

longue de 10 centimètres environ, se terminant à un niveau correspondant à l'ombilic; section de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, du feuillet antérieur de la gaine du muscle droit antérieur de l'abdomen.

La gaine du muscle ouverte, nous inclinons laèvre interne de l'incision, de manière à mettre à découvert le feuillet profond de cette gaine en dedans du bord interne du muscle.

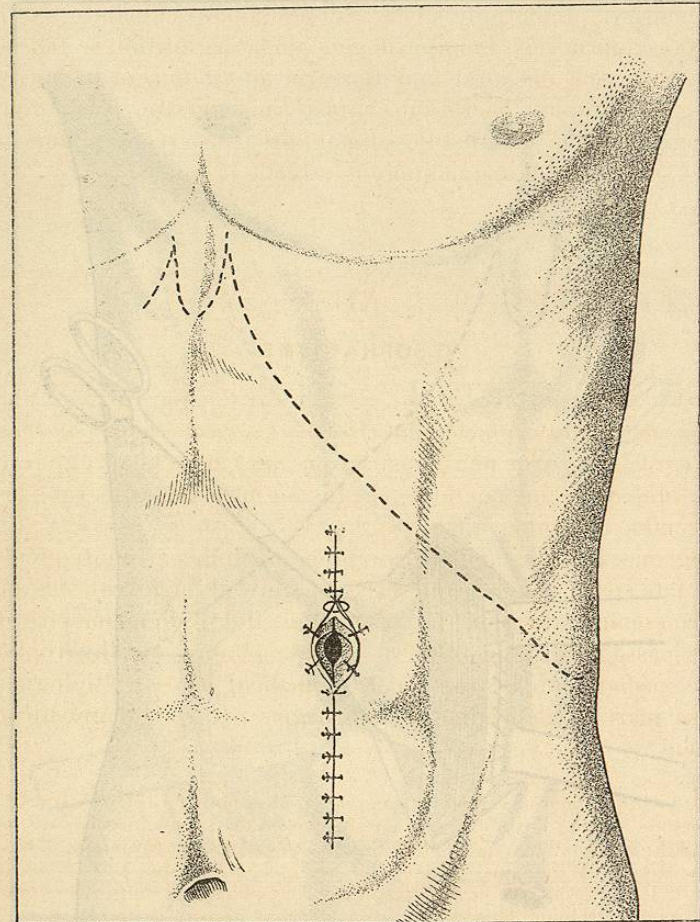


Fig. 107. — La muqueuse stomacale est fixée à la peau au niveau de l'incision cutanée latérale.

Incision de ce feuillet profond et ouverture du péritoine sur la ligne médiane; nous pouvons alors facilement explorer l'estomac.

Nous attirons celui-ci au dehors, le fixons par un surjet séro-séreux aux lèvres de l'incision péritonéale (fig. 105).

Puis, d'un coup de sonde cannelée, nous dissocions, suivant une ligne verticale, deux faisceaux du muscle droit. Attirant l'estomac entre le feuillet profond de la gaine et la partie interne du muscle, nous l'amenons ensuite entre les deux faisceaux dissociés (fig. 106), suturons les tuniques musculo-séreuses de l'estomac aux lèvres de l'aponévrose antérieure sectionnée et ouvrons le viscére sur une très petite étendue pour fixer la muqueuse à la peau. Le reste de

la plaie est réuni par trois étages de sutures (fig. 107). Pansement avec un peu de carbonate de magnésie et de la gaze stérilisée.

L'estomac décrit ainsi un canal inflexe entre la face profonde du muscle droit et sa gaine, puis entre deux faisceaux du muscle.

On voit, par cet exposé, que les ressources qu'offre la thérapeutique contre le cancer de l'œsophage sont minimes, et que, le plus souvent, il faut se borner à un traitement symptomatique, cherchant à combattre l'inanition et la douleur par des moyens appropriés. Lorsque la gêne de la déglutition se fait sentir pour les liquides, nous pensons qu'il faut recourir au traitement palliatif par excellence, à la gastrostomie: opération simple, sans gravité, permettant d'établir d'une manière certaine une fistule alimentaire, ne créant aucune difformité apparente et soulageant d'une manière très réelle les malades.

XII

ŒSOPHAGISME

L'œsophagisme, encore appelé *rétrécissement spasmodique*, *spasme de l'œsophage*, est caractérisé par une constriction du canal pharyngo-œsophagien; constriction plus ou moins complète et plus ou moins durable sans lésion organique appréciable au point où elle siège.

