

autre, lorsqu'on se propose d'introduire la main dans l'estomac. Si l'on croit pouvoir, avec le seul secours des instruments, arriver à extraire le corps, on peut alors faire l'incision médiane qui sera plus commode, quoique l'incision oblique permette la même manœuvre.

Cette dernière a encore l'avantage de permettre d'attirer au dehors une plus grande partie de l'estomac et de faciliter ainsi le choix du point où on l'ouvrira.

L'auteur, sans attribuer une grande importance aux inconvénients des manœuvres manuelles dans l'intérieur de l'estomac, recommande cependant d'essayer toujours le passage d'instruments par une petite boutonnière stomacale. Par cette méthode il a pu, dans plusieurs expériences cadavériques, arriver à saisir et à extraire des corps situés dans l'œsophage au delà de l'atteinte des doigts. Le meilleur moyen de pratiquer cette manœuvre est le suivant : L'estomac, attiré hors de l'incision abdominale, est maintenu par un aide qui tire sur lui suffisamment pour redresser la petite courbure. L'instrument est alors passé dans l'estomac par une petite ouverture et suit la poulie formée par le redressement des bords de la petite courbure. Pendant ce temps, la main gauche introduite dans la cavité péritonéale saisit le cardia par sa face externe et ne permet pas à l'instrument de s'égarer dans le cul-de-sac que vient former la grande courbure au niveau de l'orifice œsophagien.

Si cette manœuvre ne réussit pas, il ne faut pas hésiter à ouvrir l'estomac d'une façon plus large, en évitant les réseaux vasculaires, et à introduire dans sa cavité la main pour aller à la recherche du corps. Dans ce dernier cas, l'incision oblique permet d'agir plus à l'aise, comme nous l'avons déjà dit.

Bull préfère l'incision abdominale médiane, parce que, dit-il, le cardia est ainsi plus à portée, étant lui-même à peu près sur la ligne médiane, et la colonne vertébrale servant de guide pour aller à sa recherche. Quoique dans son observation il n'ait pas introduit la main dans la cavité péritonéale, il croit que pour un adulte chez qui la paroi abdominale est moins souple, on ne pourrait agir de même ; mais, dans tous les cas, il pense que l'on peut se contenter d'une incision stomacale tout juste suffisante pour l'introduction du doigt. Celui-ci refoule devant lui la paroi antérieure de l'estomac et pénètre dans le cardia sans trop de peine.

Le traitement consécutif à l'opération est des plus simples. Des lavements nutritifs permettent au malade d'attendre au moins quarante-huit heures. Après ce temps, on peut donner quelques liquides par la bouche, et au bout d'une semaine le patient peut reprendre l'alimentation commune.

En tout cas, la gastrotomie semble être l'opération de choix pour les corps étrangers situés à la partie inférieure de l'œso-

phage. Ainsi qu'on a pu le voir au chapitre précédent, l'œsophagotomie a bien été pratiquée quelquefois pour des corps situés très profondément, mais au prix de quelles difficultés et de quels désordres ?

Aussi croyons-nous devoir conclure avec Bull : « Comme règle générale, on peut agir sur tous les corps engagés dans l'œsophage par une opération sur le cou, s'ils sont arrêtés à la portée du doigt opérant dans la blessure œsophagienne. Cette distance est de 6 pouces à partir du cartilage cricoïde, selon les mensurations de Richardson. Au delà de ce point, la gastrotomie serait nécessaire et probablement sûre et efficace. »

Nous croyons pouvoir tirer de ces travaux les conclusions suivantes :

1° La fourchette sternale correspondant à la troisième vertèbre dorsale, on peut admettre que l'œsophagotomie cervicale aussi basse que possible permet d'atteindre, à l'aide du doigt ou d'une pince, un corps étranger situé à quelques centimètres plus bas. Comme le dit justement Hartmann, l'obliquité en bas et en avant des côtes est un fait qu'il ne faut pas oublier, et région cervicale n'est pas synonyme de segment du cou correspondant aux vertèbres cervicales. Une incision cervicale permet d'aller plus bas qu'on ne le supposerait *à priori*.

2° Quant aux corps étrangers arrêtés au niveau de la bifurcation des bronches (cinquième dorsale), ou un peu au-dessous, jusqu'à la septième, huitième au maximum, si Hartmann, Krönlein, estiment qu'il faut encore chercher à les extraire par l'œsophagotomie externe, (et nous partageons cet avis), on ne peut disconvenir que la voie médiastinale ne soit parfaitement justifiée.

