

assez résistante et de ne pas pénétrer assez profondément. Il vaut mieux chercher à dilater graduellement l'œsophage. On fabrique en caoutchouc des sondes œsophagiennes à extrémités filiformes, coniques, olivaires, dont l'emploi est soumis aux mêmes règles et aux mêmes indications que celui des sondes uréthrales. L'analogie des rétrécissements de l'œsophage et de l'urètre, déjà signalée par Mauchard, a fait essayer pour les premiers les mêmes procédés de traitement que pour les seconds, et l'on a cité un assez grand nombre de cas de guérison de coarctations œsophagiennes par la dilatation progressive.

Œsophagotomie. Cette opération consiste, comme son nom l'indique, à diviser l'œsophage. On la distingue en *externe* et en *interne*, selon qu'elle se pratique de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Œsophagotomie externe. Dans le cas où l'introduction des sondes est impossible, et où les malades sont menacés de mourir de faim, Stoffel avait proposé, au rapport de Morgagni, de pratiquer l'œsophagotomie, et de nourrir les sujets par cette voie. Une opération de ce genre fut faite par Taranget, en 1786, sur une religieuse qui vécut ainsi plus d'une année; le docteur Watson (de New-York), en 1848, et M. de Lavacherie, en 1849, ont répété la même opération. Mais ce procédé n'est malheureusement applicable qu'aux rétrécissements sus-claviculaires, qui sont les plus rares, et il est difficile et délicat à exécuter, en raison de l'importance des rapports de l'œsophage avec les parties voisines.

Lorsque l'immobilité d'un corps étranger arrêté dans l'œsophage, les accidents qu'il détermine, ou l'impossibilité de le dégager par les procédés précédemment décrits, exigent qu'on ait recours à des moyens plus efficaces, l'œsophagotomie donne de très-beaux succès: Bégin l'a pratiquée deux fois au Val-de-Grâce, avec un heureux résultat.

Trois procédés différents ont été suivis dans cette opération, qu'on exécute à la région cervicale. Tantôt, d'après le conseil de B. Bell, on incise l'œsophage dans le cas seulement où le corps étranger soulevant cet organe d'une manière assez manifeste peut être pris pour guide; tantôt on fait saillir l'œsophage au moyen de la sonde de Vacca, présentant une fenêtre latérale d'où s'échappe un ressort disposé à cet effet (*fig. 470*); tantôt enfin on se fie aux simples notions anatomiques sans recourir à ces moyens auxiliaires. Peut-



Fig. 470.

être, en suivant ce dernier procédé, augmente-t-on les difficultés de l'opération; car s'il est aisé de découvrir l'œsophage et de le mettre à nu, il n'en est pas de même pour l'inciser et y pénétrer: les fibres musculaires glissent sous le tranchant de l'instrument, et la muqueuse, en contact avec elle-même, ne présentant pas de cavité, peut être méconnue ou laissée en arrière ou en avant de l'in-

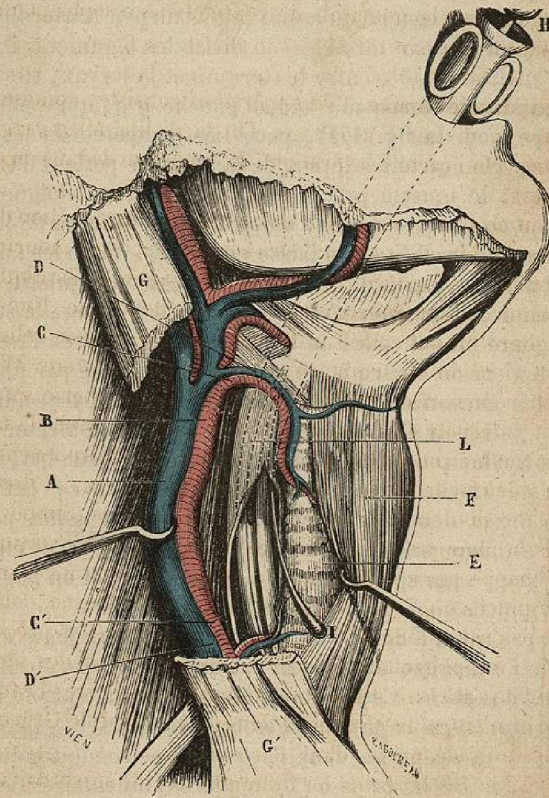


Fig. 471.

cision faite aux parois du canal. Aussi est-il prudent, si l'on opère pour un rétrécissement, d'ouvrir l'œsophage sur la sonde de Vacca ou sur une simple sonde de gomme élastique en indiquant le trajet. Si l'on opère pour extraire un corps étranger, on peut se passer de la sonde conductrice, dont l'introduction et la présence sont tou-

jours pénibles pour le malade, et l'on incise l'œsophage sur le corps étranger lui-même. Dans ce dernier cas, il n'y a pas de lieu d'élection, puisque le siège du mal est rigoureusement déterminé, et que la section d'une des artères thyroïdiennes serait peu dangereuse; mais lorsque le chirurgien a le choix du lieu de l'opération, il doit le fixer entre les deux artères thyroïdiennes inférieure et supérieure, et éviter de les blesser, comme l'a recommandé Boyer.