L'œsophagisme, tel que nous le comprenons, doit, par conséquent, être distingué des états spasmodiques, qui existent souvent au niveau des néoplasmes ou des rétrécissements fibreux de l'œsophage; il doit de même être différencié des spasmes passagers qu'on observe dans le tétanos ou l'hydrophobie. C'est une maladie spéciale, une névrose, d'ordre médical par son étiologie, ses symptômes et sa marche, dépendant du chirurgien par son diagnostic et surtout son traitement.

COURANT, *De nonnullis morbis convulsivis œsophagi*, Montpellier, 1778. — BROCA (P.), Rétrécissement spasmodique de l'œsophage; guérison par la dilatation forcée. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1869, 2^e série, t. X, p. 280. — SENEY, *Œsophagisme chronique*. Thèse de Paris, 1873, n^o 210. — MORELL MACKENZIE, Spasmodic stricture, paralysis. *Med. Times and Gazette*, London, 1876, t. II, p. 456 et 564. — RAYNAUD, De l'œsophagisme dans ses rapports avec la dilatation et les ulcérations de l'œsophage. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1877, t. III, p. 5. — NASSE, *Du traitement des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1878, n^o 425. — BRAZIER, *Contribution à l'étude de l'œsophagisme, des spasmes de l'œsophage et du rétrécissement spasmodique de cet organe*. Thèse de Paris, 1879, n^o 574. — DEROÏDE (L.), *Sur une variété peu connue d'œsophagisme réflexe*. Thèse de Lille, 1879, n^o 40. — BERNHEIM, art. ŒSOPHAGISME du *Dict. encycl. des sciences méd.*, Paris, 1880, 2^e série, t. XIV, p. 529 (bibl.). — POTAIN, Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. *Gazette des hôp.*, Paris, 1885, p. 75. — GAILLARD-LACOMBE, Deux cas d'œsophagisme liés dans un cas à un cancer de l'estomac, dans l'autre à un cancer œsophagien situé loin de l'obstacle. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1885, 5^e série, t. II, p. 95. — BERTRIN (L.), *De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin*. Thèse de Paris, 1884-1885, n^o 252. — PFLIMLIN, *Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1885-1886, n^o 256. — CHASSAGNY, Du cathétérisme dans l'œsophagisme. *Union médicale*, Paris, 1886, 3^e série, t. XLII, p. 445. — DARDEL, Dysphagie spasmodique chez une fillette de neuf ans. *Revue méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1881, t. VII, p. 157. — NETCHAÏEFF, Névroses réflexes. *Bull. méd.*, Paris, 1888, p. 898.

Etiologie. — Gendron a observé l'œsophagisme chez un vieillard; Courant,

Stevenson, Ev. Home, Robert, M. Mackenzie l'ont signalé chez l'enfant. Mais ce sont là des faits exceptionnels et l'œsophagisme frappe à peu près exclusivement les femmes de dix-huit à trente ans. Les hystériques, les névropathes, les hypochondriaques et en général les malades neurasthéniques y sont prédisposés d'une manière manifeste.

C'est souvent sans cause connue ou à l'occasion d'une émotion vive, d'une impression de froid, de l'ingestion de substances irritantes, de médicaments déterminant une sécheresse des voies digestives supérieures (jusquiamé, belladone), que survient le spasme œsophagien. La crainte de la rage a pu, dans quelques cas, être la cause d'un rétrécissement spasmodique.

D'autres fois, le spasme œsophagien semble être le résultat d'un *réflexe*, ayant pour point de départ une évolution difficile de dent de sagesse, une amygdalite à répétition, un cancer de la partie inférieure de l'œsophage ou de l'estomac, une métrite, une grossesse, une ulcération du larynx, etc.

Symptômes. — Marche. — Terminaisons. — La brusquerie et l'irrégularité de ses allures font que l'œsophagisme présente de grands changements dans sa physionomie. Hamburger en distingue deux formes : l'œsophagisme fixe et l'œsophagisme migrateur, le spasme pouvant, dans celui-ci, se manifester tantôt en un point, tantôt en un autre. Cette dernière forme est exceptionnelle et, s'il est vrai que le spasme paraît et disparaît à diverses reprises, il occupe presque toujours le même endroit ; il y a même pour le rétrécissement spasmodique un lieu d'élection, c'est l'extrémité supérieure de l'œsophage, sa jonction avec le pharynx.