3° Mais plus bas, à partir de la huitième dorsale, en raison des rapports étroits de l'œsophage avec la plèvre, nous conseillerions de recourir à la gastrotomie.

XI

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS DE L'ŒSOPHAGE

Le titre même de ce chapitre indique que nous éliminerons de notre étude tous les faits de réduction du calibre de l'œsophage d'origine extérieure, par compression, déplacement, etc., ou tenant simplement à un spasme de sa tunique musculaire. Nous n'avons en vue que les *atrésies consécutives à la cicatrisation des plaies résultant de lésions traumatiques, de brûlures ou d'ulcérations*.

Étiologie. — Anatomie pathologique. — Le plus souvent, les rétrécissements cicatriciels succèdent à l'ingestion de liquides caustiques, ou brûlants : parfois une inflammation chronique de l'œsophage

une ulcération (Debove), la syphilis (?) peuvent déterminer la formation d'une sténose. Dans un certain nombre de cas (Günther), il serait impossible de reconnaître nettement l'origine de l'affection.

Les rétrécissements cicatriciels consécutifs aux brûlures peuvent siéger dans toute l'étendue du conduit alimentaire; parfois c'est surtout aux deux extrémités qu'ils sont le plus marqués. En général diffus, irréguliers, portant sur la totalité ou une partie de la circonférence, ils diffèrent des rétrécissements produits par le contact d'un corps étranger, qui eux sont localisés à la région atteinte.

Nous formulons cette opinion d'après les auteurs. A notre avis, il faut de graves désordres pour qu'un rétrécissement survienne dans ces conditions. Nous avons cité ailleurs un fait de sphacèle partiel de l'œsophage, avec œsophagotomie externe, sans qu'il y ait eu de sténose consécutive.

Ordinairement, il n'y a pas de dilatation en amont de l'obstacle (West), bien qu'on ait pu en observer exceptionnellement; par contre, les parois peuvent être plus ou moins altérées, friables; aussi le cathétérisme devra-t-il toujours être fait avec la plus grande prudence. Histologiquement, on constate l'existence d'un tissu fibreux remplaçant en grande partie les éléments normaux des diverses tuniques œsophagiennes.

Symptomatologie. — L'apparition des phénomènes de sténose a été précédée d'une période plus ou moins longue de souffrances, de dysphagie, parfois de signes d'intoxication, succédant immédiatement à l'ingestion de liquides caustiques et toxiques. C'est souvent au moment où le malade croit revenir à la santé que surgissent les premiers signes de rétrécissement. Peu à peu la gêne de la déglutition augmente; malgré une mastication parfaite, le choix d'aliments de consistance molle, la précaution de boire entre chaque gorgée, le malade n'avale que lentement, péniblement. Les liquides eux-mêmes finissent par ne plus passer; les régurgitations deviennent constantes; en même temps l'état général s'aggrave et la mort surviendrait si l'on ne parait à l'inanition.

Le diagnostic s'établit à la fois par les commémoratifs et par l'exploration de l'œsophage.

Nous avons dit qu'il valait mieux employer des bougies en gomme que les tiges de baleine: on procédera toujours avec la plus grande prudence. En général, le diagnostic est facile à poser; et nous n'insisterons pas sur les caractères propres au spasme de l'œsophage, au cancer, exposés ailleurs.

Nous n'attachons qu'une importance secondaire au ralentissement de la déglutition (12 ou 15 secondes au lieu de 4) constaté à l'auscultation; de même l'œsophagoscopie ne peut être employée que très exceptionnellement et par des mains exercées.

Le pronostic est grave; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions

entraînent ordinairement la mort, soit par inanition, soit par lésions de voisinage (perforation, suppuration), ou encore par tuberculose. Même traitées et guéries chirurgicalement, elles restent exposées à la récurrence.

Traitement. — Le traitement des rétrécissements cicatriciels est entièrement chirurgical.

La cautérisation (nitrate d'argent, alun) employée par Gendron, Andrews, Hamburger, doit être abandonnée à cause de son action aveugle, difficile à limiter; au surplus n'est-il pas illogique de substituer à une cicatrice un autre tissu cicatriciel présentant les mêmes propriétés de rétraction?

