

c. La *dilatation immédiate progressive*, préconisée par Le Fort, est faite suivant un mode semblable à celle des rétrécissements de l'urètre⁽¹⁾. Pour la pratiquer, on se sert d'une bougie conductrice, sur laquelle se vissent des cathéters coniques dont le diamètre au niveau de la pointe est égal à celui de la bougie conductrice.

d. La *dilatation progressive permanente* a été, tout d'abord, pratiquée par Mauchard, qui employait des boules d'ivoire de différents-calibres, fixées à des tiges de baleine. Plus tard on a fait usage de sondes œsophagiennes en gomme dont Boyer faisait ressortir l'extrémité par la narine.

Aujourd'hui cette méthode n'est plus guère employée. On pourra toutefois y avoir recours, comme on le fait pour les rétrécissements de l'urètre, dans les cas de rétrécissements très serrés, que l'on a eu du mal à franchir. Dans ces cas, la bougie, laissée à demeure pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, crée un chemin qui permet, dans la suite, la dilatation immédiate progressive.

2° L'*électrolyse* a permis à E. Bœckel de franchir un rétrécissement dans deux cas. Pour lui, ce n'est pas un moyen de destruction, c'est un moyen de modifier les tissus, de les congestionner, de les rendre plus mous, plus succulents, selon son expression⁽²⁾. Il croit cependant peu à l'électrolyse pure et pense qu'elle s'accompagne toujours de galvanocaustie chimique; aussi place-t-il dans l'œsophage le rhéophore négatif, les eschares des alcalis passant pour plus molles que celles des acides. Stroem admet que non seulement l'électrolyse rend perméables des rétrécissements qui ne l'étaient pas, mais il pense qu'elle peut à elle seule rétablir le canal et produire un résultat durable.

3° La *cautérisation*, imaginée par Everard Home, employée par Mondière, Trousseau, Bretonneau, préconisée par Gendron, a eu successivement pour but de détruire ou de modifier simplement le rétrécissement; c'est un procédé dangereux, aujourd'hui abandonné.

4° L'*œsophagotomie interne* pratiquée tout d'abord par Maisonneuve⁽³⁾ et presque en même temps par Lannelongue (de Bordeaux)⁽⁴⁾ peut être faite de haut en bas ou de bas en haut.

Maisonneuve a copié son urétrotome; il coupe le rétrécissement de haut en bas en faisant courir sur un conducteur deux lames latérales triangulaires de 12 millimètres de diamètre, à angle saillant mousse, à tranchant limité au tiers antérieur.

Dolbeau sectionnait, au contraire, le rétrécissement de bas en haut avec un instrument terminé par une olive au-dessus de laquelle il faisait saillir une lame ovulaire. L'olive étant placée au-dessous du rétrécissement, on la retirait en faisant saillir la lame⁽⁵⁾.

U. Trélat avait imaginé pour cette opération un véritable instrument de préci-

tats. Loreta ne croit toutefois pas à la guérison radicale après la simple divulsion instrumentale de l'œsophage; il conseille de passer de temps à autre la sonde œsophagienne, comme cela se pratique dans le cas de rétrécissement de l'urètre.

(1) F. JOUIN, *De la dilatation immédiate et progressive*. Thèse de Paris, 1885, n° 68.

(2) Le professeur Guyon fait remarquer dans ses cours que c'est là une action comparable à celle du *cathétérisme appuyé*. Il pense que, dans bon nombre de cas, c'est la pression de l'instrument plus que l'électrolyse qui agit.

(3) MAISONNEUVE, *Clinique chir.*, Paris, 1864, t. II, p. 409.

(4) LANNELONGUE, *Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1865, t. VI, p. 547.

(5) DOLBEAU, Deux observations d'œsophagotomie interne. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 16 mars 1870.

sion⁽¹⁾. Son œsophagotome (fig. 98) se compose d'une tige graduée à grande courbure, présentant vers son extrémité terminale un renflement destiné à butter au-dessus de l'obstacle. La portion de la tige, située au-dessous de ce renflement et devant pénétrer à travers le rétrécissement, renferme deux lames B, que l'on peut faire saillir à l'aide d'une vis A, placée à l'extrémité manuelle de l'instrument; l'écartement des lames est indiqué par un petit curseur a, placé près de la vis. Pour se servir de l'instrument, il faut d'abord avoir déterminé avec précision le siège du rétrécissement; puis, l'instrument étant introduit, on constate sur la tige graduée que l'on est bien parvenu au point rétréci. Il suffit alors de faire saillir les lames, de tirer à soi l'espace de quelques centimètres, puis de faire rentrer les lames et de retirer l'instrument.

Malheureusement il y a des cas où le rétrécissement, quoique franchissable, est trop serré pour admettre la tige conductrice de l'œsophagotome de Trélat, et trop étendu pour que les lames cachées dans cette tige conductrice puissent l'inciser dans toute sa hauteur. M. Le Dentu a modifié pour ces cas l'œsophagotome à lame double de Maisonneuve. Pour éviter les sections dangereuses de ses lames trop larges, il a fait construire une série de lames de largeur graduée, au moyen desquelles on peut pratiquer le nombre de scarifications reconnues nécessaires pour faciliter la dilatation⁽²⁾.

