

thyroïde). Chez les femmes, on voit se produire ainsi des rétrécissements que l'on croit être de nature spasmodique, parce qu'ils sont passagers ; c'est la tuméfaction de la glande thyroïde à la période menstruelle qui détermine alors les phénomènes de sténose. Mais, en général, le goitre et les autres tumeurs situées en dehors de l'espace rétro-viscéral n'ont pas une grande influence sur les fonctions de l'œsophage. Nous devons cependant faire exception pour les tumeurs malignes de la glande thyroïde qui, comme on le sait, produisent souvent des symptômes de rétrécissement de ce conduit (§ 70). La mobilité de ce dernier dans l'espace rétro-viscéral lui permet de fuir les tumeurs ; la perméabilité de l'œsophage n'est compromise que lorsque la tumeur l'enveloppe complètement, ou que ce conduit ayant contracté des adhérences, ne peut se déplacer au-devant du néoplasme. Ce que nous venons de dire des tumeurs du cou, nous pourrions le répéter pour les tumeurs du médiastin ; si jamais nous voyons des épanchements pleurétiques ou d'autres affections analogues s'accompagner de symptômes de rétrécissement de l'œsophage, nous devons avant tout songer à une influence nerveuse. Les tumeurs vasculaires produisent aussi rarement un rétrécissement par compression. Lorsqu'un anévrisme de l'aorte ou de la carotide a contracté des adhérences avec l'œsophage, on peut voir survenir des symptômes de dysphagie. Nous ne connaissons pas d'exemple bien avéré de la *dysphagia lusoria*, qui, dit-on, serait due au passage anormal de la sous-clavière entre la trachée et l'œsophage.

Nous avons jugé nécessaire d'entrer dans ces détails, afin qu'en présence de symptômes d'un rétrécissement de l'œsophage on ait en mémoire les différents états morbides qui peuvent les provoquer. De même il faut, pour le diagnostic, avoir présentes à l'esprit les affections que nous décrirons dans les paragraphes suivants, à savoir les tumeurs, les corps étrangers et les diverticules qui peuvent aussi causer des symptômes de rétrécissement.

§ 78. — Un certain nombre de malades succombent à l'inanition, conséquence du rétrécissement. Malheureusement, dans certains cas, le chirurgien le plus habile et le plus patient ne réussit pas à dilater une stricture cicatricielle. Le pronostic se base en général sur l'étendue du rétrécissement, et, avant tout, sur l'étendue de la portion de muqueuse qui a été détruite. Une longue stricture cicatricielle est d'un très mauvais pronostic, car même dans le cas le plus favorable, on ne pourra maintenir qu'à l'aide de sondes la perméabilité du conduit. Les strictures dites calleuses, une fois guéries, offrent plus de garantie contre une récidive. De même, certains rétrécissements cicatriciels peu étendus peuvent être guéris d'une façon durable, mais dans la plupart des cas on est obligé d'avoir, de temps en temps, recours à la sonde. Deux autres dangers menacent les malades affectés de stricture de l'œsophage, à savoir la **perforation** du conduit et les **phlegmons sous-muqueux** survenant

à la suite de processus ulcératifs au-dessus du point rétréci ; enfin il n'est pas rare de voir de petits corps étrangers s'arrêter au niveau du rétrécissement ou au-dessus de ce dernier.

§ 79. — Les rétrécissements de l'œsophage présentent, en tous points, des analogies frappantes avec ceux de l'urètre ; aussi presque toutes les méthodes de traitement de ces derniers ont-elles été aussi appliquées à l'œsophage.

