

arriver à constituer une tumeur du volume d'un œuf de poule, d'un œuf de dinde, d'un poing d'adulte. La masse très dure, bosselée, sans adhérences, descend plus ou moins dans le cou, mais ne tend pas à proéminer du côté du plancher buccal; elle est indolente et ne s'accompagne jamais d'engorgement ganglionnaire.

Les autres tumeurs (*sarcomes, épithéliomes, carcinomes*) d'une malignité relative, présenteraient toutes, d'après Jouliard, une évolution à peu près identique. Elles envahissent généralement les régions voisines et se prolongent du côté du plancher buccal. Leur consistance varie suivant leur structure; quelquefois très mobiles, elles sont, dans certains cas, complètement fixées sur le maxillaire.

Les symptômes fonctionnels sont en général peu marqués. Talazac avait dit que la sécrétion salivaire était abolie, ce que n'ont pas confirmé les observations ultérieures. A une certaine période, ces tumeurs peuvent amener de la gêne de la mastication et s'accompagner de douleurs assez vives.

L'évolution, assez lente pendant un nombre variable d'années, peut devenir tout à coup plus rapide; c'est alors que surviennent les adhérences et les phénomènes de compression. L'engorgement ganglionnaire ne peut être apprécié, car il occupe les ganglions situés au contact même de la glande.

L'état général reste presque toujours satisfaisant; une seule fois, dans un cas de Griffini et Trombetta, on a noté la généralisation d'un chondro-carcinome aux ganglions cervicaux et bronchiques, à la plèvre et aux poumons.

**Diagnostic.** — Le diagnostic doit être fait avec les *engorgements ganglionnaires* de la région et avec les *tumeurs du maxillaire inférieur*.

La multiplicité des ganglions, l'absence de tuméfaction notable à l'intérieur de la bouche, les signes concomitants de la tuberculose et de la lymphadénie ou l'existence d'une tumeur maligne dans les régions, d'où viennent les lymphatiques de la région, feront reconnaître les engorgements ganglionnaires.

Les commémoratifs, qui rappellent que la tumeur à son début était mobile, roulait sous le doigt et siégeait au-dessous du bord du maxillaire, feront rejeter l'idée d'une tumeur du maxillaire. Talazac a conseillé de rechercher si les mouvements communiqués à la tumeur se transmettaient à un stylet introduit dans l'orifice du canal de Wharton correspondant.

Enfin, on n'oubliera pas que dans certains cas, ainsi que l'a montré M. F. Terrier, des irritations chroniques, la lithiase, peuvent aboutir à une *induration de la glande*, simulant une tumeur maligne. Küttner en a récemment publié deux faits typiques<sup>(1)</sup>.

Quant au diagnostic de la *variété* de néoplasme à laquelle on a affaire, elle n'a qu'une importance médiocre; la marche, le plus ou moins de mobilité de la tumeur, sa consistance fourniront, à cet égard, des indices précieux.

**Pronostic.** — Le pronostic varie avec la nature du principal tissu constituant la tumeur. La lenteur de la marche, la conservation d'un bon état général, la rareté des phénomènes de compression et des récidives après l'opération font que, même dans les sarcomes et les épithéliomes, sa gravité est très atténuée.

(1) KÜTTNER, *Beitrag zur klinische Chirurgie*, Tübingen, t. XV, fasc. 3.

**Traitement.** — Le traitement consiste dans l'*extirpation*.

La *voie buccale*, employée autrefois avec succès par Jobert, est aujourd'hui abandonnée et l'on intervient toujours par la *voie sus-hyoïdienne*, n'hésitant pas à réséquer, en cas d'adhérences, une étendue plus ou moins grande de la branche horizontale du maxillaire.

## IX

## ÉPHIDROSE

L'éphidrose consiste en une sorte de transsudation à travers la peau de la région parotidienne, d'un liquide transparent, qui apparaît sous forme de gouttelettes nombreuses au moment des repas.

BAILLARGER, Sur l'oblitération du canal de Sténon. *Lect. à l'Acad. de méd.*, 20 avril 1847. — BÉRARD (P.), *Cours de physiol.*, 1848, t. I, p. 702. — BERGOUNNIOUX, Observation de sueur parotidienne. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1859, n° 51, p. 201. — BROWN-SÉQUARD, *Journal de la phys. de l'homme*, etc. Paris, 1859, t. II, p. 447. — ROUYER (J.), Note sur l'éphidrose parotidienne. *Le Progrès*, 1860, t. V, p. 200. — BEZARD, *Suintement de la face succédant à différentes lésions des glandes salivaires*. Thèse de Paris, 1865, n° 15. — GROSPELLIN, *De l'éphidrose parotidienne*. Thèse de Paris, 1877, n° 255.