L'œsophagotomie interne imaginée par Maisonneuve en 1861 est loin de présenter les mêmes avantages et surtout la même innocuité que l'urétrotomie interne. Malgré les efforts de son auteur, de Lannelongue, Trélat (fig. 58), Dolbeau, Tillaux, Le Dentu, Rose, Schiltz, on tend de plus en plus à l'abandonner. Les hémorragies, les phlegmons périœsophagiens ont trop souvent entraîné la mort des opérés (27 sur 100, Mackenzie). Cependant Schiltz aurait sauvé tous ses malades (9 cas: 9 succès).

Il est évident que les succès fournis par la gastrostomie combinée à la dilatation se multiplient et contribuent à substituer l'intervention à ciel ouvert aux sections profondes, toujours forcément plus ou moins aveugles.

L'électrolyse (Stern, Bœckel, Fort) unie à la dilatation aurait donné plusieurs succès. Toutefois nous ne saurions la préconiser à cause des escarres profondes et du tissu inodulaire qu'elle peut ultérieurement déterminer.

Quant à l'œsophagotomie externe, faite au-dessus ou au niveau du rétrécissement, elle ne peut être que très exceptionnellement pratiquée, en raison de la diffusion des lésions. Waldenburg, Mikulicz, ayant fait une boutonnière cervicale, ont pu introduire des bougies et dilater un rétrécissement situé plus bas.

Gussenbauer a débridé directement par la même voie une sténose cicatricielle.

Ajoutons que la création d'une bouche œsophagienne (œsophagostomie) au-dessus de l'obstacle, toujours pour les raisons sus-énoncées, doit être bien rarement possible. Tarenget, cité par Hartmann, relate le fait d'une religieuse qu'on alimenta pendant seize



Fig. 58. — Œsophagotomie de Trélat.

mois par une plaie œsophagienne faite au-dessus du point rétréci.

DILATATION. — *Dilatation progressive temporaire.* — Bouchard a fait construire une série de bougies cylindro-coniques, régulièrement calibrées (fig. 59), analogues à celles employées pour l'urètre.

La thèse de son élève Lesbini contient tous les détails concernant sa méthode de traitement.

D'après Lesbini, la sonde doit être laissée en place durant cinq à huit minutes au plus, en ayant la précaution de recommander au malade de tenir la tête penchée en avant, pour éviter la pénétration de mucosités dans le larynx dont la sécrétion est momentanément augmentée.

On agira lentement, avec prudence, sans déterminer de violence.

Le même numéro sera passé à plusieurs séances consécutives : celles-ci n'auront lieu que tous les deux ou trois jours. D'après Lesbini, la dilatation ne devrait pas être portée au delà de 15 à 19 millimètres pour les enfants de deux à quinze ans, de 20 à 22 millimètres chez les adultes (1).

La durée du traitement est certainement assez longue ; en outre, si l'on veut éviter les récives, il est nécessaire de continuer à passer des sondes au moins une fois par mois.

La *dilatation brusque* de Flechter est une méthode dangereuse, et qu'il vaut mieux laisser dans l'ombre. Il

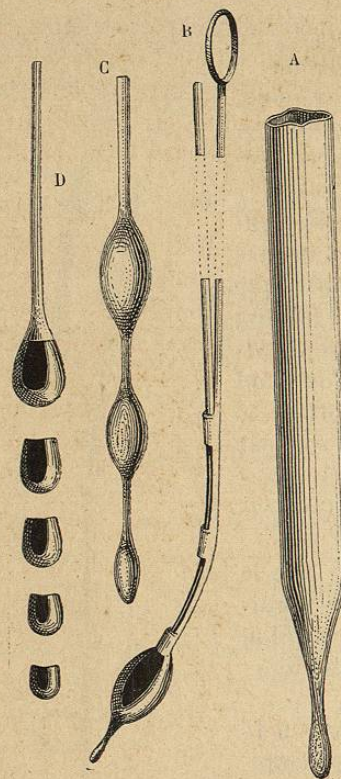


Fig. 59. — A, bougie dilatatrice de Bouchard ; — B, C, D, Dilatateurs de Verneuil, Velpeau, Trélat.

en est de même du *cathétérisme forcé*.

Nous ne voudrions pas proscrire d'une façon absolue le procédé de Schreiber (dilatation au moyen de l'eau), et de Reichmann (air comprimé), puisque l'un d'entre eux, combiné à la gastrostomie, a donné un bon résultat entre les mains de Jaboulay.

Nous nous contenterons de citer les tentatives de dilatation faites par Jameson et Senator au moyen de cordes à boyaux ou de tiges de laminaire.