Cette opération est, au premier abord, séduisante; elle permet la dilatation, ne constitue qu'une intervention en somme minime et ne laisse pas de cicatrice extérieure. Mais elle n'est praticable que si l'on peut tout au moins passer une bougie conductrice; de plus il arrive souvent que les bandes cicatricielles, trop épaisses, ne se laissent pas couper ou ne s'écartent pas après avoir été sectionnées. Enfin l'opération est quelquefois suivie d'accidents: de phlegmons périœsophagiens et d'hémorragies, celles-ci peuvent même être telles qu'elles entraînent la mort⁽³⁾.

Sur 11 malades œsophagotomisés pour rétrécissement cicatriciel, M. Mackenzie relève 3 morts, soit 27,28 pour 100. Il est vrai que cette proportion devrait être réduite si l'on comptait non plus le nombre des œsophagotomisés, mais le nombre des œsophagotomies faites. Plusieurs de ces malades avaient subi des œsophagotomies multiples, si bien que les 3 morts correspondent à 19 œsophagotomies, ce qui donne pour l'opération une mortalité de 15,7 pour 100.

5° L'*œsophagotomie externe* peut être divisée en œsophagotomie faite au-

(1) U. TRÉLAT, Sur l'œsophagotomie interne. *Bull. de thérap.*, Paris, 50 mars 1870, et *Leçons de clin. chir.*, Paris, 1891.

(2) LE DENTU, Note sur l'œsophagotomie interne à temps espacés au moyen de l'instrument de Maisonneuve modifié. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 juin 1887, et *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1887, p. 661.

(3) SCHILZ, *Correspondenz-Blatt des ärztl. Vereins im Rheinlande*, avril 1877, n° 19, p. 19. — Il conseille, en cas d'hémorragie, de tamponner avec une grosse sonde et de donner des boissons glacées. — Trélat, pensant que les hémorragies viennent de la muqueuse, veut qu'on incise uniquement la cicatrice après avoir déterminé le côté où elle siège.

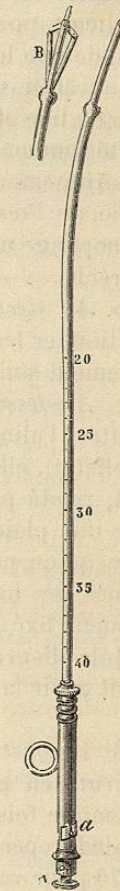


FIG. 98. — Oesophagotome de Trélat.

dessus, œsophagotomie faite au niveau, œsophagotomie faite au-dessous du rétrécissement (1).

a. *Au-dessus du rétrécissement*, elle a pour but de faciliter le traitement du rétrécissement situé plus bas. Waldenburg, Mikulicz ont profité de la plaie cervicale pour y passer des œsophagoscopes, d'une efficacité beaucoup plus grande que lorsqu'on les introduit par la bouche. Ils ont ainsi pu voir l'orifice d'un rétrécissement jusque-là infranchissable et y insinuer directement une bougie fine et courte, facile à guider.

Récemment Gussenbauer (2), mettant en pratique une idée émise autrefois théoriquement par M. F. Terrier (3), a fait l'*œsophagotomie combinée*; par la plaie de l'œsophagotomie externe, il a introduit dans le bout inférieur de l'œsophage un bistouri boutonné et a pu ainsi sectionner directement les points rétrécis.

b. *Au niveau du rétrécissement*, l'œsophagotomie externe a pour prétention de sectionner les parties rétrécies. Pratiquée par Watson, elle ne trouve que bien rarement son indication à cause de l'étendue habituelle des rétrécissements.

c. *Au-dessous du rétrécissement*, l'œsophagotomie a pour unique but de permettre l'alimentation du malade; c'est une *œsophagostomie*. Imaginée par Stoffel (4), elle fut certainement pratiquée dès le xviii^e siècle, comme le prouve le fait, relaté par Tarenget (5), d'une religieuse qu'on alimenta pendant 16 mois par une plaie œsophagienne faite au-dessous du point rétréci. C'est une opération qu'on ne pratique guère; elle n'est possible que pour les rétrécissements situés très haut; de plus, elle est difficile, l'œsophage étant quelquefois profondément fixé aux parties environnantes; elle établit à la région cervicale une fistule disgracieuse; enfin son résultat est le plus souvent aléatoire, car on ne peut avoir la certitude qu'il n'existe pas de rétrécissement plus bas.

6° La *gastrostomie* ou bouche stomacale, proposée et décrite en 1857 par un chirurgien norvégien du nom d'Egebert, pratiquée par Sédillot, a été pour la première fois dirigée contre un rétrécissement cicatriciel par Cooper Foster; le malade opéré par ce dernier est mort de péritonite, et il faut aller jusqu'en 1876 pour voir une première gastrostomie, faite par Verneuil et suivie de succès. Depuis cette époque les guérisons se sont multipliées, et en 1885, M. Cohen (6) réunissait 53 opérations avec 24 guérisons. Plus récemment Zézas (7), publiant 21 gastrostomies pour rétrécissement, comptait 7 guérisons définitives, 10 succès opératoires. Aussi le domaine de la gastrostomie s'est-il considérablement étendu. C'est une opération facile et dont les risques sont actuellement modérés. Elle établit d'une manière certaine une fistule au-dessous du rétrécissement, assure ainsi des survies indéfinies et peut même permettre la dilatation secon-

(1) FOLLIN, *Rétrécissements de l'œsophage*, Paris, 1855. — SCHMIDT, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, t. XXXIX.