L'éphidrose se montre à la suite de lésions diverses de la région parotidienne, telles que des traumatismes et des abcès. Le liquide transsudé présente, le plus souvent, des caractères qui le rapprochent de la salive. Dans quelques cas cependant où le liquide n'était pas exclusivement exsudé au niveau de la région parotidienne, sa composition était différente; aussi les explications pathogéniques de cette singulière affection ont-elles beaucoup varié suivant les auteurs.

Les uns n'ont vu dans le liquide que la salive déviée de son cours normal, les autres ont pensé à une hypersécrétion locale de la sueur. Selon toutes probabilités, on a eu affaire à des affections variées; aussi de nouvelles observations sont-elles nécessaires pour préciser la nature exacte de la maladie.

## CHAPITRE III

## MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

MONRO, *Morbid anatomy of the gullet, stomach and intestines*. Edinburgh, 1811, 1<sup>re</sup> édit. — MONDIÈRE (J.-T.), *Maladies de l'œsophage*. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1850, t. XXIV, p. 588 et 543; 1851, t. XXV, p. 558. — STEFFEN, *Krankheiten des Oesophagus*. *Jahrb. f. Kinderheilkunde*. Leipzig, 1868, vol. II, p. 144. — ZENKER et ZIEMSEN, *Krankheiten des Oesophagus*. *Handb. der spec. Pathologie und Therapie von Ziemssen*, Leipzig, 1877, t. VII, 1<sup>re</sup> moitié. — LUTON (A.), art. ŒSOPHAGE du *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1877. — KNOTT (J.-F.), *An essay on the pathology of the œsophagus*, Dublin, 1878. — MICHEL, art. ŒSOPHAGE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1880. — KOENIG, *Die Krankheiten des unteren Theiles des Pharynx und des Oesophagus*. *Deutsche Chir. von Billroth u. Lücke*, Stuttgart, 1880, 35<sup>e</sup> liv.. — MORELL-MACKENZIE, *A manual of diseases of the throat and nose*. London, 1884, t. II.



## I

## MOYENS D'EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE.

Commencant au niveau du disque intermédiaire à la 6<sup>e</sup> et à la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale et se terminant au niveau de la 11<sup>e</sup> vertèbre dorsale, l'œsophage parcourt successivement le cou, le thorax et une partie de l'abdomen. Au point de vue chirurgical, on peut dire qu'il commence à peu près au niveau du cricoïde, à 15 centimètres environ de l'arcade dentaire supérieure. Sa longueur moyenne est de 22 à 25 centimètres, dont 4 à 4,5 pour la portion cervicale, 16

à 18 pour la portion thoracique, 2 à 3 pour la portion abdominale. Il faut donc, pour entrer dans l'estomac, des instruments de 50 centimètres de long. Sa direction générale est inflexe, mais comme ses inflexions se redressent par le passage des instruments, elles sont sans intérêt pour le cathétérisme. Il présente trois rétrécissements, l'un à son origine, l'autre à l'entrée dans le thorax, le dernier au niveau de son passage à travers le diaphragme. Son calibre est, au niveau de ces points rétrécis, de 14 millimètres environ (1).

Situé pendant tout son trajet immédiatement au-devant de la colonne vertébrale, il n'est accessible au palper que dans sa portion cervicale. En provoquant des mouvements de déglutition, qui entraînent une ascension du conduit, on arrive à en explorer une étendue un peu plus grande qu'à l'état de repos. Toutefois, même à l'aide de ce léger artifice, on n'arrive à palper qu'une très minime étendue du conduit, 6 à 7 centimètres au maximum. Aussi est-il nécessaire de recourir pour son exploration à d'autres moyens.

Le *toucher digital* n'arrivant qu'à grand-peine à la jonction du pharynx et de l'œsophage, on a dû, pour explorer ce dernier, avoir recours à des instruments prolongeant en quelque sorte le doigt, à des explorateurs.

Le *cathétérisme*, fait à l'aide de ces instruments, constitue le meilleur mode d'examen de l'œsophage. Pour le pratiquer on se sert d'une tige pleine, sur l'extrémité de laquelle peuvent se visser une série d'olives de diamètre variable. La tige, tout en présentant une certaine rigidité, ne doit pas être trop rigide, sous peine d'exposer à des lésions du canal œsophagien, malheureusement fréquentes quand sa friabilité est déterminée par un état pathologique. A cet égard, les tiges de baleine, qu'emploient actuellement les fabricants d'instruments, sont souvent trop raides et d'un emploi dangereux.

