

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<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> côtes pour pouvoir, après décollement de la plèvre, engager facilement la main dans le médiastin postérieur.

## III

## LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'ŒSOPHAGE

1<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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 hématomésés; 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.

chute des escarres. La guérison peut toutefois survenir, même après des accidents d'une gravité exceptionnelle; Zenker et Ziemssen rapportent, à cet égard, le fait intéressant d'un malade qui guérit après formation d'une fistule broncho-œsophagienne. Les brûlures légères ne causent qu'une douleur le long du conduit œsophagien et une dysphagie d'intensité et de durée variables suivant les cas. Elles peuvent être l'origine d'œsophagites chroniques, suivies elles-mêmes, à longue échéance, de phénomènes de rétrécissement.

**Diagnostic.** — Le diagnostic ne peut être hésitant qu'en l'absence de commémoratifs; les brûlures concomitantes de la muqueuse buccale mettront alors sur la voie, bien qu'elles soient quelquefois moins graves que celles qui siègent dans le canal œsophagien.

**Pronostic.** — Le pronostic est grave par les complications immédiates que déterminent les brûlures et aussi par le rétrécissement consécutif qu'elles causent si souvent.

**Traitement.** — Le traitement ne présente d'indications spéciales que lors de déglutition de liquides caustiques. Suivant qu'il s'agira d'un acide ou d'un alcali, on conseillera des boissons alcalines (carbonate de potasse, de magnésie, magnésie calcinée, etc.), ou acides (vinaigre étendu d'eau). Si l'on pense que la substance caustique a pénétré jusque dans l'estomac, on doit recourir au lavage stomacal avec un liquide approprié.

Dans les premiers jours on s'abstiendra de toute alimentation solide. On prescrira du lait par petites quantités, de l'opium pour calmer les douleurs. Enfin on surveillera la marche de la maladie, prêt à passer des sondes d'une façon méthodique dès qu'apparaissent les premiers signes de rétrécissement.

### 5° CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

On désigne sous le nom de corps étranger de l'œsophage tout corps qui, au lieu de parcourir simplement ce canal, y reste arrêté.

Conformément à l'usage, très rationnel du reste, nous réunirons à l'étude des corps étrangers de l'œsophage, proprement dits, celle des corps arrêtés au niveau de son orifice supérieur, bien qu'au point de vue de l'anatomie stricte, ces corps soient intra-pharyngiens.

HÉVIN, Précis d'obs. sur les corps étrangers arrêtés dans l'œsophage. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1761, t. I, p. 444. — MONDIÈRE (J.-T.), Observations sur les accidents déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1850, 8<sup>e</sup> année, t. XXIV, p. 388. — BÉGIN, Mémoire sur les corps étrangers ingérés et passés dans les voies aériennes ou arrêtés dans l'œsophage. *Mémoires de méd. militaire*, Paris, 1853, t. XX, p. 577. — MARTIN (A.), *Des corps étrangers de l'œsophage considérés principalement au point de vue de leur traitement*. Thèse de Paris, 1868, n° 117. — POULET, *Traité des corps étrangers en chirurgie*. Paris, 1879, p. 92. — LANNELONGUE (O.), Sur dix-huit cas de corps étrangers de l'œsophage chez les enfants. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1880, nouv. série, t. VI, p. 509. — MARKOE (Thomas M.), Œsophagotomy for foreign bodies lodged in the tube. *Ann. of Surgery*. Saint-Louis, 1886, vol. IV, n° 3, p. 195. — FISCHER (G.), Die Œsophagotomie bei Fremdkörpern. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1887, t. XXV, p. 565. — DU MÊME, Die Œsophagotomie bei Fremdkörpern. Nachtrag. *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1888, t. XXVII, p. 275. — RICHER, Corps étrangers de l'œsophage, œsophagotomie externe. *France médicale*, Paris, 1888, t. I, p. 455, 506 et 517. — PÉRIER, Œsophagotomie externe pour retirer un bouton de manchette. *Mercure méd.*, Paris, 1890, p. 212. — GROSS, De l'œsophagotomie externe pour extraction de

corps étrangers de l'œsophage. *Sem. méd.*, Paris, 1891, p. 45. — TERRILLON, BERGER, SEGOND, JALAGUIER, FELIZET, DELORME, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1895, passim. — BRIAIS (C.), *Corps étrangers du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 627.

**Étiologie.** — Les corps étrangers de l'œsophage, à part quelques variétés toutes spéciales, telles que les aiguilles, sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme; ils sont le plus souvent introduits directement par la bouche, rarement par une plaie. Exceptionnellement il s'agit de corps rejetés de l'estomac par un effort de vomissement et restant arrêtés dans l'œsophage.

Leur nature est des plus variables; le plus souvent il s'agit d'aliments avalés en trop grande quantité ou après une trituration insuffisante, comme on l'observe chez des enfants, des vieillards ou des aliénés gloutons; d'autres fois il s'agit de corps avalés accidentellement, soit seuls, soit mêlés aux aliments. Tels sont des arêtes de poisson, des fragments d'os, des épingles, des pierres, des fourchettes, des pièces de monnaie, etc. Dans quelques cas, le corps a été avalé volontairement, soit par aberration mentale, soit pour le soustraire aux regards.