La *dilatation immédiate progressive* de Le Fort n'est pas autre

(1) LESBINI, Traitement des rétrécissements œsophagiens par la dilatation temporaire progressive, d'après la méthode de Bouchard, thèse de Paris, 1873.

chose que l'application à l'œsophage de la méthode usitée pour les rétrécissements de l'urètre.

Elle consiste essentiellement à introduire à la suite d'une bougie conductrice fine, armée d'un pas de vis, une série de bougies cylindro-coniques de grosseur progressivement croissante. Dans certains cas de rétrécissements assez souples, peu étendus, cette méthode peut rendre des services ; nous serions même disposé à la mettre en vedette, étant donnée son utilité dans la thérapeutique des rétrécissements de l'urètre. On n'est pas tenu de pousser avec rapidité la dilatation ; on peut aller aussi lentement qu'on le veut et, d'autre part, on évite, grâce à la bougie conductrice, tout tâtonnement. On réduit, par suite, à son minimum l'irritation de l'œsophage.

On peut enfin combiner cette méthode à celle de Bouchard, du moment où l'on est parvenu à introduire facilement une bougie d'un certain calibre, en abandonnant l'emploi du conducteur.

Quant à la *dilatation permanente* au moyen d'une bougie laissée en place depuis quelques heures jusqu'à un jour, on pourra certainement l'utiliser dans le cas de rétrécissement serré, difficile à franchir. Bien que ne possédant pas de donnée personnelle, il est permis d'en conclure, par analogie avec ce qui se voit pour l'urètre, que c'est un moyen à employer et susceptible de rendre de grands services.

GASTROSTOMIE (1). — Lorsque les tentatives de dilatation restent infructueuses, ou du moins ne donnent pas de résultats rapides, il importe de ne pas laisser le malade s'affaiblir.

L'indication qui se pose, dominante, est la création d'une bouche stomacale.

Depuis les premiers succès de Verneuil (1876), de Trendelenburg, etc., cette opération est devenue presque banale, et c'est à elle que l'on a recours du moment où la dilatation a échoué.

Non seulement elle permet d'alimenter le malade, mais elle exerce une sorte de sédation sur l'œsophage ; si bien que le cathétérisme et la déglutition deviennent spontanément possibles dans une certaine mesure au bout de quelque temps. On sait que la *gastropexie* seule a pu donner de tels résultats. Il en résulte que la gastrostomie n'est pas seulement un moyen palliatif, mais qu'elle facilite la reprise des tentatives de cathétérisme, et par suite la guérison de la sténose.

Demons (2) s'est arrêté à la conduite suivante, après plusieurs séances de recherches prudentes : si le rétrécissement est reconnu infranchissable, ou très serré, ou rebelle à la dilatation, il fait la gastrostomie.

A partir du moment où la bouche stomacale est ouverte, le malade n'avale plus rien par la bouche, afin de laisser à l'œsophage le

(1) Voir au chapitre suivant la technique à suivre pour pratiquer la gastrostomie.

(2) DEMONS, *Congrès de chir.*, 1895.

temps de se reposer. Après trois semaines ou un mois on reprend les tentatives de cure du rétrécissement et on est tout étonné de la facilité avec laquelle on franchit le rétrécissement. Si la dilatation échoue, on peut avoir recours à la section du rétrécissement.

Dans un cas où le cathétérisme était extrêmement pénible chez une jeune fille qui avait subi la gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel, Jaboulay (1) imagina de dilater l'œsophage au moyen de l'air comprimé. Il fit construire pour cela des sondes spéciales, portant vers leur tiers inférieur un manchon extérieur de caoutchouc, long de 9 centimètres, communiquant avec l'intérieur de la sonde par des trous creusés sur elle à son niveau et pouvant être, par suite, distendu par une insufflation ou une projection d'air faite à l'extrémité libre de cette sonde. Cette insufflation se faisait au moyen d'une poire en caoutchouc qui s'adaptait à la sonde et dont la capacité est calculée avec celle du manchon pour distendre celui-ci d'environ 25 à 30 millimètres. Un robinet permet d'empêcher l'air insufflé de sortir de l'appareil. On comprend le mécanisme du traitement; la sonde est introduite, puis l'on insuffle la poche; on retire lentement, très lentement la sonde. Il en résulte une pression élastique, plus douce et infiniment moins douloureuse que celle des cathéters ordinaires: ajoutons que la malade guérit.

