

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^e 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-

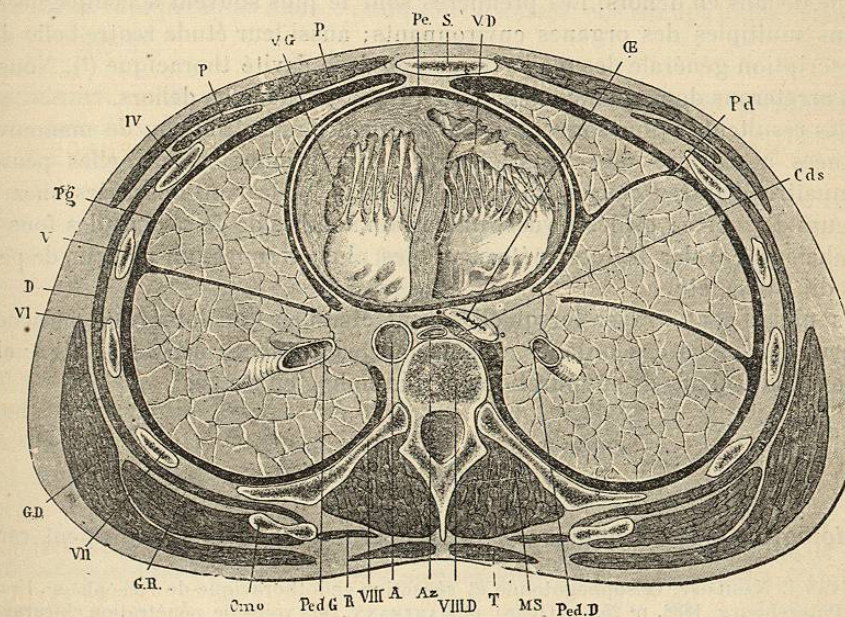


FIG. 87. — Coupe du thorax au niveau du mamelon.

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^e dorsale. — IV, V, VI, VII, VIII, représentent les 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, et 8^e 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.

phage dans sa portion thoracique. La chose est cependant facile sans grand délabrement (1).

L'opération doit être faite à gauche, la plèvre droite envoyant en arrière de l'œsophage un prolongement qui lui sert de séreuse de glissement (2). L'incision doit être faite entre le bord interne de l'omoplate et l'épine vertébrale, immédiatement en dehors de la masse musculaire qui remplit les gouttières vertébrales. Il est possible à ce niveau, en ne coupant que les fibres les plus inférieures du trapèze et en réclinant le reste du muscle en haut et en dedans, d'arriver pour ainsi dire directement sur l'angle des côtes; seule la mince lame du rhomboïde se trouve sacrifiée. Il suffit alors de réséquer 2 centimètres des 3^e, 4^e et 5^e côtes pour pouvoir, après décollement de la plèvre, engager facilement la main dans le médiastin postérieur.

III

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ŒSOPHAGE

1^o PLAIES DE L'ŒSOPHAGE

Les plaies de l'œsophage peuvent être produites soit de dehors en dedans, soit de dedans en dehors. Les premières sont le plus souvent accompagnées de lésions multiples des organes environnants; aussi leur étude rentre-t-elle dans la description générale des plaies du cou et de la cavité thoracique (3). Nous ne nous arrêterons donc qu'aux plaies produites de dedans en dehors.

Elles résultent le plus souvent de cathétérismes maladroits ou de manœuvres destinées à extraire un corps étranger. Exceptionnellement, elles peuvent reconnaître d'autres causes: Parker (4), Gross (5), les ont observées chez des avaleurs de sabres; on les a vues, un certain nombre de fois, chez des fous qui cherchaient à avaler les corps étrangers les plus étranges, un manche de pelle, nous dit Guise, etc.

Ces plaies sont graves lorsqu'elles sont étendues, ou lorsqu'elles s'accompagnent de lésions des organes voisins (aorte, bronche, péricarde, etc.); elles peuvent être suivies de suppurations péri-œsophagiennes (6).

2^o BRULURES DE L'ŒSOPHAGE

Étiologie. — Les brûlures de l'œsophage ne sont pas extrêmement rares.

(1) IVAN I. NASILOFF, Œsophagotomie et résection endothoracique de l'œsophage. *Vratch.* Saint-Petersbourg, 1888, n^o 25. — QUÉNU et HARTMANN, Des voies de pénétration chirurgicale dans le médiastin postérieur. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 4 février 1891, nouv. série, t. XVII, p. 82.