Chez les enfants, la présence de corps étrangers dans l'œsophage est fréquente, ce qui s'explique facilement par ce fait que souvent ils portent à la bouche les objets avec lesquels ils jouent. L'objet est avalé, soit par surprise dans un mouvement de déglutition soudain, soit volontairement, l'enfant ne se doutant pas des conséquences que peut avoir cette introduction.

On a observé encore la chute de corps étrangers dans l'œsophage pendant le sommeil; cela est fréquent pour les pièces de dentier, les dents artificielles, auxquelles il faut toujours penser lorsqu'on chloroforme un malade; les jouets que l'enfant tient à la bouche en s'endormant, etc. Le même accident a été observé par Langenbeck, dans un cas de nécrose syphilitique des os du nez.

Signalons enfin l'arrêt, au niveau des replis pharyngo-épiglottiques, de sangsues (*hæmopsis*) dégluties en buvant de l'eau où se trouvaient ces annélides, comme le fait a été observé par des médecins militaires, par Baizeau<sup>(1)</sup>, par Larrey, etc.; dans le même ordre d'idées nous rappellerons que Rennie a noté, aux Indes, l'apparition de phénomènes inflammatoires à la suite de la fixation de larves de mouches à l'entrée de l'œsophage<sup>(2)</sup>. Dans le vomissement, il peut y avoir rejet brusque et arrêt dans l'œsophage de corps antérieurement déglutis, mais non digérés, ou de corps animés venus de l'intestin, tels que des paquets de lombrics.

**Anatomie et physiologie pathologique.** — On a classé les corps étrangers de l'œsophage suivant leur *forme*, en arrondis, allongés, plats, lisses ou pourvus d'aspérités; suivant leur *consistance*, en mous et durs; suivant certaines propriétés, telles que la possibilité de se gonfler par imbibition, comme le fait arrive pour certains légumes secs en particulier, ou de se dissoudre; dans ce dernier cas on a encore établi des catégories, suivant que le corps en se dissolvant déterminait ou non des accidents; il est, en effet, de toute évi-

<sup>(1)</sup> BAIZEAU, Des accidents produits par les sangsues. *Gaz. méd.*, Paris, 1865, p. 615.

<sup>(2)</sup> RENNIE (S.-J.), A curious case of accidental parasite in the throat. *Indian med. Journal*, janvier 1885, anal. in *Revue intern. des sc. méd.*, Paris, 1885, t. XXVI, p. 589.

dence, que la gravité n'est pas la même pour un crayon de nitrate d'argent ou pour un morceau de sucre.

Le siège des corps étrangers de l'œsophage est assez fixe; ils s'arrêtent en trois points principaux, correspondant aux trois rétrécissements normaux de l'œsophage : à l'orifice supérieur, au niveau du croisement de l'aorte et au niveau du cardia. Les corps très volumineux sont pharyngiens; ils ne descendent guère au-dessous de la jonction pharyngo-œsophagienne. Ceux qui sont de moyen volume mais pourvus d'aspérités s'arrêtent en général au niveau de la ceinture thoracique; les petits, pourvus d'aspérités, se fixent en un point

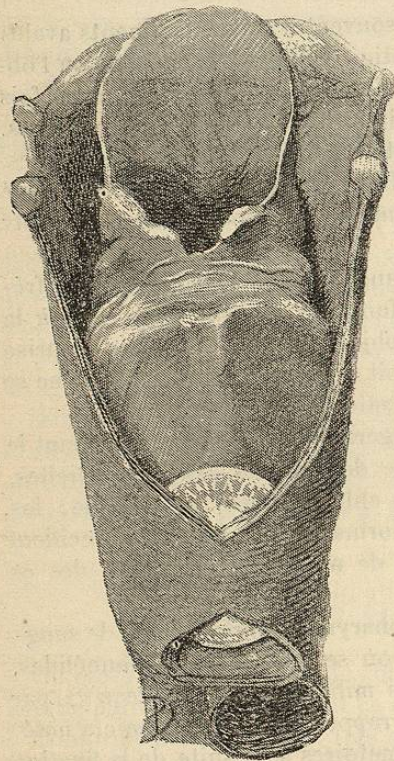


FIG. 88. — Corps étranger de l'œsophage. (Delbet.)

quelconque du conduit, aussi bien dans le pharynx que dans l'œsophage. D'une façon générale, les corps étrangers siègent soit au niveau de l'entrée, soit au niveau de la partie terminale de l'œsophage.

Les efforts, les mouvements convulsifs de déglutition, les vomissements augmentent l'enclavement du corps étranger déjà fixé par la contraction des fibres musculaires de l'œsophage qui forment une sorte de bourrelet tout autour de lui.

Plus tard, le corps étranger est une cause d'ulcération, de suppuration, de perforation, et, après son ablation, les lésions qu'il a causées peuvent devenir le point de départ d'un rétrécissement.

