

Après un premier échec de tentative d'extraction par les voies naturelles, lorsqu'il s'est déjà écoulé vingt-quatre heures.

Le très jeune âge n'est pas une contre-indication, et l'on a vu guérir des enfants à la mamelle (Schramm, Lemaistre)<sup>(1)</sup>.

L'œsophagotomie externe permet d'extraire non seulement les corps étrangers de la portion cervicale, mais encore quelques-uns de ceux qui occupent la portion thoracique du conduit, comme l'ont fait Bégin et Syme, à l'aide de longues pinces introduites par la boutonnière œsophagienne.

Lorsque le corps étranger siège trop bas pour être atteint par la plaie œsophagienne, on peut recourir à la *gastrotomie* pour aller le chercher à travers le cardia. C'est ce qu'a fait Bull avec succès dans un cas<sup>(2)</sup>. Richardson a été plus loin : pour enlever un ratelier fixé depuis dix mois dans la partie inférieure de l'œsophage, il n'a pas craint d'ouvrir l'estomac sur une longueur de 15 centimètres, afin d'y pouvoir introduire la main et l'avant-bras; son malade a guéri<sup>(3)</sup>.

Inversement, on peut se trouver en présence de corps étrangers haut placés, pour lesquels la *pharyngotomie sous-hyoïdienne*, facile à pratiquer, donnant un jour très grand, est quelquefois indiquée<sup>(4)</sup>.

#### 4° RUPTURES DE L'ŒSOPHAGE

On décrit sous le nom de *rupture de l'œsophage* l'éclatement brusque de ce canal pendant le vomissement.

BOERHAAVE, *Atrocis nec descripti prius morbi historia*. Lugduni Batavorum, 1724. — GUER-SANT, Rupture de l'œsophage. *Bull. de la Fac. de méd.*, Paris, 1812, t. I, p. 75. — BOUILLAUD, Observation de rupture de l'œsophage. *Archives génér. de méd.*, Paris, 1825, t. I, p. 551. — CHARLES (J.-J.), A case of rupt. of the œsophage, remarks. *Dublin Journal of med. sc.*, 1870, t. L, p. 511. — FITZ, Rupt. of the healthy œsophagus. *Amer. Journal of med. sc.*, Philadelphie, 1877, new series, t. LXXIII, p. 17. — ROUMÉGOUX, *Essai sur les plaies et les ruptures de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1878, n° 569. — RAIMONDI (C.), Rottura dell' œsophago da trauma all' epigastrio. *Bull. de l'Acad. des sc. de Sienne*, anal. in *Centralblatt für Chir.*, Leipzig, 1888, p. 557. — Consulter en outre la bibliographie des maladies de l'œsophage, p. 445.

La rupture résulterait de la projection dans l'œsophage d'une quantité de matières stomacales telle que le calibre du canal est insuffisant à lui donner passage.

Ce manque de proportion entre la masse des matières rejetées et la voie offerte

<sup>(1)</sup> LEMAISTRE (J.), De l'œsophagotomie externe chez les enfants à la mamelle. *Journal de clin. et de thérap. infantiles*, 1897, p. 441 et 461.

<sup>(2)</sup> WILLIAM T. BULL, Gastrostomy for digital exploration of the œsophagus and removal of a foreign body. *New York med. Journal*, 29 octobre 1887.

<sup>(3)</sup> MAURICE H. RICHARDSON, A case of gastrostomy, digital exploration of the œsophagus and removal of plate of teeth. Recovery. *Boston med. and surg. Journal*, 16 décembre 1886. — De ses recherches, Richardson conclut que l'œsophage peut dans toute sa longueur être exploré avec le doigt. On peut, dit-il, amener au contact deux doigts introduits dans l'œsophage, l'un par la boutonnière cervicale (œsophagotomie), l'autre par la gastrostomie. Reste à déterminer l'indication de l'une et de l'autre de ces opérations. Pour Richardson, il faut recourir à la gastrostomie dès que le corps étranger est à plus de 28 centimètres des incisives. Quelque anormal que semble au premier abord ce fait émis par Richardson qu'on peut pratiquer le toucher digital de toute la longueur de l'œsophage, il faut l'admettre; dans des recherches entreprises avec M. Quénu, nous n'avons eu en général qu'un écart des plus minimes entre l'extrémité de nos deux index.

