiler ce dernier avant de l'introduire dans le canal de la sonde, car on pourrait avoir de la peine à le retirer, *seul*, si l'on voulait laisser la sonde à demeure plus ou moins longtemps par exemple.

Le malade est assis en face du jour, la tête renversée et soutenue par un aide ; l'arrière-gorge a été insensibilisée par quelques badigeonnages à la cocaïne. La sonde, dont l'extrémité a été trempée dans l'huile ou de l'eau tiède, est conduite par la main droite, tandis que l'autre, enfoncée vers le pharynx, la dirige vers l'orifice œsophagien. On opère sans brusquerie, en laissant respirer le malade, et on glisse peu à peu la sonde, en profitant des mouvements de déglutition que l'on commande au patient.

Rencontre-t-on un obstacle, il ne faut pas pousser, mais tenir appuyée contre lui l'extrémité de la sonde. Si, au bout d'un moment, la résistance n'est pas vaincue, ne jamais employer la violence : retirer la sonde, en prendre une plus petite, ou changer l'olive du cathéter.

L'accident le plus fréquent est l'introduction de l'instrument dans les voies respiratoires. Une douleur vive, accompagnée de toux convulsive, avertit en général le chirurgien.

On a tenté d'appliquer l'*auscultation* au diagnostic des affections de l'œsophage (Hamburger). On place l'oreille ou le stéthoscope à gauche du malade sur le dos, le sujet étant assis, les bras croisés sur la poitrine, et on lui fait avaler une cuillerée de liquide.

A l'état physiologique, le bruit perçu donne la sensation d'un corps ovoïde descendant le long de ce conduit ; c'est un bruit de glissement doux accompagné de glouglou. Les modifications dans l'intensité, la durée, les caractères du bruit offriraient quelques données utilisables pour le diagnostic. Tout cela est encore du domaine de la théorie et paraît jusqu'à présent ne pas avoir donné de résultats.

I

VICES DE CONFORMATION DE L'ŒSOPHAGE

L'incertitude et les doutes qui règnent encore sur le développement de l'œsophage ne nous permettent pas de mettre sous les yeux du lecteur les diverses théories émises sur ce point (1). Au surplus, quelle que soit celle que l'on adopte, il est difficile d'expliquer la totalité des vices de conformation qui ont été observés (2).

Nous les classerons de la manière suivante :

Absence totale de l'œsophage ;

Absence partielle avec abouchements anormaux ;

Rétrécissements congénitaux ;

Dilatations congénitales ;

Diverticules congénitaux.

Absence totale de l'œsophage. — Nous passerons sur ces faits qui sont du domaine de la tératologie pure : la vie de l'enfant, en général, n'est pas possible, à cause de la coexistence d'autres malformations.

Absence partielle avec abouchements anormaux. — Tantôt une simple imperforation, constituée par une cloison transversale, plus ou moins épaisse, caractérise seule l'absence partielle du conduit œsophagien ; tantôt les deux bouts sont distants l'un de l'autre, mais reliés par un cordon fibreux ; dans d'autres cas, le bout supérieur est terminé en cul-de-sac, alors que le bout inférieur vient s'ouvrir dans les voies respiratoires.

(1) LAMB, Congenital tracheo-œsophageal fistules (*Philad. med. Times*, 1872-1873, t. III, p. 705). — EYQUEM, Malformations congénitales de l'œsophage, thèse de Paris, 1875. — REGNIER (P.), Du développement de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif, thèse d'agrégation, Paris, 1883. — BOISART, Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1886). — VINCENT, Imperforation de l'œsophage (*Lyon médical*, 1887). — GROSS, Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, t. V, 1891. — HARTMANN, Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, t. V. — MARCHEGUET, thèse de Montpellier, 1893. — LEFOUR, *Bull. médical*, 1896, p. 667.

(2) Nous renverrons à l'excellent article de Delamarre et Descazals (*Gaz. des hôp.*, février 1897), et de Lefour, pour la bibliographie ainsi que pour l'exposé détaillé des notions embryogéniques susceptibles d'expliquer les diverticules de l'œsophage.

Les faits qui se rapportent à ces anomalies sont assez nombreux. En 1866, Tarnier en rapportait une douzaine de cas, Luschka, Annandale, Perier, Paul Regnier, Vincent (1887) ont publié et collationné ces observations. De leur analyse il résulte que le bout supérieur manque exceptionnellement. Duval et de Hervé ont recueilli une pièce sur laquelle se voit une cloison formée en arrière du voile du palais. Tout récemment Lefour publiait un cas d'imperforation de l'œsophage avec large communication trachéo-œsophagienne.

Le plus souvent le bout pharyngien se termine en cul-de-sac à environ 4 centimètres du bord supérieur du cartilage thyroïde ; suivant les cas, il est libre, adhère à la trachée ou est relié au bout inférieur gastrique par un cordon fibreux.

