

ments 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^o la cautérisation du rétrécissement; 2^o le cathétérisme forcé; 3^o la divulsion; 4^o la dilatation; 5^o 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-il 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, 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 $\frac{1}{3}$ de millimètre de diamètre, jusqu'à des sondes de 2 centimètres d'épaisseur. Richet à 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 $\frac{1}{4}$ 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.

B. — *OEsophagostomie 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 1857 par Egebert (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.

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.

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 la 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 Cervenille 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.

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 musculieuse est surtout très épaisse; 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.

Les symptômes de l'ectasie œsophagienne ne dépendent que d'une cause: l'accumulation des matières alimentaires dans la partie dilatée. Aussi les ectasies qui ne succèdent point à un rétrécissement passent-elles absolument inaperçues. Les autres s'accompagnent de dyspnée par compression de la trachée, des bronches ou des poumons, de toux, de régurgitation d'aliments ingérés depuis un temps plus ou moins long. L'examen au moyen de la sonde œsophagienne

fait constater que l'instrument se meut très librement dans le conduit.

Le traitement est nul ou réduit à celui du rétrécissement.

2° *Diverticules de l'œsophage.* — Avec Rokitansky, Zenker et Ziemssen, on peut distinguer deux espèces de diverticules œsophagiens : les diverticules par traction et les diverticules par pulsion. Les premiers sont peu importants ; ils ne méritent pas de nous arrêter. Ce sont le plus souvent des ganglions lymphatiques enflammés, adhérents à l'œsophage et plus tard rétractés fortement, qui créent ces dépressions toujours légères.

Les diverticules par pulsion sont tout différents. Ils constituent de vraies poches susceptibles de prendre un développement pour ainsi dire indéfini. On les trouve le plus souvent à l'union du pharynx et de l'œsophage, quelquefois sur l'œsophage même à la hauteur de la bifurcation des bronches, très rarement ailleurs. Ils occupent l'espace situé entre l'œsophage et la colonne vertébrale, et se prolongent en suivant une direction verticale, jusqu'à une distance plus ou moins considérable dans l'intérieur de la poitrine. Leur volume varie dans les limites les plus étendues : des dimensions d'une noix à celles d'une tête d'enfant. Leur forme est celle d'un sac rond et allongé uni à l'œsophage par une portion étroite, sorte de col, et terminé par une extrémité convexe élargie. L'ouverture du diverticule est tantôt large, tantôt étroite ; c'est ordinairement une fente verticale, médiane, siégeant sur la face postérieure de l'œsophage. Ses parois comprennent souvent les trois tuniques du pharynx ; quelquefois la tunique musculaire manque ; la tunique muqueuse a fait hernie à travers les fibres de la musculature. A sa face interne la muqueuse montre les altérations que nous avons déjà signalées dans les ectasies.

L'étiologie de cette affection est encore mal connue. On peut invoquer des causes très différentes : ainsi 1° des malformations congénitales par oblitération incomplète d'une fente branchiale, ce qui est en rapport avec la fréquence du diverticule à la partie supérieure de l'œsophage, ou par quelque trouble dans l'évolution au moment où s'établit la séparation entre la trachée et l'œsophage ; — 2° des traumatismes dont le mode d'action n'est pas très facile à comprendre : chutes, compression du cou, etc. ; — 3° des affaiblissements locaux de l'œsophage au-dessus d'un point rétréci, au niveau d'une partie

aminée par le contact prolongé d'un corps étranger, etc. L'existence du diverticule est le plus souvent constatée à l'âge adulte, vers quarante ans ; mais il est certain que dans la plupart des cas l'affection existait depuis longtemps à l'état latent, et s'aggravait peu à peu sous l'influence de la poussée des aliments. Rosenthal a relevé la rareté relative de cette malformation chez les femmes (3 cas sur une quarantaine).

Les seuls symptômes importants sont dus à la pression exercée autour d'elle par la poche lorsqu'elle est remplie. A l'état de vacuité, le diverticule ne cause aucune gêne. Dans une première période, il est encore trop peu volumineux pour n'être pas supporté sans peine, même plein. Plus tard il n'en est plus de même. Ce sac logé derrière la trachée et l'œsophage, appuyé sur la colonne vertébrale, comprime fortement les organes respiratoires, trachée, bronches et poumon, d'où une dyspnée plus ou moins vive, aplatisse l'œsophage, d'où une dysphagie souvent complète. Dans cet état, on peut parfois trouver le cou élargi à sa base et sentir à droite et à gauche de l'arbre aérien une tuméfaction molle qui donne d'abord l'idée d'une hypertrophie thyroïdienne. Certains individus savent vider leur poche œsophagienne en la comprimant ; d'autres l'empêchent de s'emplier en exerçant sur un point déterminé une pression qui évidemment amène la fermeture de son orifice de communication. La plupart du temps la poche s'emplit et se vide en dehors de toute intervention des patients. L'évacuation de son contenu se fait à des époques irrégulières, d'une manière presque toujours incomplète, sous l'influence de la contraction de la tunique musculaire, ou à la suite d'efforts de vomissements ; lorsqu'elle se fait doucement, d'une manière insensible, elle s'accompagne souvent de régurgitation. On peut ajouter à ces symptômes la fétidité de l'haleine, une douleur obtuse, qui n'est pas toujours signalée, et des troubles de la voix par compression des nerfs récurrents ; ces derniers sont également inconstants.