**Symptômes.** — Les corps étrangers de l'œsophage peuvent quelquefois être tolérés, alors même qu'ils sont volumineux. Leur présence reste ignorée jusqu'au jour où ils trahissent leur existence par l'apparition d'un accident grave, mortel même, tel qu'une hémalémèse foudroyante, comme le fait a été observé par Bégin, chez un soldat qui avait avalé un étui métallique. L'absence de symptômes réactionnels apparents ne

met, en effet, nullement à l'abri des complications ultérieures; la mort peut survenir par suite de la présence de corps étrangers parfaitement tolérés en apparence. Toutefois ce sont là des exceptions et, en règle générale, un corps étranger de l'œsophage provoque une série d'accidents que l'on a divisés en *primitifs* ou *consécutifs* suivant qu'ils se montrent aussitôt après l'accident ou qu'ils se développent au bout d'un temps plus ou moins long.

**1° Accidents primitifs.** — L'arrêt d'un corps étranger dans l'œsophage provoque immédiatement une sensation pénible, angoissante; le malade fait de violents efforts de vomissements, la face est rouge, puis bleue, tuméfiée; les yeux sont larmoyants, la respiration est gênée, accompagnée de toux, la déglutition est impossible ou très difficile.

Lorsque le corps étranger est très volumineux, il s'arrête à la partie inférieure du pharynx, obstruant à la fois l'œsophage et le larynx, aussi les accidents de

suffocation sont-ils tels que la mort immédiate peut s'observer; le plus souvent heureusement des efforts de vomissements amènent le rejet du corps étranger et tous les troubles cessent immédiatement.

Lorsque le corps est petit, qu'il a franchi l'entrée de l'œsophage et qu'il ne s'est fixé plus loin que par suite de la présence d'aspérités à sa surface, cet appareil effrayant du début manque, ou est très atténué. Le malade se plaint surtout d'une douleur fixe en un point; il y a un peu de difficulté et de douleur pendant la déglutition, mais tous ces symptômes sont en général peu accusés. Quelquefois cependant il existe une contraction spasmodique des parties voisines qui peut faire croire à la présence d'un corps volumineux. Dans certains cas, la déchirure de l'œsophage, et même des organes voisins, provoque une hémorragie qui, lorsqu'un gros vaisseau a été lésé, peut amener la mort du malade.

Quand le corps est de volume moyen, il s'accompagne ordinairement du cortège symptomatique effrayant que nous avons signalé pour les corps étrangers volumineux, ce qui s'explique par ce fait que les symptômes ne dépendent pas uniquement de la compression qu'exerce le corps étranger sur les parties qui l'entourent; des contractions réflexes concomitantes jouent un grand rôle dans leur genèse; Larrey a même observé des convulsions généralisées. Au bout d'un temps variable, les accidents se calment, soit qu'il y ait déplacement du corps étranger, soit qu'il y ait émoussement de la sensibilité de la muqueuse et il ne persiste qu'une simple gêne de la déglutition, une douleur localisée, quelquefois des troubles de la voix. Toutefois, dans quelques cas, les accidents se reproduisent à la suite d'une tentative de déglutition, d'un mouvement ou d'une émotion; ces accès peuvent se renouveler ainsi un certain nombre de fois et entraîner la mort, même après plusieurs jours, nous dit S. Duplay.

La présence de sangsues, fixées dans le conduit pharyngo-œsophagien, détermine une douleur assez vive avec sensation de suffocation, efforts de vomissements et assez souvent rejet de sang en quantité plus ou moins grande.

**2° Accidents consécutifs.** — Le séjour d'un corps étranger dans l'œsophage détermine le plus souvent en un temps relativement court, des phénomènes inflammatoires. Lorsque le corps est extrait, cette inflammation se dissipe en général assez vite; la guérison n'est toutefois pas certaine, le séjour passager du corps étranger ayant suffi quelquefois pour déterminer des lésions, que souvent les manœuvres de l'extraction ont encore aggravées.

Lorsque le corps étranger n'a pas été extrait, il s'élimine dans quelques cas à la suite de la suppuration ou du sphacèle limité de la muqueuse; d'autres fois il est évacué avec le pus d'un abcès, qui vient s'ouvrir, soit sur les parties latérales du cou, soit dans un point plus éloigné.

Certains corps, minces et pointus, tels que des aiguilles, pourraient même traverser les parois de l'œsophage sans déterminer d'accidents, comme le fait a été observé cliniquement<sup>(1)</sup>.

Malheureusement, il n'en est généralement pas ainsi et le séjour d'un corps étranger dans l'œsophage est le plus souvent le point de départ d'accidents graves (suppurations périœsophagiennes, ulcérations vasculaires) qui entraînent la mort des malades. Des fusées purulentes dans le médiastin, des pleurésies et des péricardites suppurées, des perforations de la trachée et des bron-

(1) GZOZA et OMBONI Pont, de plus, démontré expérimentalement chez le chien.