

anneau étroit, d'autres sont formés d'une bride peu épaisse; il en est qui représentent un cylindre de plusieurs centimètres de haut. En général, il n'existe qu'une seule coarctation; exceptionnellement on en rencontre plusieurs.

Symptômes. L'affection débute par une difficulté de la déglutition; d'abord pour des aliments solides, puis pour les aliments demi-solides et plus tard même pour les boissons. Dans l'intervalle des repas il y a une sensation de gêne, parfois une douleur continue ou intermittente s'irradiant de l'œsophage dans diverses régions. Chez certains sujets, les aliments s'arrêtant au-dessus du rétrécissement sont régurgités, et alors il arrive de deux choses l'une: ou bien les aliments sont expulsés complètement par la bouche, ou bien ils sont avalés de nouveau et s'arrêtent une seconde fois au-dessus du rétrécissement qu'ils franchissent à la longue, après avoir subi une sorte de digestion œsophagienne. Quand le rétrécissement est de nature cancéreuse, les matières régurgitées ou vomies sont mélangées de sang. Quelques malades rejettent par intervalles une abondante quantité de salive ou de mucosités. On a noté, pendant la déglutition des boissons, un bruit particulier de *gargouillement*. Lorsque le rétrécissement est causé par une tumeur de la portion cervicale de l'œsophage, ou qu'il se forme une dilatation au-dessus de la coarctation, il existe une tuméfaction du cou. Dans les rétrécissements qui succèdent à un développement hypertrophique et *polypiforme* de la muqueuse, on peut, avec le doigt porté au fond de la bouche, reconnaître parfois la présence d'une masse polypeuse dans le pharynx.

Marche. Terminaisons. Abandonnés à eux-mêmes, les rétrécissements de l'œsophage sont très-rarement stationnaires. On a cependant rapporté des faits de rétrécissement congénital qui ont laissé vivre les malades pendant de longues années. Dans les rétrécissements cancéreux, il y a un dépérissement rapide, parce qu'aux conséquences de l'inanition s'ajoutent celles de la cachexie cancéreuse. Dans les rétrécissements non cancéreux, la mort peut arriver par défaut d'alimentation. Une femme citée par Bayard pesait avant sa maladie 160 livres; à sa mort elle n'en pesait que 27. Quelquefois la terminaison fatale est hâtée par une déchirure de l'œsophage, la formation d'un abcès gangréneux autour de la déchirure. En cas de dégénérescence cancéreuse, l'altération peut se propager au larynx, provoquer d'abord une altération de la voix, même l'aphonie lorsque le nerf récurrent est détruit (Barrett). Si le cancer, occupant la portion thoracique de l'œsophage, se propage aux bronches, il se forme parfois une fistule œsophago-bronchique. On a vu aussi la dégénérescence envahir les gros vaisseaux qui environnent l'œsophage, et donner lieu à une hémorragie promptement mortelle; ou bien se propager à d'autres organes tels que la glande thyroïde, les vertèbres dorsales.

Diagnostic. Les troubles fonctionnels énumérés plus haut n'appartiennent pas seulement aux rétrécissements de l'œsophage. On les retrouve dans d'autres lésions de ce conduit, et même dans certaines affections des organes environnants qui agissent par compression sur cette portion du

canal alimentaire. On peut bien quelquefois, dans les rétrécissements de la portion cervicale, sentir les indurations du conduit, en enfonçant la pulpe des doigts dans la rainure comprise entre le bord interne du sterno-mastoïdien et la trachée; reconnaître l'extrémité supérieure d'un rétrécissement avec le doigt indicateur porté au fond de la bouche. Le plus souvent il est indispensable d'explorer toute la longueur du conduit au moyen d'un instrument particulier propre à fournir des données non-seulement sur l'existence d'un rétrécissement, mais encore sur son siège, son étendue, etc.