Pour pratiquer ce cathétérisme, on fera asseoir le malade, évitant de lui renverser trop fortement la tête en arrière. La langue étant déprimée par l'indi-

(1) MOUTON, *Du calibre de l'œsophage et du cathétérisme œsophagien*. Thèse de Paris, 1874, n° 47.

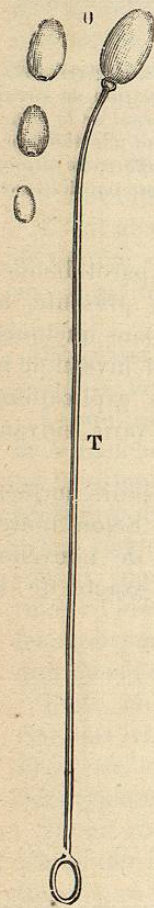


Fig. 84. — Cathéter explorateur à boule.

cateur gauche profondément enfoncé dans la bouche, on fait glisser sur ce doigt la boule de l'explorateur qu'on conduit ainsi sur la paroi postérieure du pharynx. Lorsque la sonde atteint l'orifice supérieur de l'œsophage, elle éprouve une certaine résistance; il ne faut pas alors pousser brutalement l'instrument. Une pression douce et soutenue suffit en général pour que l'orifice s'entr'ouvre et que la boule pénètre. A partir de ce moment, s'il n'existe aucun obstacle, l'instrument glisse facilement jusque dans l'estomac. Dans tous les cas, ici comme pour tout cathétérisme, la douceur est absolument nécessaire.

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

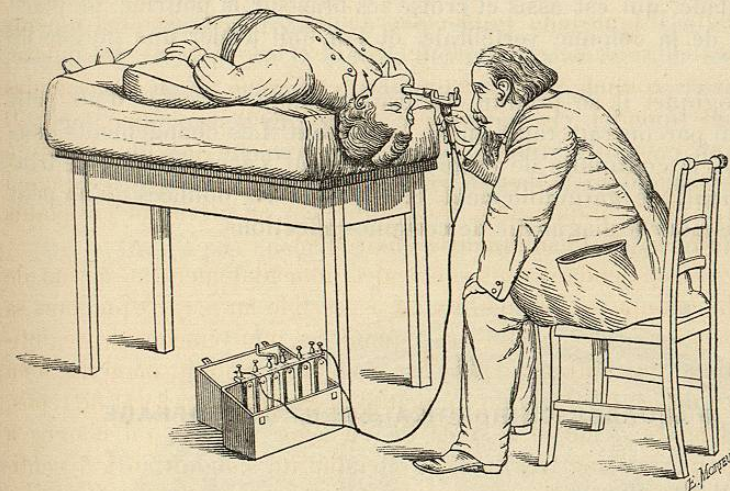


Fig. 85. — Œsophagoscopie. (Mikulicz et Leiter.)

toutefois être commise; nous nous rappelons entre autres une malade qu'un de nos maîtres avait soumise à des cathétérismes répétés; toutes les fois l'instrument était entré dans le larynx; après avoir franchi par une pression soutenue un premier obstacle, on butait invariablement à la même distance de l'arcade dentaire contre le même point. Aussi le diagnostic porté fut-il rétrécissement infranchissable de la portion thoracique de l'œsophage avec rétrécissement spasmodique de la portion cervicale. Le rétrécissement spasmodique n'était autre que celui de la glotte, le rétrécissement infranchissable, la bifurcation de la trachée. Ce fait montre combien de soins il faut prendre lorsqu'on pratique le cathétérisme œsophagien (1).

On a encore eu recours pour explorer l'œsophage aux renseignements fournis par la vue et par l'ouïe.

En raison de la profondeur de l'œsophage, il est nécessaire, lorsqu'on veut explorer ce canal par la *vue*, de recourir à des instruments spéciaux. Dès 1866, Semeleder eut l'idée d'un in-

(1) COMTE (H.), *Des accidents du cathétérisme de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1877, n° 109.

