

Les abcès rétropharyngiens qu'on a observés comme faisant partie de la pyémie ou au cours d'autres maladies infectieuses aiguës graves, n'ont qu'un intérêt purement anatomopathologique (1).

TROISIÈME PARTIE. MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

CHAPITRE PREMIER.

INFLAMMATIONS ET ULCÈRES DE L'ŒSOPHAGE.

Étiologie et anatomie pathologique. Les différentes formes d'inflammation et d'ulcération de l'œsophage ne présentent pas beaucoup d'intérêt clinique. Les types les plus graves sont d'ailleurs rares, et si on les rencontre, ce ne sont le plus souvent que des épiphénomènes d'une maladie plus complexe au courant de laquelle des symptômes particuliers viennent accidentellement les mettre en évidence. Les formes légères de l'inflammation sont peut-être plus fréquentes, mais ne se révèlent presque jamais par des signes caractéristiques.

L'*inflammation catarrhale* commune de la muqueuse œsophagienne peut être provoquée par la déglutition de substances qui exercent une irritation chimique, thermique ou mécanique. On l'observe encore au cours des maladies infectieuses générales (typhus, exanthèmes aigus, etc.). En outre, tout processus inflammatoire quelconque des organes qui l'avoisinent, peut se propager à l'œsophage. La stase sanguine qui accompagne les maladies du cœur, se traduit dans la muqueuse œsophagienne sous forme de *catarrhe chronique*. Enfin le catarrhe s'associe à d'autres affections chroniques de l'œsophage, surtout au cancer et aux diverticulums (v. plus loin).

Le *catarrhe aigu* de l'œsophage a cela de particulier que l'augmentation de sécrétion qui caractérise les autres inflammations fait défaut dans celle-ci. Par contre, l'épithélium est généralement relâché et se détache en lamelles, de façon qu'on peut l'appeler à juste titre un *catarrhe desquamatif*. Dans quelques cas seulement les rares follicules muqueux de l'œsophage se gonflent et forment sur la surface muqueuse de petites nodosités. On désigne cette forme d'œsophagite du nom de *catarrhe folliculaire*. Par ci par là l'épithélium en tombant donne lieu à de petites *érosions catarrhales*, tandis

1. La *tuberculose* du pharynx est traitée dans le chapitre de la tuberculose pulmonaire p. 336. Les néoplasmes de la bouche et du pharynx sont du domaine de la chirurgie.

que les follicules muqueux infiltrés peuvent donner naissance à de petits *ulcères folliculaires*.

Dans le *catarrhe chronique* de l'œsophage, il y a, outre une légère augmentation de sécrétion muqueuse, un notable épaissement de l'épithélium. Quand la maladie dure très longtemps, il se forme à la fin de véritables excroissances papillaires. On a aussi rencontré des ulcérations dans le catarrhe chronique.

L'*inflammation croupale et diphthéritique* est très rare dans l'œsophage. En parlant de la diphthérie pharyngée spécifique, nous avons fait remarquer qu'elle se transmet souvent au larynx, mais par exception seulement à l'œsophage. Cependant, nous avons vu chez un enfant un rétrécissement du tiers supérieur de l'œsophage, qui était, selon toute probabilité, le reliquat d'une diphthérie grave. On a observé aussi quelques cas d'œsophagite diphthéritique au cours de maladies infectieuses graves (typhus, variole, choléra, pyémie, tuberculose pulmonaire) et d'autres affections (maladie de BRIGHT, cancer). Dans la *variole* se montre parfois une véritable éruption variolique sur la muqueuse œsophagienne.

Sous le nom d'*œsophagite purulente, phlegmoneuse*, on désigne une inflammation purulente qui se rencontre parfois dans le *tissu sous-muqueux* de l'œsophage. Elle se présente à l'état circonscrit ou sous forme diffuse. Le pus décolle la muqueuse, la fait bomber à l'intérieur, de façon qu'une suppuration considérable peut rétrécir la lumière du canal œsophagien. Le plus souvent la muqueuse finit par se perforer, le pus se vide et la guérison s'ensuit. Si le décollement a été très étendu, il reste même après guérison, comme ZENKER l'a décrit, une cavité en forme de fente dont la paroi devient lisse et, qui plus est, peut se revêtir d'un épithélium de nouvelle formation.

Les *causes de l'œsophagite purulente* sont, tantôt des corps étrangers qui se sont arrêtés dans l'œsophage, tantôt des foyers purulents du voisinage (abcès ganglionnaires, abcès vertébraux, péricondrite laryngée). On a aussi quelquefois observé l'œsophagite purulente à la suite de fortes cautérisations de la muqueuse par des acides concentrés, etc.

L'*affection de la muqueuse œsophagienne qui se déclare après l'action de violents poisons caustiques (œsophagite corrosive)* consiste en une mortification et une destruction de tissu auxquelles l'inflammation proprement dite vient s'ajouter ultérieurement à titre de processus secondaire. La surface interne de l'œsophage est transformée en une eschare d'un gris sale ou presque entièrement noire, pulpeuse et hémorragique, qui dans les cas intenses comprend même la tunique musculuse. Si la mort ne vient pas à bref délai, les parties nécrosées s'éliminent et il se produit des ulcérations

purulentes étendues qui, si tant est que c'est possible, ne guérissent qu'en laissant des cicatrices et des rétrécissements considérables.