(2) QUÉNU et HARTMANN, Note sur un rapport peu connu de la plèvre. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1891.

(3) Voy. plus loin: *Plaies du cou* et *Plaies de la cavité thoracique*.

(4) PARKER, Wound of the œsophagus with perforation of the pericardium. *Trans. of the path. Soc.*, London, 1848-1849, t. II, p. 40.

(5) GROSS, Case of sword swallowing. *The Lancet*, London, 1885, t. I, p. 249.

(6) CASTEX, Note sur un cas de péri-œsophagite. *Ann. des maladies de l'oreille*. Paris, 1880, t. VI, p. 195.

Elles sont le plus souvent le résultat de la déglutition, accidentelle ou volontaire, d'acides ou d'alcalis caustiques. Tantôt c'est par erreur, en la prenant pour du café par exemple, que le malade a bu une solution caustique de potasse, tantôt au contraire c'est dans le but de s'empoisonner que le malade a pris cette solution, ou une autre telle que de l'acide sulfurique, de l'acide nitrique, ou de l'eau de Javelle, etc. Peu importe du reste la raison, le seul fait à retenir, c'est que l'ingurgitation de liquides caustiques est la cause la plus fréquente des brûlures de l'œsophage.

Les boissons chaudes qui, *a priori*, sembleraient devoir être une cause fréquente de brûlures de l'œsophage, limitent en général leur action au pharynx, de même que les corps solides trop chauds, qui plus rarement encore déterminent des lésions œsophagiennes. Ces deux dernières catégories de brûlures n'ont guère été observées que chez des enfants ou chez des aliénés.

Anatomie pathologique. — On répète partout que les lésions, déterminées par les brûlures, siègent surtout au niveau des points rétrécis de l'œsophage. C'est là une vue purement théorique. Le siège des brûlures est bien plus en rapport avec les conditions normales de la déglutition qu'avec les variations de calibre de l'œsophage. C'est dire que les lésions occupent principalement l'orifice supérieur du conduit et sa partie terminale (1). Le plus souvent, du reste, elles s'étendent à la plus grande partie de l'œsophage.

Ordinairement la muqueuse seule est altérée; dans quelques cas, l'escarre empiète sur la tunique musculaire; enfin dans d'autres, elle occupe toute l'épaisseur de l'œsophage.

Symptômes. — Les symptômes des brûlures de l'œsophage sont quelquefois masqués par ceux des lésions concomitantes des organes voisins, particulièrement des voies aériennes.

Dans les cas graves, il existe une vive anxiété, des douleurs et une soif intenses, quelquefois des syncopes, des hématemèses; et la mort peut survenir rapidement, autant, il est vrai, par le fait des lésions stomacales concomitantes que par celui des altérations œsophagiennes.

Le plus souvent, après une première période orageuse, les symptômes se calment; les vomissements, continuels au début, diminuent de fréquence ou cessent, le malade rejette par exspuition des mucosités sanguinolentes, des lambeaux de muqueuse, quelquefois même le tube œsophagien presque entier, comme dans les cas de Trier, de Mautière, de Laboulbène et de Gilbert. On croit alors à la guérison lorsque apparaissent les premiers signes d'un rétrécissement (2).

Ces brûlures graves peuvent être compliquées d'abcès, conséquences de la violente inflammation du début ou des perforations qu'entraîne quelquefois la

(1) Il est aujourd'hui démontré par les recherches physiologiques d'ARLOING, en France (*Acad. des sciences*, 1875; *Annales des sciences natur.*, 1877; art. DÉGLUTITION du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1880), puis de KRONECKER et MELTZER, en Allemagne (*Der Schluckmechanismus. Arch. für Anat. und Pathol.*, supplément, 1885), que lors de déglutitions successives, le liquide ne progresse pas par suite de mouvements péristaltiques, mais est brusquement projeté de l'extrémité inférieure du pharynx au cardia; la portion thoracique de l'œsophage restant inerte et même se dilatant au fur et à mesure de l'ingestion des boissons. Si nous précisons les dates, c'est que les auteurs allemands, suivant en cela une coutume qui leur est familière, oublient de citer les travaux français antérieurs à ceux de KRONECKER et MELTZER.

(2) Voy. plus loin, p. 539.