(2) GUSSENBAUER, Ueber combinirte OEsophagotomie. *Zeitschrift für Heilkunde*, Prague, 1886, t. IV, p. 55.

(3) F. TERRIER, *Loc. cit.*, p. 75.

(4) D'après Morgagni, cité par F. TERRIER, *Loc. cit.*, p. 17.

(5) TARENGET, *Journal de méd. et de pharm.*, 1786, t. LXVIII, p. 250. — Il traite cette opération de *dangereux artifice*.

(6) M. COHEN, *De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1884-1885, n° 165.

(7) ZÉZAS, Die Gastrostomie und ihre Resultate. *Archiv für klin. Chirurgie*, 1885, t. XXXII, p. 188 et 276.

daire du rétrécissement et la fermeture ultérieure de la fistule stomacale (1).

En résumé, si le rétrécissement est franchissable et dilatable, on aura recours à la dilatation, que l'on fera le plus souvent progressive temporaire, suivant la méthode de Bouchard. S'il est franchissable et indilatable, l'œsophagotomie interne est indiquée; on la fera superficielle et on complétera ses effets en la faisant suivre de la dilatation progressive temporaire qu'on commencera cinq à six jours après l'opération, n'oubliant pas qu'ici comme à l'urètre la section interne n'est qu'un adjuvant de la dilatation. Enfin, si le rétrécissement est infranchissable, on fera la gastrostomie ou l'on aura recours à l'œsophagotomie externe combinée.

Dans tous les cas, on se hâtera de rétablir une voie à l'alimentation, n'oubliant pas que chez de pareils malades l'intervention précoce, suivie d'un traitement approprié et persévérant, peut seule arriver à donner de bons résultats.

X

DILATATIONS DE L'ŒSOPHAGE

ROKITANSKY, *Lehrbuch von path. Anatomie*, 1861, t. III, p. 127. — FRIDBERG, *Dissertatio de œsophagi diverticulis*. Giessen, 1867. — ZENKER et ZIEMMSEN, *Handbuch der spec. Pathologie*. Leipzig, 1877, t. VII, 1^{re} moitié. — EINHORN (Max), A case of dysphagia with dilatation of the œsophagus. *Med. Record*. New-York, 1888, t. II, p. 751. — BERGMANN, Traitement des diverticules œsophagiens. Société de méd. berlinoise, 6 novembre 1890. *Mercure méd.* Paris, 19 novembre 1890, p. 584. Discussion: VIRCHOW, ROSENTHAL, FRANKEL, EWALD, *Ibid.*, p. 609. — WALTHER WHITEHEAD, Diverticulum of œsophagus causing obstruction; gastrostomy; death six years afterwards. *The Lancet*. London, 3 janvier 1891, t. I, p. 11. — GIRARD (Ch.), Du traitement des diverticules de l'œsophage. *Congrès franç. de chir.*, 1896, p. 592 (bibliogr.). — DELAMARE et DESCAZALS, Les diverticules de l'œsophage et du pharynx. *Gazette des hôp.*, 1897, p. 165 (bibl.).

On peut observer dans l'œsophage des dilatations *circonférentielles* et des dilatations *limitées* à un point spécial de ce conduit.

Les *dilatations circonférentielles*, liées à la stagnation des matières, se rencontrent dans quelques cas rares sans cause connue; mais elles sont le plus souvent liées soit à la paralysie, soit au rétrécissement de l'œsophage (2). Elles sont, du reste, très rares et ne doivent pas être confondues avec les cavités rencontrées quelquefois dans les cancers, cavités dues à la destruction du tissu néoplasique bien plus qu'à la dilatation du canal.

Les dilatations limitées à un point de la paroi ou *diverticules*, ont été distinguées par Rokitansky, Zenker et Ziemmsen, etc., en deux grandes classes: les *diverticules par traction* et les *diverticules par propulsion*.

Les *diverticules par traction* siègent presque toujours sur la paroi antérieure de l'œsophage et le plus souvent à peu près au niveau de la bifurcation de la trachée. Un examen précis fait en général trouver des ganglions malades, qui se sont ulcérés dans l'œsophage. Il se forme dans ces conditions des cicatrices, et

(1) GISSLER (J.), Ueber die retrograde Dilatation von OEsophagus-Striktoren. *Beitr. zur klin. Chirurgie*, Tübingen, 1892, t. VIII, p. 109. — L'auteur réunit 10 observations de dilatation rétrograde.

(2) Voy. *Rétrécissements de l'œsophage*, p. 558, et *Paralysies de l'œsophage*, p. 567.