Cathétérisme de l'œsophage. On l'exécute par les *narines* ou par la *bouche*. On peut se servir d'une longue sonde de gomme élastique, de 8 à 10 millimètres de diamètre, appelée *sonde œsophagienne*. Avec un instrument de ce calibre, on arrive dans l'estomac lorsqu'il n'existe aucun rétrécissement de l'œsophage. Dans les cas contraires, il est arrêté dans un point de l'étendue du canal, et l'on se sert pour franchir le rétrécissement, ou pour le dilater, de bougies en gomme élastique, en cire, en gutta-percha; ou bien d'une tige flexible et résistante de 45 à 50 centimètres de long, terminée d'un côté par un anneau ou une plaque propres à être embrassés par la main, de l'autre par une boule olivaire en ivoire de grosseur variable (fig. 220). La boule est vissée après le mandrin, de façon à pouvoir être remplacée par une autre boule plus forte; de cette façon, on passe à travers le rétrécissement des corps dilatants de plus en plus volumineux. On peut aussi se servir d'une tige de baleine pourvue sur son trajet, et de distance en distance, de renflements de plus en plus gros, pour permettre aux petits de frayer la voie aux suivants. Afin de tolérer plus longtemps l'instrument dilatateur dans l'œsophage, Switzer se servait d'une bille d'ivoire qu'il fixait seulement à un fil, une fois que la bille avait été portée dans le rétrécissement par le moyen d'une tige en baleine. Trouseau et Gendron faisaient usage d'une baleine droite, de 2 millimètres de diamètre, de 30 à 40 centimètres de long, terminée aux deux bouts par un petit bouton olivaire auquel on fixe une éponge très-fine taillée avec des ciseaux et imbibée ensuite de glaires d'œufs.

1° CATHÉTÉRISME PAR LES FOSSES NASALES. Le malade étant assis, la tête un peu renversée en arrière et soutenue par un aide, on introduit la sonde œsophagienne dans l'une des narines, et on la pousse le long du plancher de la fosse nasale jusqu'au niveau de la paroi postérieure du pharynx. En portant le doigt derrière le voile du palais, il est facile de trouver l'extrémité de la sonde et de la recourber en bas, de façon à favoriser la progression de l'instrument que l'on continue à pousser directement. Pour éviter

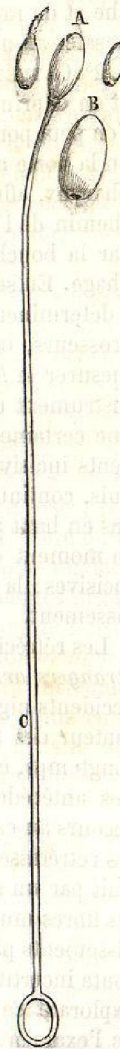


Fig. 220.

que le bec de la sonde n'arcoute contre la paroi postérieure du pharynx, on a conseillé de l'introduire avec un mandrin courbe qu'on retire quand la sonde se montre dans le fond de la bouche. Le cathétérisme par les fosses nasales est moins facile que par la bouche, mais il est préféré avec raison quand il faut laisser l'instrument à demeure, ou quand les malades se refusent à ouvrir la bouche, ainsi que cela arrive parfois chez les aliénés. Quelques chirurgiens ont proposé de pratiquer le cathétérisme par la bouche et de ramener l'extrémité buccale de la sonde à travers l'une des fosses nasales au moyen de la sonde de Belloc (p. 305).

2° CATHÉTÉRISME PAR LA BOUCHE. On fait ouvrir la bouche du malade, et on déprime la langue avec le doigt indicateur de la main gauche, que l'on peut porter jusqu'à l'épiglotte. On fait glisser la sonde le long du doigt, on la porte ainsi jusque près de la paroi postérieure et un peu latérale du pharynx, afin d'éviter le larynx ; dès que le bout de l'instrument a pris le chemin de l'œsophage, on pousse directement devant soi. Le cathétérisme par la bouche est préférable, pour explorer les rétrécissements de l'œsophage. En se servant de l'instrument représenté fig. 220, p. 463, on arrive à déterminer le *siège* de la coarctation ; en adaptant des olives de diverses grosseurs, on apprécie le *degré de constriction* de la partie rétrécie. Pour mesurer la *longueur* du rétrécissement, on adapte à l'extrémité du même instrument une olive assez forte pour entrer dans le rétrécissement avec une certaine résistance ; on note le point de la tige qui correspond aux dents incisives, au moment où le bout de l'instrument rencontre l'obstacle ; puis, continuant à pousser la tige de haut en bas, on la ramène ensuite de bas en haut avec douceur, jusqu'à ce qu'on sente de nouveau l'obstacle ; à ce moment on note encore le point de la tige qui correspond aux dents incisives ; la différence entre les deux mesures donne la longueur du rétrécissement.