On peut même profiter de l'ouverture gastrique pour tenter des manœuvres de dilatation de bas en haut.

Petersen (2) a présenté un jeune homme de vingt ans qui, à la suite de l'ingestion d'une solution de potasse caustique, eut un double rétrécissement: le premier, excentrique, occupait le point d'entre-croisement de l'œsophage avec la bronche; le second, très étroit, plus inférieur, s'opposait à toute dilatation. Petersen dut établir une fistule gastrique, mais les tentatives de cathétérisme direct ou rétrograde échouèrent. On eut alors recours au procédé de Kraske. Il recommanda au sujet d'essayer d'avaler chaque jour une ficelle ayant un nœud à l'un des bouts, tandis que l'autre bout était maintenu hors de la cavité buccale. Le malade réussit à avaler cette ficelle dont le bout inférieur fut attiré hors de l'estomac. On y fixa une petite olive qui rendit possible la dilatation du rétrécissement.

Actuellement le sujet peut être considéré comme guéri: la fistule gastrique reste à fermer.

P. Abbe (3) a préconisé et employé un nouveau procédé d'œsophagotomie, que nous signalons seulement à titre d'originalité, auquel il donne le nom d'*œsophagotomie à la ficelle*.

Ce procédé, applicable surtout d'après lui aux rétrécissements cicatriciels situés à la partie inférieure de l'œsophage, nécessite l'ouver-

(1) JABOULAY, *Lyon méd.*, 1896.

(2) PETERSEN, *Congrès des chir. allemands*, 1896.

(3) P. ABBE, *New York med. Journ.*, juil'et 1896.

ture simultanée de l'œsophage (au cou) et de l'estomac. Ceci fait, voici comment il opère. Après avoir franchi le rétrécissement avec une fine bougie et guidé au moyen de celle-ci la ficelle qui traverse le rétrécissement, on introduit rapidement une bougie conique que l'on pousse par l'orifice du cardia jusqu'à ce qu'elle ne puisse pénétrer davantage. Cette bougie étant tenue par un aide, l'opérateur imprime à la ficelle des mouvements de scie et divise le tissu du rétrécissement dont la tension est maintenue par la bougie. A mesure que les tissus sont sectionnés, la bougie est poussée davantage, de manière à opérer la tension d'une façon permanente. Cette pratique est continuée jusqu'à ce que l'œsophage, au niveau du rétrécissement, ait été ramené à son calibre normal. La compression des tissus divisés étant maintenue pendant tout le temps que s'opère la section, la perte de sang est nulle.

Dans un cas, il suivit cette technique, faisant introduire par le cardia des bougies de plus en plus grosses à mesure que le tissu cicatriciel était divisé. Les suites de l'opération furent des plus simples: on laissa d'abord pendant quelques jours une sonde œsophagienne à demeure; celle-ci enlevée, la fistule du cou se cicatrisa spontanément. On continua alors à nourrir l'opéré par la fistule gastrique; celle-ci fut oblitérée à son tour et l'alimentation reprise par les voies naturelles. Deux mois après l'opération, la guérison paraissait complète et le cathétérisme œsophagien avec les grosses sondes des plus faciles.

XII

NÉOPLASMES DE L'ŒSOPHAGE

A. Tumeurs bénignes. — Les tumeurs bénignes de l'œsophage sont des plus rares: un certain nombre d'entre elles mériteraient même le plus souvent d'être dénommées tumeurs du pharynx. Toutefois, comme elles plongent dans l'œsophage, par suite de leur pédiculation, nous leur maintiendrons cette étiquette (1).

Qu'il s'agisse de productions kystiques (kystes dermoïdes, kystes à épithélium cilié) ou de papillomes, fibromes, myomes, leur tendance à revêtir la forme polypoïde est à peu près constante.

L'observation suivante relatée par Minsky, montre dans quelles circonstances particulièrement bizarres on peut observer parfois ces tumeurs polypoïdes de l'œsophage.

Une paysanne de soixante-cinq ans environ vint consulter M. Koch

(1) KOENIG, *Traité de chirurgie*. — GROSS, *Pathol. et clin. chir.* — HARTMANN, *Traité de chirurgie*, t. V. — JEANNEL, *Encyclop. intern. de chirurgie*. — BERT, *Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage: étude des divers procédés*, thèse de Lyon, 1896. — VERGEZ, *De la gastrostomie à l'heure actuelle*, thèse de Bordeaux, 1896.