Le malade étant couché ou assis, la tête un peu renversée en arrière et maintenue par un aide, on divise les téguments dans l'étendue d'environ 0^m,09, entre le sternum et le larynx, sur le bord interne du muscle sterno-mastoidien gauche *g g*, qui a été représenté coupé (voy. la fig. 471), pour laisser apercevoir les parties subjacentes. On écarte les lèvres de la plaie en portant la trachée en dedans et le muscle précédent en dehors; on éloigne l'omohyoïdien ou on le divise; puis, suivant le côté interne de la plaie, on arrive sur la trachée et on laisse en dehors, où on les fait maintenir par un aide, l'artère carotide B, et la veine jugulaire interne A. C'est dans ce moment qu'on introduit, s'il y a lieu, la sonde de Vacca H, dont on fait saillir la tige I dans le point de l'œsophage L que l'on vient de mettre à nu, et que l'on incise par ponction, sans toucher au nerf récurrent, entre les vaisseaux thyroïdiens supérieur et inférieur C C et D D, et sans crainte de blesser aucune artère anormale; puis, introduisant une sonde cannelée, un bistouri, ou mieux encore des ciseaux boutonnés dans ce conduit, on agrandit l'incision en haut et en bas. On peut aussitôt porter le doigt dans la plaie pour reconnaître la position du corps étranger; s'il ne s'échappe pas spontanément, on le dégage et on l'extrait au moyen de pinces ou d'un crochet mousse.

Il n'est pas rare, lorsque l'on a attendu plusieurs jours avant de recourir à l'œsophagotomie pour extraire un corps étranger, de tomber sur des abcès. Cette complication ne change pas le manuel opératoire et n'entraîne pas d'accidents particuliers.

On a conseillé de porter dans l'estomac une sonde conductrice, afin d'empêcher les boissons ou les matières alimentaires de couler au dehors de la plaie. Le principal avantage de cette pratique serait, dit-on, de prévenir la formation d'un rétrécissement œsophagien, et de permettre la réunion primitive de la plaie; mais on fatigue ainsi le malade, qui ne supporte pas toujours impunément une sonde à demeure, et, comme les parois musculaires de l'œsophage s'écartent après l'incision, on court moins de risque d'un rétrécissement que cela ne semble au premier abord. On peut se contenter de fermer mollement la plaie du cou et de maintenir le malade à

une diète sévère pendant quelques jours, trompant sa soif par des tranches d'orange et quelques gorgées de boisson. Ces moyens réussissent presque toujours; la plaie se ferme, et la gêne de la déglutition, d'abord assez considérable, finit par diminuer et par disparaître. La sonde œsophagienne à demeure est donc inutile et doit être réservée pour les cas de fistule: il suffirait alors d'y avoir recours par intervalles, pour assurer la nutrition du malade, et pour déterminer la cicatrisation régulière de la plaie.

Appliquée à l'extraction des corps étrangers, l'œsophagotomie est généralement satisfaisante dans ses résultats. Le docteur W. Scheerer (de Boston), à l'occasion de deux œsophagotomies pratiquées avec succès par lui dans ces circonstances, a dressé une statistique comprenant 17 opérations suivies de 13 guérisons (*Union médicale*, 1867, p. 506). Malgré le peu de valeur en général des petites statistiques et des statistiques formées d'éléments puisés aux sources les plus diverses, et bien que le relevé de M. Scheerer semble n'avoir été établi que pour faire connaître en Amérique le succès d'une opération qui jusqu'alors n'avait pas encore été pratiquée dans ce pays, nous ne sommes pas éloignés d'admettre le chiffre des guérisons signalées, comme exprimant la moyenne des succès après l'œsophagotomie.

Œsophagotomie interne. On a conseillé et nous avons souvent pratiqué la section des rétrécissements œsophagiens de dedans en dehors, avec des lames rendues saillantes par les divers mécanismes des uréthrotomes: M. le docteur Lannelongue a lu au Congrès médical de Bordeaux, 1865, un intéressant mémoire sur ce sujet.

L'épaisseur et la dureté des rétrécissements, dont le siège le plus fréquent nous a paru se rencontrer à peu de distance du cardia, mettent à l'abri de la blessure de l'aorte et des plèvres; mais il est néanmoins prudent d'exécuter les débridements directement en arrière ou en avant, et plutôt à droite qu'à gauche. Si les rétrécissements sont purement fibreux et cicatriciels, comme on en observe à la suite des tentatives de suicide où les malades ont avalé des liquides caustiques, tels que de l'acide azotique ou sulfurique, on peut obtenir des guérisons radicales; mais si la coarctation provient de tumeurs malignes, on ne réussit qu'à ouvrir la voie à des sondes d'un assez grand diamètre pour le passage de matières alimentaires, et l'on n'arrive qu'à des résultats palliatifs.

Gastrostomie. Nous renvoyons à ce mot le traitement des rétrécissements infranchissables ou des oblitérations de l'œsophage, qui condamnent les malades à mourir d'inanition.