Les rétrécissements de l'œsophage ne seront pas confondus avec *les corps étrangers arrêtés dans ce conduit*, parce que ces derniers provoquent des accidents aigus (p. 449), tandis que les rétrécissements occasionnent avec lenteur des troubles fonctionnels. Si le corps étranger séjournait depuis longtemps, et que le malade eut perdu le souvenir ou ne rendit pas compte des antécédents, le diagnostic serait plus difficile, et il faudrait avoir recours au cathétérisme. C'est par ce mode d'exploration qu'on distinguera les rétrécissements de l'œsophage, de la compression exercée sur ce conduit par un sac formé aux dépens d'une hernie de la muqueuse à travers les fibres musculaires. La *paralysie* de l'œsophage se rapproche des rétrécissements par la difficulté de la déglutition, mais le cathétérisme dissipe toute incertitude. Les *affections du pharynx* sont facilement reconnues, en explorant ce conduit avec le doigt porté au fond de la bouche, en s'aidant de l'examen avec le pharyngoscope. Les maladies de l'*orifice cardiaque* de l'estomac peuvent en imposer pour un rétrécissement de l'œsophage ; le cathétérisme fait avec soin, la palpation de la région épigastrique sont utiles dans ce cas. Des *anévrismes* de la *carotide*, ou de l'*aorte*, prennent quelquefois un développement assez considérable pour comprimer l'œso-

phage ; dans ces cas, non-seulement la dysphagie est rare, mais il existe des signes appartenant en propre aux anévrysmes. Les maladies du larynx simulent parfois celles de l'œsophage, lorsque dans ces affections la douleur est augmentée pendant la déglutition ; mais le cathétérisme de l'œsophage apprend que ce conduit est libre. Les *tumeurs de la glande thyroïde*, des *ganglions lymphatiques* du cou, occasionnent parfois de la dysphagie en comprimant l'œsophage, mais elles ont des signes qui leur sont propres ; d'ailleurs on a toujours la ressource du cathétérisme explorateur.

Pronostic. Il est toujours grave, mais il l'est surtout dans les rétrécissements cancéreux qui conduisent promptement à une mort fatale.

Traitement. Il est médical et chirurgical. Si le rétrécissement reconnaît pour cause, même éloignée, un élément inflammatoire, on le combat par les antiphlogistiques locaux, les pommades résolutives appliquées sur le cou, ou entre les épaules, les vésicatoires volants promenés sur les mêmes régions. En cas d'antécédents syphilitiques, on a la ressource des mercureux et de l'iode de potassium.

(A) DILATATION. Cette méthode comporte plusieurs procédés suivant la durée d'application des moyens dilatants, leur mode d'action lente ou brusque. Il y a sous ce rapport une grande analogie entre le traitement des rétrécissements de l'œsophage et ceux de l'urètre. La dilatation est dite *permanente*, lorsque l'instrument est laissé à demeure dans le rétrécissement. On emploie les bougies de diamètre croissant, ou bien le mandrin terminé par le renflement olivaire (fig. 220). Le procédé de Switzer (p. 463) est préférable quand l'agent dilatant doit rester longtemps en place, parce que le séjour du fil dans l'œsophage et le pharynx est mieux toléré qu'une grosse bougie. Dans les cas moins pressants, on pratique une dilatation *temporaire*, c'est-à-dire qu'on laisse séjourner les sondes quelques instants ou une demi-heure. On se sert de la tige à olives (fig. 220) ou de l'instrument imaginé par Trousseau et Gendron (p. 463). La dilatation *brusque* du rétrécissement a été employée par Fletcher, au moyen d'un instrument de son invention, consistant en trois branches appliquées l'une contre l'autre, de façon à former une tige mince lorsqu'on l'insinue dans le rétrécissement, s'écartant au moyen d'un mécanisme particulier une fois que le mandrin est arrivé dans l'intérieur de la coarctation.

Il y a des rétrécissements de l'œsophage tellement étroits, que les plus fines bougies ne peuvent y pénétrer. C'est pour des cas de ce genre que Gerdy a employé le procédé suivant : il introduit dans la coarctation un long mandrin métallique mince avec lequel il finit, en tournant la tige, par franchir l'obstacle. Sur le mandrin il conduit une bougie creuse en gomme coupée à l'extrémité, et laisse le corps dilatant en place pendant un certain temps.

(B) CAUTÉRISATION. On l'exécute avec la pierre infernale que l'on conduit jusqu'à la partie rétrécie au moyen d'un porte-caustique construit sur le modèle des porte-caustiques de l'urètre. Cette méthode n'est applicable qu'aux rétrécissements par induration inflammatoire de la muqueuse, aux rétrécissements valvulaires. Elle doit être rejetée pour les rétrécissements