On serait fort embarrassé pour faire le diagnostic d'après les rétrécissements de l'œsophage, hormis le cas de poche œsophagienne sensible à la base du cou, si le cathétérisme ne fournissait pas ici des indications de premier ordre. Le résultat varie en effet d'un moment à l'autre ; tantôt la sonde œsophagienne passe et va d'emblée dans l'estomac sans rencontrer le moindre obstacle, tantôt elle est arrêtée subitement dans sa course. On sent qu'elle n'est pas serrée, mais

qu'elle bute contre une paroi résistante. Cette notion est capitale. L'auscultation, d'après Hamburger, ferait reconnaître le diverticulum à un bruissement spécial et à une sorte de glouglou localisé au niveau de son ouverture ; mais ce signe n'est guère utilisé par les cliniciens.

Le pronostic est variable. Certains malades ont pu vivre fort longtemps, trente et quarante ans par exemple, après le moment où l'on eut reconnu qu'ils étaient affectés d'un diverticule œsophagien ; d'autres, au contraire, succombent rapidement à l'inanition, tourmentés par la faim et la soif. La poche œsophagienne met chez eux un obstacle absolu à la déglutition. Parfois surviennent comme complication des phlegmons profonds du cou ou du médiastin développés à la suite de l'inflammation ou de la perforation des parois de cette poche. Ici encore le cathétérisme, dont l'emploi peut être chez quelques malades recommandé, n'est pas toujours sans danger, et Kœnig rapporte qu'un de ses malades, à la suite d'une simple exploration, fut pris de fièvre, et présenta tous les signes d'une pneumonie dont d'ailleurs il guérit. Les chiffres suivants empruntés à Zenker donnent une idée de l'influence du diverticule ; sur 27 malades atteints de cette affection, et qui furent suivis jusqu'à leur mort, 15 moururent d'accidents imputables au diverticule, 8 succombèrent à une autre maladie. Pour 6, la cause de la mort n'est pas déterminée.

Le traitement dans les cas légers est nul. On peut se borner à manger lentement, à exercer quelques pressions sur le cou pour aider la poche à se vider. Dans les cas plus sérieux, l'usage quotidien de la sonde œsophagienne peut devenir nécessaire. Mais la sonde elle-même reste parfois impuissante. Elle s'engage constamment dans le diverticulum. Dans ces conditions, on a songé soit à pratiquer l'œsophagostomie au-dessous de l'ouverture du diverticule, soit à faire la gastrostomie. Klüge a proposé une opération préférable en principe ; c'est l'extirpation du diverticule, suivie de l'occlusion de son orifice. Un premier malade opéré par Nicoladoni succomba le sixième jour ; mais plus récemment, Bergmann a guéri un de ses opérés.

7^o ŒSOPHAGISME

Cette affection est décrite avec soin dans tous les traités de pathologie interne. Nous lui consacrerons seulement quelques lignes pour

rappeler ses traits principaux et indiquer son diagnostic différentiel d'avec les rétrécissements proprement dits de l'œsophage.

Le conduit œsophagien, comme tout canal à paroi musculaire, est sujet au spasme, c'est-à-dire à une contraction subite, énergique, sans emploi physiologique, capable au contraire de mettre obstacle pendant un moment à la fonction vectrice de l'organe.

La répétition du spasme, ou spasme d'une certaine durée, constitue le rétrécissement spasmodique ou œsophagien.

On reconnaît à l'œsophagisme des causes prédisposantes ; leur action semble prépondérante. Ce sont : le tempérament nerveux, les états névropathiques déterminés par la grossesse, la ménopause et les grandes névroses telles que l'hystérie, l'épilepsie. Quelquefois l'œsophagisme est symptomatique d'une lésion locale : ulcération de l'œsophage (ce qui a permis à Broca de comparer le spasme œsophagien au spasme de la fissure anale), ulcération du larynx, amygdalite à répétition, et même (Paulin, 1884) évolution difficile de la dent de sagesse. Souvent son apparition a succédé à quelque cause déterminante : émotion morale vive, telle que la colère ou la peur, ingestion de liquides chauds ou froids, etc.