On a cherché, de différentes manières, à dilater le point rétréci à l'aide d'instruments introduits dans l'œsophage. Tantôt on a tenté d'atteindre ce but rapidement par la dilatation brusque, tantôt on a eu recours à la dilatation progressive par des sondes d'un calibre de plus en plus grand, tantôt enfin on a voulu arriver au même résultat par l'incision du point rétréci. La **méthode de la dilatation forcée** a été reprise plusieurs fois à différentes époques, mais n'a jamais pu s'implanter complètement dans la pratique. Les instruments conseillés dans ce but, par exemple le dilateur de FLETCHER, avaient l'inconvénient d'être trop volumineux pour pouvoir être introduits dans un rétrécissement quelque peu serré ; d'autre part, si l'on y parvenait, l'opération ne pouvait être menée à bien sans produire des lésions de la muqueuse, qui, pour être superficielles, n'étaient cependant pas dépourvues de danger. Il en est de même de l'**œsophagotomie interne** ; bien que dans ces dernières années elle ait été conseillée et pratiquée par des auteurs français (MAISONNEUVE, DOLBEAU, etc.), l'indication de cette opération n'a pas été admise par la généralité des chirurgiens. Cependant, malgré l'incertitude et les dangers (hémorragie) de l'œsophagotomie interne, elle ne devrait pas, selon l'avis récent de BRAUN, être rejetée complètement dans les cas de stricture de la partie inférieure de l'œsophage qui ne sont pas accessibles par la région du cou. Car elle peut avoir sa raison d'être, aussi bien que la gastrotomie, que l'on doit pratiquer dans certains cas pour sauver le malade de la mort par inanition. Il est certain que le malheureux, auquel on donnera le choix entre l'établissement d'une fistule stomacale et l'alimentation par la bouche, donnera la préférence à cette dernière, alors même qu'il ne devrait l'obtenir qu'au prix d'une opération dangereuse. On cite un certain nombre de faits de guérisons qui auraient été obtenus ainsi dans ces derniers temps. ROSE en a rassemblé 15 cas, avec 6 morts et 9 guérisons. De même SCHILTZ qui a inventé un œsophagotome, affirme n'avoir jamais vu se produire d'hémorragie dans les 9 cas où il a pratiqué cette opération.

Pour que l'incision du rétrécissement soit vraiment efficace, il faut qu'elle pénètre à une certaine profondeur ; si nous faisons abstraction de l'hémorragie qui, dans un cas, fut très violente, nous pensons qu'il n'est pas indifférent de créer ainsi dans les parois de l'œsophage une plaie, qui peut être si facilement le point de départ de processus phlegmoneux graves.

La méthode de traitement que l'on peut appeler normale, a été et sera probablement toujours la **dilatation progressive à l'aide de sondes ou de bougies**. Sous ce rapport, de grands progrès ont été réalisés,

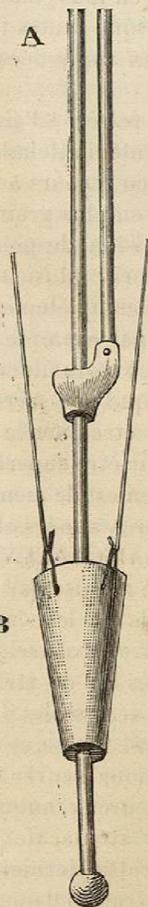


Fig. 105. — Dilatateur pour les rétrécissements de l'œsophage, d'après V. BRUNS. — A. Sonde avec propulseur. — B. Dilatateur.

grâce aux perfectionnements apportés dans les procédés techniques et aux nouvelles substances employées dans la fabrication des instruments. Il existe bien peu de rétrécissements dans lesquels un chirurgien ne parvienne, avec un peu de persévérance, à introduire des sondes de calibre de plus en plus fort. Pour la première dilatation du point rétréci il convient d'employer un instrument dont la forme ressemble à la bougie à boule ordinaire ; on pourra se servir dans ce but, soit d'une fine bougie métallique à bout olivaire, soit d'une tige de baleine, à l'extrémité de laquelle est fixée une petite boule en ivoire ; ces instruments sont toujours plus sûrs que les bougies faites de corde à boyau, ou ayant simplement la forme d'une sonde urétrale. Toutefois, dans les strictures serrées, il arrive assez fréquemment que l'on ne réussit pas à trouver l'orifice étroit du rétrécissement. Dans ces cas on a assez souvent essayé de faire avaler une petite balle munie d'un fil, qui sert ensuite de guide pour l'introduction d'une sonde ; dans certains cas on pourra aussi introduire de cette façon l'instrument de BRUNS dont nous parlerons plus loin. On peut également se servir d'un fil en métal boutonné, sur lequel on conduit ensuite la sonde dilatatrice ; à cet effet le bout olivaire de la sonde est perforé pour laisser passer le fil métallique.