Symptômes. Les formes bénignes de l'œsophagite, comme nous l'avons dit, ne se traduisent par aucun symptôme particulier. Tout au plus existe-t-il une *douleur* le long du canal œsophagien ou à un point déterminé de son trajet, au moment du passage des aliments. Quand l'inflammation est intense, la douleur peut être excessivement vive, quoique parmi les symptômes ordinairement graves du tableau clinique elle occupe rarement la première place. La gêne de la déglutition, la sensation d'un bol alimentaire qui semble vouloir s'arrêter dans la gorge, sont dues à ce que la tunique musculaire participe à l'inflammation. Le diagnostic précis des diverses formes d'œsophagite n'est possible que pour autant que les renseignements étiologiques fournissent des données positives.

Le **traitement** est purement symptomatique. Il faut défendre toute alimentation solide. On tâchera de mitiger la douleur par l'ingestion de fragments de glace ou par la morphine.

CHAPITRE DEUXIÈME.

DILATATIONS DE L'ŒSOPHAGE.

1. Ectasie diffuse de l'œsophage.

Les dilatations diffuses et fusiformes de l'œsophage sont des *conséquences du rétrécissement du cardia*. Tant que la tunique musculeuse de l'œsophage, en s'hypertrophiant graduellement, parvient à surmonter la résistance qui siège au cardia, il ne se produit pas de dilatation. Mais dès que l'appareil musculaire œsophagien se paralyse et que les ingesta stagnent à l'entrée de l'estomac, le canal œsophagien subit un élargissement progressif et continu. Étant donné ce mode de formation, on comprend que l'ectasie est à son maximum à l'extrémité inférieure du tractus œsophagien et va en diminuant vers le haut.

Il est positif qu'on a rencontré quelques exemples, très rares à la vérité, de dilatation fusiforme diffuse de l'œsophage qui n'avaient certainement pas pour cause *une coarctation du cardia*. La pathogénie de ces dilatations est tout à fait obscure. Des troubles inflammatoires ou autres de la paroi œsophagienne peuvent avoir préexisté et avoir occasionné une laxité plus grande et une diminution de la contractilité du conduit. Dans d'autres cas, des incurvations et des tiraillements accidentels de l'extrémité inférieure de l'œsophage engendrent un obstacle mécanique. Comme causes occa-

sionnelles, on a parfois invoqué un choc contre la poitrine, l'action de soulever un lourd fardeau, etc.

Les *symptômes* des dilatations diffuses un peu prononcées consistent en troubles durables de la déglutition (s'étendant à des années). Les malades sentent que la majeure partie des mets ingérés ne pénètrent pas dans l'estomac, mais sont arrêtés au devant de lui. D'ordinaire les aliments, peu après leur introduction, sont rejetés par vomissement ou mieux par régurgitation. Ces phénomènes se comprennent quand il y a un rétrécissement. Mais il est plus difficile d'interpréter ce degré de dysphagie quand il y a dilatation œsophagienne sans rétrécissement. Il est probable qu'il faut en chercher la principale cause dans la paralysie des muscles de l'œsophage. Au surplus la paroi peut céder en un endroit circonscrit et former une poche où les aliments s'accumulent et provoquent une obstruction du canal alimentaire. Dès lors il est évident que l'alimentation étant insuffisante ou complètement impossible, il doit à la longue en résulter une inanition de plus en plus profonde de tout l'organisme.

S'il existe un rétrécissement au cardia, *la sonde œsophagienne* le découvre facilement et le tableau morbide s'explique. Mais dans les rares cas de dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement au cardia, le diagnostic, même à l'aide du cathétérisme œsophagien, n'est pas facile à établir. Assurément l'existence d'une sténose peut être éliminée quand la sonde ne rencontre aucune difficulté pour pénétrer dans l'estomac. Cependant il nous est arrivé une fois dans notre pratique de diagnostiquer erronément un diverticulum de l'œsophage; il nous semblait que la sonde glissait parfois sans peine dans l'estomac et que l'instant d'avant elle butait contre un obstacle. Il est clair que dans ce cas il s'était formé au fond du large sac une nouvelle poche dans laquelle le cathéter s'engageait.

Le *traitement* des dilatations de l'œsophage a pour but principal de faciliter l'alimentation du malade. L'affection de l'œsophage en elle-même (abstraction faite de la maladie fondamentale) ne devient dangereuse que parce que les malades sont voués au supplice de la faim quand l'introduction des aliments est devenue impossible. Dès qu'on peut pénétrer dans l'estomac avec la sonde et nourrir de cette manière, les forces se relèvent presque toujours et l'amélioration de l'état général persiste tant que le cathétérisme peut être continué. Mais si l'emploi de l'instrument devient impossible pour l'un ou l'autre motif, il ne reste plus que l'alimentation par le rectum (v. plus bas) qui devient insuffisante à la longue ou l'établissement d'une fistule stomacale. La marche ultérieure de la maladie dépend alors du succès de cette opération et de la nature de l'affection fondamentale.