<sup>(4)</sup> LEFFERTS, Pharyngotomie sous-hyoïdienne pour corps étrangers. *New York med. Record*, 15 déc. 1874. — IVERSEN (Axel), Ueber Pharyngotomia subhyoidea. *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXXI, p. 610.

à leur passage par le canal œsophagien dépend soit de la brusquerie de l'évacuation d'un contenu stomacal trop abondant, soit de l'obstruction du canal par un corps étranger ou par un spasme, celui-ci pouvant être isolé ou accompagnant des spasmes tétaniques d'autres muscles, des muscles fléchisseurs des cuisses dans un cas de Fitz, des muscles des parois abdominales dans un autre de Wilkinson King.

Exceptionnellement, on a noté la rupture de l'œsophage à la suite d'un traumatisme de l'épigastre (Raimondi).

Les recherches de M. Mackenzie et de Charles L. Taylor ayant montré que l'œsophage sain ne se rompt que sous une pression brusque de 7 livres, on pense que le plus souvent la rupture a été précédée d'une altération pathologique du conduit. Ce qui semble encore confirmer cette hypothèse, c'est que le plus souvent la rupture de l'œsophage s'observe chez des alcooliques, sujets à des vomissements fréquents; de plus Adams, dans une autopsie, a constaté de petites cicatrices, vestiges d'ulcérations antérieures<sup>(1)</sup>. Toutefois nous ne saurions admettre avec Zenker et Ziemmsen qu'il s'agit simplement d'une *œsophagomalacie*, la paroi œsophagienne étant, pour ainsi dire, digérée par le suc gastrique, qu'amènent à son contact des vomissements fréquents, et se laissant rupturer par un effort de vomissement très minime.

La rupture siège d'ordinaire à la partie inférieure de l'œsophage et affecte la forme d'une fente longitudinale.

Les *Symptômes* qu'entraîne la rupture de l'œsophage éclatent brusquement pendant un effort de vomissement; le malade est pris d'une douleur brusque, d'anxiété extrême, de sueurs froides, quelquefois de syncope. Il cesse de pouvoir vomir le contenu stomacal: c'est tout au plus s'il peut recracher quelques gouttes du liquide qu'il avale. Le moindre mouvement augmente la douleur et rapidement on voit apparaître de l'emphysème sous-cutané qui débute le plus souvent à la partie antérieure de la base du cou.

La mort survient, en général, de quatre à vingt-quatre heures après le début des accidents; dans un cas de Meyer, elle s'est toutefois fait attendre cinquante heures; dans un autre de Fitz, presque huit jours; il est probable que dans ce dernier il ne s'agissait que d'une très petite fissure qui s'est étendue secondairement.

Le seul *Traitement* rationnel est la sonde œsophagienne à demeure; malheureusement son introduction est difficile et expose à de nouveaux efforts de vomissements et à une fausse route dans le médiastin.

#### IV

#### LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'ŒSOPHAGE

L'œsophage et le tissu cellulaire qui l'entoure peuvent être le siège de

<sup>(1)</sup> QUÉNU se demande s'il ne s'agit pas d'une rupture de varices œsophagiennes et si ce n'est pas le sang qui fait éclater les parois d'un œsophage altéré par l'inflammation. C'est un point à rechercher dans l'avenir. (Des ruptures spontanées du rectum. *Revue de chir.*, 1882, t. II, p. 181.)

phénomènes inflammatoires qu'on décrit sous les noms d'*œsophagite* et de *péri-œsophagite*.