Les symptômes de l'œsophagisme sont avant tout ceux du rétrécissement œsophagien. Ils apparaissent brusquement dans bien des cas et la maladie est constituée d'un seul coup ; mais ils peuvent survenir aussi d'une manière graduelle. Suivant le lieu où siège le spasme, et, probablement aussi, suivant la façon dont tout l'œsophage réagit sous l'excitation produite par les aliments, ceux-ci s'arrêtent et séjournent dans le conduit, ou sont rejetés en dehors avec des efforts de toux et des phénomènes de suffocation, ou bien sont simplement régurgités. On ne trouve ordinairement ni douleur, même au moment de la déglutition, ni contraction spasmodique dans les muscles cervicaux, ni troubles généraux. Ces derniers phénomènes appartiennent plutôt à certains spasmes œsophagiens plus violents mais moins durables, qu'Hamburger a décrits sous le nom de *névralgie épileptiforme du nerf vague* et qui confluent à l'hydrophobie. Le rétrécissement spasmodique de l'œsophage dure toujours quelques semaines. Il est rare qu'il dépasse deux ou trois mois. Selon quelques observateurs, on l'aurait vu persister pendant de longues années : vingt ans (Raynaud), trente ans (Lassègue). Béhier croit, mais sans raison suffisante selon nous, que beaucoup de ces cas ont été mal inter-

prétés et qu'il y a eu erreur de diagnostic. On comprend très bien que le spasme œsophagien puisse au bout de plusieurs années (comme dans le cas de Raynaud rapporté par Seney), conduire à une ectasie de l'œsophage; on ne voit pas au contraire comment l'ectasie de l'œsophage aboutirait à l'œsophagisme. Nous n'en dirions pas autant d'un diverticule.

Aussi longtemps que dure l'œsophagisme, il est remarquable par l'irrégularité de ses accidents. Il survient souvent des exacerbations qui, pour un temps, aggravent singulièrement l'état du malade; tel qui tout à l'heure avalait, péniblement il est vrai, un bol bien mastiqué, va se trouver tout d'un coup dans l'impossibilité de déglutir même les liquides. Cette situation durera plusieurs semaines, interrompue à peine par quelques rémissions survenant à des intervalles irréguliers. La moindre cause provoque le retour de semblables crises. Sous l'influence de cette dysphagie, le malade est véritablement inanité. Il maigrit, sa santé s'altère, et, selon quelques observateurs, il peut succomber. La terminaison fatale est heureusement fort rare.

Le diagnostic trouve dans le cathétérisme son principal appui. La sonde œsophagienne rencontre un obstacle, mais un obstacle changeant. Aujourd'hui il est si résistant qu'on n'ose le franchir. Il faudrait agir de force, et par conséquent s'exposer à commettre quelque lésion grave. Demain la sonde passera sans grande peine. L'obstacle a-t-il été franchi une première fois, il le sera l'instant d'après, presque toujours sans aucune difficulté. L'instrument ne trouvera plus aucun signe de rétrécissement. Enfin ici, comme pour le spasme de l'urèthre, une grosse bougie passera sans peine là où une petite se trouve arrêtée.

Ces alternatives de perméabilité et d'obstruction pourraient faire penser à un diverticule. Mais alors même qu'elle est engagée dans le diverticule, la sonde œsophagienne ne peut pas accomplir toute sa course. Bientôt elle bute sur le fond et s'arrête. Elle disparaît tout entière dans l'œsophage lorsqu'elle a franchi le rétrécissement spasmodique. Ni le cancer de l'œsophage, ni le rétrécissement inodulaire, arrivés à leur état de perfection, ne seront confondus avec l'œsophagisme; mais il ne faut pas oublier que toutes les lésions du conduit, à leur début, peuvent se compliquer de spasme œsophagien. Dans les cas où l'âge du sujet, les antécédents, la marche de l'affec-

tion éveilleraient l'idée d'une altération organique commençante, on aurait à se tenir sur la réserve.

Le traitement est médical et chirurgical. Les moyens médicaux consistent surtout dans l'usage des antispasmodiques : belladone, jusquiame, opium, acide cyanhydrique, asa fœtida, valériane, bromures, employés soit à l'intérieur, soit au niveau de l'œsophage même sous la forme de pommade enduisant une bougie œsophagienne. Il faudrait songer aujourd'hui à la cocaïne.

On a encore fait des injections sous-cutanées de morphine ou d'atropine, électrisé l'œsophage, pratiqué la cautérisation ponctuée au-devant du cou et de la poitrine. Tous ces moyens ont procuré quelques succès.

Le traitement chirurgical comporte la dilatation graduelle avec des bougies ou des boulets de diamètre croissant, ou bien la dilatation brusque pour laquelle on emploie surtout les longues pinces de Broca.

Dans un cas d'œsophagisme symptomatique d'une lésion du larynx, et qui frappait sur la partie la plus élevée du conduit, Watson a pratiqué l'œsophagostomie. Le malade a été nourri par la fistule pendant trois mois.

VI

MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

La plupart des maladies du larynx sont étudiées dans les traités de pathologie externe. Nous ne pouvons songer à donner dans cet ouvrage leur description complète. Nous retiendrons seulement celles qui prêtent le plus à un traitement chirurgical.

Il est inutile d'insister sur la technique de l'instrument qui, depuis trente ans, a permis de pénétrer réellement dans l'étude de ces affections. Le laryngoscope est décrit partout. Rappelons, pour nous en servir en temps utile, ce que fournit son application chez l'homme sain. Le miroir laryngoscopique donne une image virtuelle et symétrique du larynx. L'observateur voit les parties comme il se verrait lui-même dans une glace. Il distingue : le bord supérieur du larynx, constitué successivement par l'épiglotte, les replis aryéno-