

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 DESCALZALS, 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*, Tubingen, 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.

lorsque les ganglions se rétractent, ils exercent une traction sur le point adhérent de la paroi œsophagienne. L'intérêt de ces diverticules, qui, au dire de Zenker et Ziemmsen, ont une paroi exclusivement muqueuse, consiste dans les perforations qu'ils peuvent être le siège, en particulier lors du séjour d'un petit corps étranger dans leur intérieur.

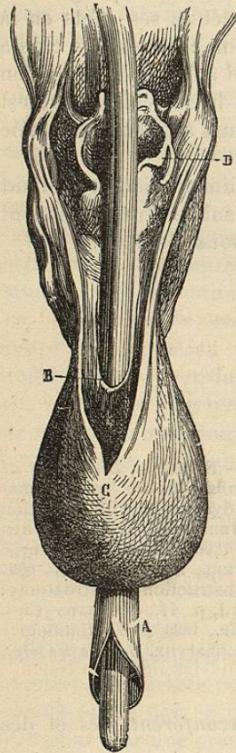


FIG. 99.

FIG. 99. — Poche œsophagienne. — En A on voit le canal œsophagien dans lequel est engagée la sonde. — B, repli bordant inférieurement l'abouchement de la poche C dans l'œsophage. — D, orifice supérieur du larynx.

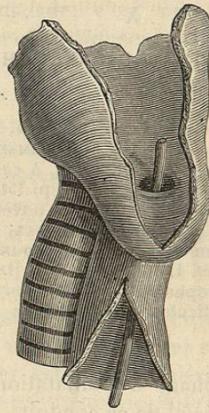


FIG. 100.

FIG. 100. — Dilatation du larynx.

veloppement du côté du sinus piriforme de His ⁽¹⁾.

Des dilatations même étendues de l'œsophage peuvent ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme. C'est l'exception; le plus souvent il existe des troubles de la déglutition qui vont croissant avec le diverticule. La dysphagie finit par être intense; quelques malades, au début du repas, avalent bien, mais peu à peu un obstacle se crée et des régurgitations surviennent. Il est alors possible quelquefois de sentir sur le côté de l'œsophage une tumeur molle, pâteuse, que le malade vide aisément par pression. Dans beaucoup de cas, en pressant à côté du larynx ou de la trachée on provoque un gargouillement caractéristique produit par l'expulsion du contenu de la poche (Betz). Les

⁽¹⁾ Voy. pour cette question pathologique : *Vices de conformation du cou.*

régurgitations ramènent des aliments tantôt à peine altérés, tantôt à demi décomposés, ce qui explique la fétidité de l'haleine que présentent certains malades. A l'exception des cas très avancés, la dysphagie présente souvent des intermittences; un malade de Neukirch avalait mieux dans le décubitus latéral, un de König en exerçant des pressions sur le côté gauche du cou.

Les résultats du cathétérisme sont extrêmement variables : chez le même malade, la sonde peut à un moment filer directement jusque dans l'estomac, tandis qu'à un autre elle butte dans le sac. Chez un malade de Rosenthal, elle passait quand le malade penchait la tête à gauche, attitude qui du reste facilitait la déglutition; dans tous les cas, lorsque la sonde peut être introduite, elle passe facilement.

L'auscultation de l'œsophage a donné des résultats très variables : peut-être l'œsophagoscopie, si difficilement applicable dans le cancer à cause des sécrétions et des restes alimentaires qui obstruent le canal, pourrait-elle ici permettre de voir l'orifice de la poche.

Ces dilatations peuvent persister quelquefois pendant longtemps sans causer d'accidents graves; on a vu des malades souffrir depuis vingt, trente ans et plus de leur affection, mais le plus souvent les malades succombent soit par suite de l'inanition, soit par suite d'une complication résultant de l'ulcération et de la perforation de la poche.

Le *traitement* a pendant longtemps été exclusivement *palliatif*; il consistait à prévenir l'accumulation des aliments dans le sac, soit à l'aide de la compression lorsqu'il était accessible, soit à l'aide de la sonde œsophagienne. Aujourd'hui on regarde l'*extirpation de ces diverticules* comme chirurgicalement possible; Nicoladoni, Bergmann, Niehans, König, Kocher, etc., l'ont pratiquée. Girard a guéri son malade en invaginant le cul-de-sac dans l'œsophage.

L'intensité de la dysphagie peut, dans les cas où l'extirpation est rejetée, conduire le chirurgien à pratiquer la gastrostomie, comme l'a fait Whitehead, dont l'opérée a vécu six ans.

XI

TUMEURS DE L'ŒSOPHAGE

Les tumeurs de l'œsophage se divisent en tumeurs *benignes* et en tumeurs *malignes*.

1^o TUMEURS BÉNIGNES

Les *tumeurs bénignes* sont rares. Leur nature est variable. On a rencontré au niveau de l'œsophage des *kystes muqueux* par rétention (Sappey), des *kystes congénitaux* à épithélium cilié (Wyss), des *kystes dermoïdes* fermés et des kystes dermoïdes ouverts (Watmann), des *papillomes* (Ziemmsen), des *fibromes* (Baillie), quelquefois multiples (Schneider), des *adénomes polypeux* (Weigert), des *lipomes* (Laboulbène), des *myomes* (Eberth, Arrowsmith, Coats, Hilton Fagge, Blagoviéchiensky).