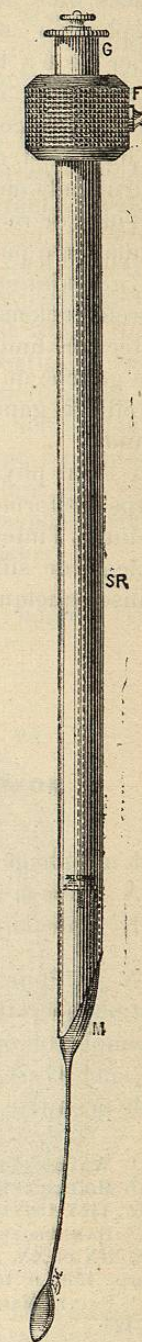


Fig. 86. — Œsophagoscope de Mikulicz et Leiter.



strument construit dans ce but et le fit expérimenter par Stoerk. Quelques années plus tard, en 1870, L. Waldenburg (1) imagina une sorte de spéculum œsophagien composé d'un tuyau conique en métal, dont la longueur pouvait varier de 6 à 12 centimètres. L'instrument mis en place, on éclairait sa cavité à l'aide d'un miroir pharyngien. Depuis cette époque, de nombreux modèles d'œsophagoscope ont été construits; ils n'ont toutefois donné que des résultats médiocres et de beaucoup inférieurs à ceux du cathétérisme. Toutefois ces instruments ont été très perfectionnés et depuis que Mikulicz (2) et Leiter ont eu l'idée de recourir à des miroirs, portant avec eux une source de lumière électrique, on a pu faire avec profit de l'endoscopie œsophagienne (fig. 86 et 87).

L'auscultation de l'œsophage, préconisée par Hamburger (3), étudiée par Morell-Mackenzie, Clifford Allbutt, Sainte-Marie (4), Baréty (5), est de même restée très limitée dans ses applications. Pour ausculter l'œsophage, on se place à la gauche du malade, qui est assis et croise les bras sur la poitrine, on place l'oreille à gauche de la colonne vertébrale, et l'on fait avaler une gorgée de liquide.

À l'état physiologique, il se produit un bruit analogue à celui d'un petit corps fusiforme qui parcourrait rapidement le conduit. Les changements dans la durée, l'intensité, la continuité de ce bruit, qui peut s'accompagner de frottement, de sifflement, de gargouillement, constituent des données qu'on peut utiliser quelquefois pour le diagnostic de certaines affections.

## II

## MOYENS D'ABORDER CHIRURGICALEMENT L'ŒSOPHAGE

L'œsophage peut être abordé :

- A. Dans la région cervicale;
- B. Dans la région thoracique.

A. — Pour aborder l'œsophage dans sa portion cervicale (6), à moins d'indication spéciale, résultant de la saillie appréciable d'un corps étranger par exemple, on opère du côté gauche, en raison de la déviation normale du conduit de côté. C'est à peu près la même opération que la découverte de l'artère carotide primitive au-dessous du muscle omo-hyoïdien.

(1) WALDENBURG, OEsophagoscopus. *Berl. klin. Woch.*, 1870, n° 248, p. 579.

(2) MIKULICZ, Ueber Gastroskopie und OEsophagoscopie. *Wiener med. Presse*, 1881, p. 1405, 1437, 1475, 1505, 1537, 1575, et *Centrabl. für Chir.*, 1881, p. 675.

(3) HAMBURGER, Klinik der OEsophaguskrankheiten. *Medizin. Jahrb.*, 1869, Bd. XVIII; 1870, Bd. XIX et XX, et *Monographie séparée*, Erlangen, 1871. Anal. par HÉNOCCQUE, *Gazette hebdomadaire*, Paris, 1870, n° 14, et 1872, n° 15, p. 205.

(4) SAINTE-MARIE, *Des différents modes d'exploration de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1875, n° 125.

(5) BARÉTY, De l'auscultation des bruits œsophagiens pendant la déglutition. *Revue de méd.*, Paris, 1884, t. IV, p. 652.

(6) DE LAVACHERIE, *De l'œsophagotomie*, Bruxelles, 1845. — F. TERRIER, *De l'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870, n° 68. — S. DUPLAY, De l'œsophagotomie. *Archives gén. de méd.*, Paris, 1871, t. I, p. 195. — MICHEL, art. ŒSOPHAGOTOMIE du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1880, 2<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 520. — FARABEUF, *Précis de manuel opératoire*. Paris, 1885, p. 871. — MALGAIGNE et LE FORT, *Méd. opér.*, Paris, 1889, t. II, p. 521.