Pour commencer le traitement, l'instrument le plus recommandable et qui se trouve actuellement dans toutes les mains, consiste en une tige de baleine, sur laquelle on visse des olives de différentes dimensions. Nous avons déjà fait connaître la manière de l'introduire. Quel que soit d'ailleurs l'instrument dont on se serve, il est sévèrement défendu de chercher à franchir de force le point rétréci. Une fois que l'on est arrivé à un certain degré de dilatation, la bougie olivaire ne suffit plus et l'on obtient alors un meilleur résultat à l'aide d'une sonde œsophagienne d'un calibre suf-

fisant ; on la laisse en place un certain temps, que l'on a pas encore pu déterminer exactement ; quant à nous, nous pensons qu'il ne faut pas laisser la sonde plus de 10 minutes en contact avec le point rétréci. Si l'on veut obtenir une dilatation encore plus grande, on pourra se servir de l'instrument de DUCAMP, conseillé par CHELIUS ; c'est une sonde

œsophagienne, sur laquelle peut être fixé en un point quelconque, un dilatateur en ivoire. Si l'on veut agir encore plus énergiquement, on aura à sa disposition l'appareil de BRUNS dont nous donnons le dessin. C'est une tige à boule, sur laquelle glisse un cône en ivoire B ; lorsque le bout de l'instrument est arrivé au niveau du rétrécissement, le cône est poussé dans ce dernier à l'aide d'une seconde tige mobile sur la première et faisant l'office d'un propulseur ; l'appareil est laissé en place un certain temps.

Si à l'aide de ces instruments on ne réussit pas à donner à l'œsophage un calibre suffisant, on aura le choix entre diverses interventions opératoires qui toutes sont d'invention trop récente pour que l'on puisse porter un jugement définitif sur leur valeur. Lorsque le rétrécissement siège dans la portion cervicale de l'œsophage et est ainsi accessible à l'**œsophagotomie externe**, c'est alors le procédé de BILLROTH qui est certainement le plus rationnel. Il consiste à inciser l'œsophage au niveau de la stricture et à diviser la partie rétrécie ou à l'exciser. Cette opération permet en tout cas d'assurer l'alimentation du malade, et éventuellement, d'obtenir une guérison complète du rétrécissement. Malheureusement il est rare que les circonstances soient aussi favorables et que l'on ait affaire précisément à une stricture accessible à l'œsophagotomie. Cependant GUSSENBAUER a prouvé qu'en combinant la section externe avec la section interne de l'œsophage, on pouvait arriver à dilater des rétrécissements intéressant des points inaccessibles à l'œsophagotomie externe seule. Par la plaie du cou il introduisit d'abord de fines bougies dans la stricture située profondément, puis une sonde cannelée servant de conducteur à un herniotome ; à l'aide de ce dernier il fit au point rétréci des incisions profondes de deux millimètres dirigées à droite, à gauche et en avant. Il parvint ensuite à introduire des bougies plus grosses. Certains rétrécissements siégeant à la partie supérieure du canal alimentaire ne peuvent être dilatés de bas en haut par la plaie de l'œsophagotomie externe : c'est ce qu'on observe surtout dans les carcinomes étendus de cette région. On se contente alors d'alimenter le malade par la plaie du cou (HOLMES). Enfin reste la ressource de l'établissement d'une **fistule stomacale** sur laquelle nous reviendrons à propos des maladies de l'estomac ; elle permet d'alimenter le malade et tout au moins de l'empêcher de succomber d'inanition. FRENDELENBURG a le premier apporté de la méthode dans ce genre de traitement, et chez un garçon affecté d'un rétrécissement infranchissable de l'œsophage, il est parvenu par ce moyen à rendre l'existence supportable. D'autre part on a utilisé quelquefois la fistule stomacale pour le traitement de la stricture, soit par l'introduction de bougies (BERGMANN), soit en faisant pénétrer dans la partie rétrécie un instrument en forme de sonde destiné à exercer une action électrolytique. On a obtenu ainsi quelques bons résultats.