Exceptionnellement on observe un début lent, graduel, caractérisé par de la gêne, quelquefois de la douleur le long de l'œsophage, puis par une dysphagie qui va croissant. Ordinairement le spasme débute brusquement au milieu d'un repas ; le bol alimentaire semble s'arrêter, le malade est pris de toux, de hoquet, d'efforts de vomissements, puis a une sorte de régurgitation. Ces symptômes se répètent à chaque repas avec une intensité plus ou moins grande ; quelquefois ils sont aggravés par une cause occasionnelle, une émotion par exemple.

La dysphagie, le plus souvent incomplète, peut être élective ; dans certains cas, les solides passent mieux que les liquides ; il n'y a toutefois rien de fixe à cet égard. La déglutition peut être simplement difficile, l'aliment stationner pendant un temps plus ou moins long, puis descendre ; d'autres fois, au contraire, les aliments sont rejetés par une sorte de régurgitation ; d'une manière générale, les aliments chauds ou tièdes sont ceux qui passent le plus facilement.

Rarement l'affection est indolore ; presque toujours elle s'accompagne de sensations pénibles de brûlures, de constriction, de boule dans le cou ou dans la poitrine.

Quelquefois le spasme ne reste pas limité à l'œsophage et la contracture s'étend aux muscles du cou, du thorax, de la nuque, du larynx ; des accidents de suffocation, une sensation angoissante peuvent alors éclater, tout comme dans les cas de corps étrangers de l'œsophage.

La durée des accès est très variable, de quelques minutes à un ou plusieurs jours ; il est rare toutefois qu'un spasme dure plus de vingt-quatre heures sans rémission. Comme toutes les névroses, l'œsophagisme présente les plus grandes

variations dans ses allures et il est impossible de rien fixer de précis à l'égard de sa marche. Jamais cependant, quoi qu'en ait dit Power, la mort ne survient, et, tôt ou tard, l'œsophagisme finit par guérir.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile. La variabilité des symptômes met immédiatement sur la voie et conduit le chirurgien à pratiquer l'examen de l'œsophage avec l'explorateur à boule olivaire. Celui-ci ne peut passer ; il est arrêté net, mais si l'on prolonge la pression sur l'obstacle, on voit que celui-ci disparaît, tantôt graduellement, tantôt brusquement et que la sonde parcourt librement l'œsophage. Au retour l'instrument parcourt sans arrêt tout le canal, le talon de la boule n'accrochant rien au passage. C'est là une caractéristique du spasme œsophagien, en tout comparable à celui qu'on observe au niveau de l'urètre.

Lorsque l'affection dure depuis un temps assez long, il faut se méfier et, pour peu que l'on n'observe pas la marche spéciale aux névroses, ne pas se hâter de croire à un œsophagisme alors même que la sonde tantôt butte et tantôt passe librement, une poche œsophagienne pouvant parfaitement simuler un rétrécissement spasmodique.

Une fois le diagnostic posé, il faut chercher si le spasme est symptomatique d'une quelconque des affections que nous avons mentionnées, afin de le traiter efficacement en s'adressant à sa cause.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave, pas plus que dans toute autre névrose ; il faut toutefois faire des réserves pour les spasmes symptomatiques, mais la gravité de ceux-ci est uniquement sous la dépendance de leur cause.

Traitement. — Le traitement doit être à la fois *médical et chirurgical*.

Le cathétérisme a donné, dans cette affection, de réels succès ; il suffit souvent de passer un explorateur à boule pour guérir le malade. Lorsque son introduction est insuffisante on peut recourir à la dilatation brusque, faite avec la pince de P. Broca. Dans tous les cas on agira graduellement, distendant lentement et peu à peu le conduit, afin d'éviter toute déchirure pouvant entraîner des accidents graves, des périœsophagites par exemple.

Le traitement médical, consistant dans l'emploi des antispasmodiques, tels que la belladone, la valériane, le bromure de potassium, etc., ne doit pas être négligé.

Il va sans dire que, dans les spasmes symptomatiques, on doit tout d'abord commencer par le traitement de la cause.

XIII

PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE

La *paralysie de l'œsophage* n'est parfois que l'accompagnement d'une paralysie du pharynx ; elle dépend le plus souvent d'une lésion des centres nerveux, d'une compression des nerfs œsophagiens ou d'un simple affaiblissement de la musculature du conduit, ces différentes causes pouvant du reste coexister.

La paralysie pourrait, suivant les cas, dépendre d'un trouble de la fonction