D'après Luschka, le bout pharyngien serait uniquement formé de fibres striées, ce qui indiquerait un arrêt de développement portant principalement sur l'œsophage.

Le bout inférieur s'ouvre dans la trachée, le plus souvent au voisinage des bronches ; quelquefois même dans la bronche droite. L'orifice de communication offre les dimensions et les formes les plus variables ; admettant à peine un stylet dans quelques cas, il peut être ovalaire, semi-lunaire ou affecter l'aspect d'une fissure.

Les nouveau-nés atteints de semblables malformations sont voués à la mort. Le lait qu'ils ingurgitent pénètre dans les voies respiratoires, déterminant des accès de suffocation, parfois de véritables vomissements de matières stomacales qui sont chassées par l'ouverture du larynx.

D'après König, la vie ne dépasse guère le septième jour. Cependant Lamb a observé une fistule trachéo-œsophagienne sur un enfant de sept semaines qui succomba à une pneumonie.

La gastrostomie, malgré sa gravité dans de pareilles conditions, est la seule thérapeutique rationnelle : on utilisera également les lavements alimentaires.

Rétrécissements congénitaux. — Les anciennes observations de Rossi, Tenon, Bailhé, signalées par Mondière, sont les seules observées chez l'enfant et qui permettent de croire à la réalité des rétrécissements congénitaux. Il y a cependant d'autres arguments ; le fait que les adultes qui en sont porteurs ont présenté des troubles dysphagiques depuis leur enfance, la disposition régulière, non cicatricielle, l'intégrité de la muqueuse sont autant de motifs pour que l'on puisse croire à leur origine congénitale.

Ordinairement incomplets, valvulaires, ils siègent à l'union du pharynx avec l'œsophage, parfois au cardia ou même à la partie moyenne. Enfin, pour Rokitansky et P. Berg, ils se différencient des rétrécissements acquis par leur tendance à s'accompagner de poches diverticulaires.

II

DILATATION DE L'ŒSOPHAGE. — DIVERTICULES

L'œsophage peut être dilaté suivant sa circonférence, en totalité, ou seulement en un point ; dans ce dernier cas, la paroi œsophagienne distendue progressivement donne naissance à un diverticule, à une poche appendue au conduit alimentaire (1).

L'ectasie ou dilatation circonferentielle, comme la dénomme justement Hartmann, relève d'une sténose congénitale, cicatricielle ou cancéreuse. Habituellement, le cancer ne détermine pas la dilatation de la portion sus-jacente de l'œsophage ; il ne faudrait pas considérer comme tels les cas où l'épithélioma, en détruisant les tissus, a créé au-dessus d'un point rétréci une sorte de cloaque. Jamais nous n'avons observé d'augmentation de calibre de l'œsophage, comme le ferait supposer *a priori* l'augmentation de pression due à la stagnation des aliments. La sténose du cardia serait celle qui prédispose le plus à l'ectasie ; Rosenheim figure une dilatation avec hypertrophie musculaire au-dessus d'un rétrécissement cancéreux du cardia. La sténose pylorique, d'après Klebs, pourrait déterminer les mêmes effets. Sur une pièce examinée au laboratoire de R. Tripier (cancer du cardia), je n'ai pas noté la moindre modification de calibre.

Il n'en est pas de même pour les sténoses cicatricielles : quand les rétrécissements ont été produits par des brûlures étagées, on remarque des dilatations superposées entre les points rétrécis, d'où un aspect légèrement moniliforme.

L'ectasie congénitale est très étendue, a un aspect fusiforme, régulier.

Zenker a vu l'œsophage ectasié atteindre des proportions considérables, 47 centimètres en longueur, 14 centimètres en largeur. En même temps, la tunique musculaire s'hypertrophie considérablement, la tunique muqueuse restant intacte, bien qu'elle ait présenté des points de ramollissement, avec végétations. Letulle a relaté un fait tout aussi intéressant et qui n'avait donné lieu en clinique à aucun symptôme. A l'autopsie, l'œsophage, extrêmement dilaté, se présentait sous la forme d'une poche cylindroïde, terminée en bas par un cardia

(1) CRUVEILHIER, Anat. path. liv., 38, in folio. — ZENKER et ZIEMMSEN, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Bd. VII, 1877. — KOENIG, *Deutsche Chirurgie*, 1880. — EICHORN, *Medical Record*, New-York, 1888. — BERGMANN, *Soc. de méd. de Berlin*, 1890. — HARTMANN, *Traité de chirurgie*, t. V. — MARCHEGUET thèse de Montpellier, 1893. — DELAMARRE et DESCAZALS, *Gaz. des hôp.*, février 1897. GIRARD, *Congrès français de chirurgie*, 1896. — LETULLE, *Soc. anat.*, 1894. — FAURE, thèse de Paris, 1894.