NOVERRE, Inflammation de l'œsophage. *Nouv. Journal de méd. et de chir.*, Paris, 1819, t. VI, p. 8. — MONDIÈRE (J.-T.), Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1851, 1<sup>re</sup> série, 9<sup>e</sup> année, t. XXV, p. 558. — PETRUNTI, Abscès rétro-œsophagien. *Gaz. méd.*, Paris, 1859, 2<sup>e</sup> série, t. VII, p. 122. — BALLOT, Phlegmon rétro-œsophagien. *Archives gén. de méd.*, Paris, 1841, 5<sup>e</sup> série, t. XII, p. 257 et suiv. — MONDIÈRE, Recherches pour servir à l'histoire des abcès rétro-pharyngiens. *L'Expérience*. Paris, 1842, t. IX, p. 55, 49 et 65. — CAULET, De la *péri-œsophagite*. Thèse de Paris, 1864, n<sup>o</sup> 224. — PARENSKI, Des abcès de l'œsophage survenant à la suite d'embolie. *Anal. in Revue des sc. méd.*, Paris, 1874, t. IV, p. 256. — BRUSCH, Œsophagitis as a disease of infancy. *Med. Rec.*, New-York, 1885, t. I, p. 55. — CHITTON (H.-H.), Retro-œsophageal abscess. *Trans. of the path. Soc.*, London, 1887, t. XXXVIII, p. 150. — DESCROZILLES, Œdème de la glotte, œsophagite, gastro-entérite aiguë par ingestion de bouillon très chaud chez un jeune enfant, mort prompt, autopsie. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1887, p. 1517.

#### 1<sup>o</sup> ŒSOPHAGITE

L'œsophagite peut être *aiguë* ou *chronique*.

##### A. — ŒSOPHAGITE AIGUË

L'œsophagite aiguë est une maladie rare, qui n'a guère d'intérêt chirurgical; nous devons la signaler à cause des lésions de rétrécissement qui la suivent quelquefois et aussi parce qu'elle est constante dans les lésions traumatiques, consécutives à la présence de corps étrangers ou à des brûlures. Elle peut être l'origine d'ulcérations, de perforations et de périœsophagites<sup>(1)</sup>.

##### B. — ŒSOPHAGITE CHRONIQUE

L'œsophagite chronique peut n'être que la conséquence d'une œsophagite aiguë; elle est à peu près constante dans les dilatations de l'œsophage, qu'on trouve au-dessus des rétrécissements, et acquiert alors une grande importance par suite des ulcérations dont elle s'accompagne et des perforations qui peuvent les suivre, soit spontanément, soit à l'occasion d'un cathétérisme.

Les inflammations chroniques spécifiques, liées à la syphilis et à la tuberculose, seront étudiées plus loin<sup>(2)</sup>.

Il ne nous reste donc à décrire qu'une œsophagite chronique née d'emblée, chez les alcooliques, chez les fumeurs, et chez les malades sujets à des vomissements fréquents. On a dit que cette œsophagite pouvait causer un rétrécissement par simple hypertrophie de la tunique musculuse sous-jacente; le fait a été contesté par Zenker et Ziemmsen; il est, en effet, probable qu'on a pris l'effet

<sup>(1)</sup> On a distingué, dans l'œsophagite aiguë, diverses formes anatomiques : *catarrhale, folliculeuse, pustuleuse, phlegmoneuse*. Birch-Hirschfeld a signalé une forme *desquamative*, où, sans cause connue, après quelques jours de fièvre et de dysphagie, on observerait l'élimination d'un long cylindre de muqueuse œsophagienne. Ces diverses variétés d'œsophagite, qui sont bien plus du ressort du médecin que de celui du chirurgien, reconnaissent pour cause la déglutition de caustiques légers, du tartre stibié, ou encore certaines infections (choléra, fièvre typhoïde, rougeole, variole, urémie, pyohémie); Béhier, Laboulbène, Lanne-longue admettent que des boissons très froides suffisent à les déterminer.

<sup>(2)</sup> Voy. p. 555 et 556.

pour la cause et que l'œsophagite n'était que la conséquence du rétrécissement. Cette œsophagite chronique semble jouer un rôle des plus importants dans la genèse de l'*ulcère simple de l'œsophage*<sup>(1)</sup> et des rétrécissements qui en sont la conséquence.

Mentionné d'abord par Rokitansky, par Trier, étudié en France par Debove et son élève Berrez, cet ulcère, analogue à celui de l'estomac, siège ordinairement sur le tiers inférieur de l'œsophage; il peut se cicatriser, au moins partiellement, ou, au contraire, progresser et donner lieu à des hémorragies répétées, abondantes, ou encore entraîner la perforation du conduit; cette dernière serait même assez fréquente et s'observerait 4 fois sur 10, si l'on en croyait les recherches de Berrez.

La maladie est principalement caractérisée par une douleur, qu'éveille la déglutition, une dysphagie plus ou moins grande et des vomissements qui, d'abord alimentaires, deviennent souvent sanglants.