L'incision, faite sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, mesure environ 8 centimètres; commençant un peu au-dessus du sternum, elle s'arrête supérieurement un peu au-dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde. Son niveau varie évidemment suivant le point de l'œsophage qu'on veut atteindre. La peau incisée, on coupe successivement le peucier et l'aponévrose superficielle, on découvre le bord antérieur du sterno-mastoïdien, puis, dirigeant le tranchant du bistouri vers la trachée, on cherche à passer dans l'interstice du cléido-hyoïdien et de l'omoplat-hyoïdien, qu'on est le plus souvent obligé de sectionner. Plaçant alors un grand écarteur sur l'ensemble trachéo-œsophagien, et un deuxième écarteur sur le paquet vasculo-nerveux du cou, on pénètre avec précaution entre les deux, mettant à nu et disséquant le lobe latéral du corps thyroïde. La dissection de ce lobe conduit sûrement sur la partie latérale de la trachée que l'on ne peut méconnaître, et derrière laquelle se trouve immédiatement accolé l'œsophage. Celui-ci, au dire de Bégin, se distingue sur le vivant à sa surface arrondie, à son aspect charnu, à ses contractions et à sa dureté au moment où le malade déglutit. Pour faciliter les recherches, on se sert d'une sonde urétrale métallique qui remplace parfaitement l'instrument spécial (ectopœsophage) de Vacca Berlinghieri. Le point important est d'éviter la lésion du nerf récurrent; aussi faut-il faire l'incision de l'œsophage tout à fait latéralement en l'attirant et le fixant avec deux pinces de Kocher.

B. — On n'a pas encore, à notre connaissance, abordé chez l'homme l'œso-

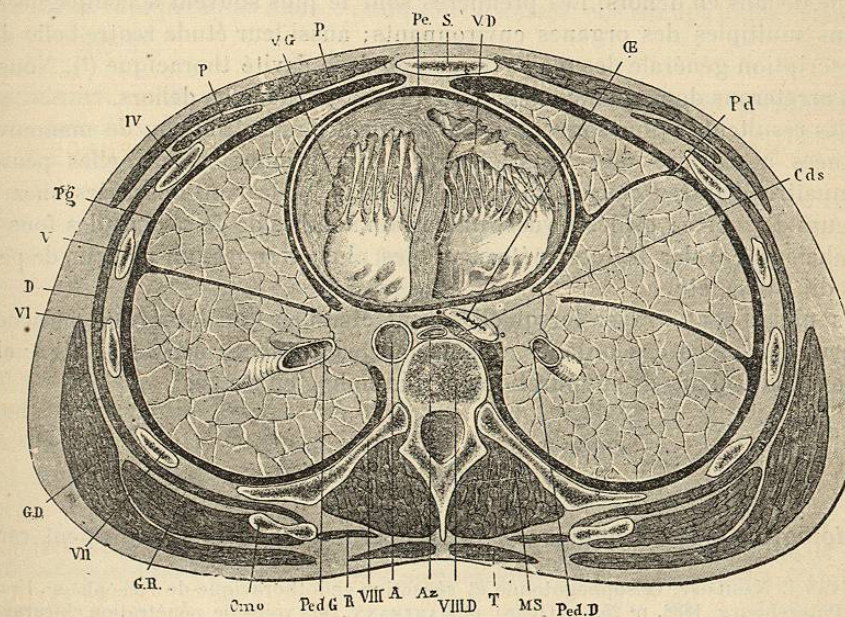


FIG. 87. — Coupe du thorax au niveau du mamelon.

Sur cette coupe, faite après congélation, chez une femme de quarante ans environ, à l'amphithéâtre de Clamart, on voit poussée à l'extrême une disposition normale de la plèvre droite qui envoie un cul-de-sac Cds en arrière de l'œsophage OE, en avant de la grande veine azygos Az, jusqu'au contact de l'aorte A. Les cavités pleurales, droite Pd et gauche Pg, ainsi que la séreuse péricardique Pe sont marquées en noir. En PeD et PeG on voit la coupe des pédicules pulmonaires, droit et gauche, en VD et VG les ventricules, en S le sternum. — VIII D est la 8<sup>e</sup> dorsale. — IV, V, VI, VII, VIII, représentent les 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>, et 8<sup>e</sup> côtes. — Omo, l'angle de l'omoplate. — MS, masse des muscles des gouttières vertébrales. — P, grand pectoral. — p, petit pectoral. — D, grand dentelé. — GD, deltoïde. — GR, grand rond. — R, rhomboïde. — T, trapèze. — Pour aborder l'angle des côtes on n'a donc à couper que le rhomboïde.