La mort peut survenir soit par suite de l'épuisement, soit par suite des hémorragies et de la perforation; assez souvent le malade guérit, mais, pour peu que l'ulcération ait été étendue, la cicatrice détermine la production d'un rétrécissement œsophagien.

#### 2<sup>o</sup> PÉRIŒSOPHAGITE

On désigne sous le nom de *périœsophagite* l'inflammation du tissu cellulaire périœsophagien.

Cette inflammation peut être la conséquence directe d'une lésion d'un organe du médiastin postérieur, de l'œsophage (œsophagites graves, corps étrangers, plaies, ulcérations, rétrécissements, néoplasmes), des ganglions (adénites suppurées périœsophagiennes), etc., ou le résultat de la propagation de l'inflammation d'une région voisine (abcès péripharyngien, fusée purulente partie de l'aisselle et suivant les vaisseaux sous-claviers, etc.).

**Symptômes. — Marche et pronostic.** — Les symptômes varient suivant le siège, les dimensions et l'état de développement de l'abcès. Lorsque celui-ci occupe la partie supérieure du conduit, ses symptômes se rapprochent de ceux des abcès péripharyngiens; lorsqu'il s'est développé au niveau de la partie moyenne ou de la partie inférieure de l'œsophage, il traduit son existence principalement par de la douleur et de la dysphagie.

La douleur, qui existe le long de l'œsophage, est tantôt rapportée à la région rétrosternale, tantôt, au contraire, plus en arrière, le long du rachis; d'abord localisée en un point, elle ne tarde pas à s'irradier, ordinairement vers la partie supérieure du conduit, puis sur toute sa longueur. Dès le début, elle est provoquée par la déglutition; le moindre mouvement du cou l'exaspère, et même,

<sup>(1)</sup> Consulter au sujet de l'ulcère simple : MAZOTTI, Sopra un caso di esophagite ulcerativa. *Rivista clin.*, Bologne, 1879, et *Revue des sc. méd.*, Paris, 1880, t. XVI, p. 468. — ZAHN (F.-W.), Ulcère simple de l'œsophage et du duodénum, anémie pernicieuse symptomatique. *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1882, t. II, p. 144. — JANEWAY (E.-G.), Perforation ulcer of the œsophagus. *Med. News*, Philadelphie, 1885, t. I, p. 561. — TEISSIER (J.) et FAVEL, Perforation spontanée de la trachée et de l'œsophage chez un ataxique. *Annales des mal. de l'oreille*, Paris, 1885, t. XI, p. 556. — BERREZ (E.), De l'ulcère simple de l'œsophage. *Gaz. des hôp.*, Paris, 1887, n<sup>o</sup> 157, p. 1535, et Thèse de Paris, 1887-1888.

pour peu que l'affection soit aiguë, la douleur existe dans l'immobilité la plus complète. La dysphagie est considérable; le malade arrive à ne pouvoir plus rien déglutir, bien que le canal reste perméable au passage d'une bougie.

Il y a de la fièvre, de la raideur du cou, quelquefois de la toux, généralement des altérations de la voix.

La *marche* est le plus souvent rapide.

Le *pronostic* varie suivant que l'abcès est circonscrit ou diffus.

Lorsque l'abcès est *circonscrit*, il s'ouvre ordinairement dans l'œsophage; le pus est rejeté sous forme de vomiturition et le malade guérit. Dans quelques cas rares, l'abcès a pointé vers la racine du cou et a été ouvert par le chirurgien. Ces abcès circonscrits ont été principalement observés à la suite des corps étrangers de l'œsophage.

Lorsqu'au contraire il s'agit d'une *inflammation diffuse* on peut observer tous les accidents qui accompagnent les suppurations étendues du médiastin, la perforation de la plèvre, du péricarde, etc.

**Diagnostic.** — On peut confondre la périœsophagite avec l'*hydrophobie*; mais dans la périœsophagite la terreur des liquides n'existe pas; avec certaines *péricardites*, on n'a pas les signes physiques de l'inflammation du péricarde. L'*œsophagite* se distingue par la fixité moindre de la douleur, le degré moins prononcé de la dysphagie, le flux constant de salive qui l'accompagne. Les *abcès péripharyngiens* sont caractérisés par les résultats que donne l'examen direct. C'est en s'appuyant sur ces divers symptômes qu'on établit le diagnostic différentiel théorique de la périœsophagite. En pratique, ce diagnostic est, en réalité, des plus difficiles; on y songe bien quelquefois en présence de certaines conditions étiologiques; mais le plus souvent la maladie est méconnue, et même, lorsqu'elle s'accompagne de symptômes respiratoires un peu marqués, elle est prise pour *affection de l'arbre aérien*.

**Traitement.** — Exceptionnellement on a pu, par une incision faite le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, arriver jusqu'à l'œsophage et ouvrir directement la collection purulente. Le plus souvent, vu le siège profond de l'abcès, on s'en est tenu à des applications émollientes sur le cou, alimentant les malades soit par la sonde, soit à l'aide de lavements. M. Mackenzie a prescrit des vomitifs dans l'espoir d'amener la rupture de la poche. Il nous semblerait plus rationnel, dans les cas où l'on aurait un diagnostic certain, d'aller à la recherche du foyer purulent, en pénétrant dans le médiastin après avoir réséqué la partie postérieure du corps des 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> côtes<sup>(1)</sup>.

Dans quelques cas, le chirurgien, pour parer à des accidents de suffocation, est obligé de faire la trachéotomie; le plus souvent, du reste, en pareille circonstance, le diagnostic n'a pas été fait et l'on a cru à un œdème de la glotte.

<sup>(1)</sup> Voy. plus haut, p. 517, le résultat des recherches que nous avons entreprises à cet égard avec M. Quénu.

## V

## SYPHILIS DE L'ŒSOPHAGE

Les lésions syphilitiques de l'œsophage, encore peu connues, ont cependant été l'objet d'un certain nombre de travaux.

BILLARD, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1855, p. 507. — BERKELEY HILL, *Syphilis and local contagions disorders*, 1868, p. 127. — REIMIER, *Syphilis. Jahrbuch f. Kinderheilk.*, Leipzig, 1876, t. X, p. 98. — LABOULBÈNE, *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*, Paris, 1879, p. 96. — LABLINSKI, *Berliner klin. Woch.*, 1885, n<sup>o</sup> 53 et 54. — POTAIN, Rétrécissement syphilitique de l'œsophage. *Journal de méd. et de chir.*, Paris, 1887, t. LVIII, p. 555, et *Semaine méd.*, Paris, 1887, p. 261. — Consulter en outre la bibliographie des Rétrécissements.

Ces lésions, contrairement à celles du pharynx, sont rares; d'après M. Mackenzie, elles ne se développeraient guère dans ce canal que lorsqu'une maladie antérieure ou un traumatisme y a constitué un *locus minoris resistentiæ*.

On les observe surtout dans la période tertiaire de la syphilis acquise, exceptionnellement dans la syphilis congénitale, où elles ont cependant été signalées par Billard, Stoffen et Reimier.

Elles consistent en ulcérations de la muqueuse ou en dépôt gommeux, susceptibles eux-mêmes de s'ulcérer et de donner, comme les premières, naissance à des cicatrices rétractiles. Dans quelques cas, les dépôts gommeux se bornent à épaissir la muqueuse; par leur transformation fibreuse, ils arrivent alors à constituer des lésions qui, au dire de West, rappelleraient beaucoup l'aspect des vieux rétrécissements urétraux.

Le *symptôme* capital est la dysphagie qui, d'abord assez notable pendant la période d'ulcération, s'amende ensuite, pour reparaitre quand le rétrécissement se constitue.

Le *diagnostic* est extrêmement difficile et ne peut guère être que soupçonné lorsqu'on se trouve en présence d'un syphilitique, et que la dysphagie, après avoir disparu par le traitement spécifique, reparait au bout d'un temps plus ou moins long.

Le *pronostic* est grave à cause du rétrécissement consécutif, que l'on doit toujours craindre en présence d'une pareille lésion.

Le *traitement* est, au début, le traitement général de la syphilis. Carl Berger a obtenu par le traitement interne la guérison d'un rétrécissement siégeant au voisinage du cardia<sup>(1)</sup>. Lorsque la coarctation fibreuse est constituée, il faut avoir recours aux moyens habituellement employés contre les rétrécissements.

<sup>(1)</sup> BERGER (Carl), Ueber einen seltenen Fall von Oesophagusstenose. *Deutsche med. Woch.*, 1896, p. 509.