

sac se gorge de plus en plus et l'œsophage est tellement comprimé qu'il ne pénètre plus rien dans l'estomac. Ce n'est qu'après que le sac s'est dégonflé par des régurgitations et des vomissements répétés, que les malades sont de nouveau en état de prendre un peu de nourriture.

Il va sans dire que la gravité des symptômes, dans chaque cas particulier, peut varier beaucoup d'après la diversité des conditions mécaniques en présence desquelles on se trouve. Quelquefois les malades s'ingénient par toutes sortes de manœuvres à faire glisser tout au moins une partie d'aliments dans leur estomac. C'est ainsi que beaucoup d'entre eux se maintiennent assez bien pendant une série d'années (tout en ne jouissant pas d'une santé parfaite), jusqu'à ce que pour l'une ou l'autre cause la ration alimentaire devient insuffisante. Alors se produit une inanition générale rapidement progressive et les malades, quand on ne vient pas à leur aide, sont livrés sans merci au supplice de la faim.

Parmi les *symptômes objectifs* qui servent à établir le diagnostic, au moins dans une série de cas, les données fournies par le *cathétérisme* sont les plus importantes. Si la sonde pénètre dans la poche du diverticulum, elle bute immédiatement contre un obstacle infranchissable. Que si, par hasard, elle glisse à côté de l'orifice du diverticulum, elle entre sans encombre dans l'estomac. Ce résultat variable de l'examen au cathéter, qu'on obtient parfois dans une seule et même séance en retirant et en poussant la sonde alternativement, a une grande valeur pour le diagnostic.

Dans quelques cas de diverticulum de grande dimension, on a vu se former, après les repas, une *grosseur au cou*, sur le côté de la trachée. Cette tumeur disparaît quand le diverticulum se vide. On a aussi observé des *symptômes de compression* de la part du diverticulum sur les nerfs voisins (récurrent, phrénique) et sur les vaisseaux.

Nous manquons à cette heure d'expérience suffisante pour décider si l'*auscultation* de l'œsophage pendant l'acte de la déglutition et son *inspection au moyen du speculum*, tentée à diverses reprises dans ces derniers temps, peuvent fournir des résultats utiles pour le diagnostic.

Les *diverticulums par traction* n'ont la plupart du temps presque aucune expression clinique. Ils ne gênent la déglutition d'aucune manière, et à raison de l'exiguité de leurs dimensions, ne se prêtent pas à une forte accumulation d'aliments. Il importe de connaître le *seul* danger véritable qu'ils recèlent, à savoir l'*ulcération et la perforation* du sommet de l'infundibulum. Un corps étranger, un débris quelconque d'aliments qui s'y arrête, provoque une nécrose de la paroi, et cela d'une façon purement mécanique. Dans le tissu ulcéré viennent s'établir des agents d'inflammation qui, en pénétrant de plus en plus profondément, peuvent donner lieu à une maladie

grave, le plus souvent mortelle. La perforation a lieu d'ordinaire dans une bronche, elle est suivie de la *gangrène pulmonaire*, à cause des débris alimentaires inspirés qui ne tardent pas à se décomposer. La plèvre peut également être perforée, d'où résulte une *pleurésie purulente et sanieuse*. On a observé aussi la perforation du péricarde ou d'un gros vaisseau. Beaucoup de gangrènes pulmonaires qu'on croyait spontanées, d'inflammations purulentes du médiastin antérieur, de la plèvre, etc. s'expliquent à l'autopsie, quand on découvre un petit diverticulum œsophagien d'ancienne date peut-être, qui a conduit les agents d'inflammation dans les profondeurs de l'organisme. Par bonheur ce genre d'accident est toujours excessivement rare.

Traitement. Un traitement efficace des grands diverticulums par pulsion ne sera jamais réalisable que par l'intervention chirurgicale. Peut-être est-il réservé à la chirurgie de l'avenir d'obtenir des succès dans cette voie. Pour le moment le traitement n'a pour but que de rendre l'alimentation possible. Dès que les malades ne sont plus en état de rien introduire dans leur estomac par les moyens ordinaires, il faut tâcher de les nourrir à l'aide de la sonde. Tant qu'on y réussit, ils sont préservés de la famine. Il est préférable de leur confier la sonde en mains propres. De cette façon ils apprennent à trouver eux-mêmes le véritable chemin de l'estomac, en laissant le diverticulum de côté. Quand l'alimentation par la sonde n'est plus possible, il ne reste que deux alternatives : la voie rectale (v. ci-dessous), ou bien l'établissement d'une fistule gastrique. L'expérience pratique concernant les résultats de ce dernier procédé, ne s'appuie que sur un nombre très restreint de cas.

Les *diverticulums par traction* ne sont accessibles à aucun traitement particulier. Si les conséquences susénoncées se produisent, il faut se comporter d'après les indications que présente chaque cas.

CHAPITRE TROISIÈME.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE.

Étiologie et anatomie pathologique. Les rétrécissements du canal œsophagien qui, à raison de leur fréquence relative, occupent la première place parmi toutes les affections de l'œsophage, se produisent de différentes manières. La cause de loin la plus commune, c'est le *carcinome annulaire de l'œsophage*. Ce néoplasme, né de la muqueuse, pousse ses végétations dans l'intérieur du conduit œsophagien, le rend de moins en moins perméable et finit par l'oblitérer complètement. Nous traiterons plus en détail dans le

chapitre suivant du carcinome de l'œsophage. Il n'est question pour le moment que de son action purement mécanique et rétrécissante.

Des tumeurs autres que le carcinome sont excessivement rares dans l'œsophage. Il suffit de rappeler les *polypes fibreux pédiculés* observés quelquefois qui s'insèrent au bas de la paroi antérieure du pharynx et qui, en pendant dans l'œsophage, peuvent en provoquer le rétrécissement.

Après les néoplasmes, mentionnons comme cause de coarctation les *cicatrices rétractiles* de la paroi œsophagienne. Elles succèdent le plus souvent aux graves ulcérations qui accompagnent l'empoisonnement par les acides, les alcalis concentrés et autres irritants analogues. Si, dans ces conditions, la mort n'est pas immédiate, il se forme presque inmanquablement dans la paroi œsophagienne des cicatrices étendues, affectant les dispositions les plus irrégulières, traversées de brides rayonnées qui se rétractent et peuvent littéralement obturer la lumière du conduit.

Les *ulcérations œsophagiennes* dues à une autre cause et se terminant par rétrécissement cicatriciel, constituent de très rares exceptions. Il est certain qu'on a rencontré des *affections syphilitiques* de l'œsophage avec coarctation terminale. D'autre part QUINCKE a décrit des ulcères occupant l'extrémité inférieure de l'œsophage, et en tout semblables à l'ulcère rond de l'estomac (ulcère par action digestive). Ces ulcères peuvent également se terminer par coarctation cicatricielle.

Au surplus, dans des cas insolites, le rétrécissement se produit parce que l'œsophage est comprimé de dehors en dedans par des tumeurs (*sténose par compression*). On a observé ce genre de sténose comme conséquence d'engorgements strumeux et de néoplasmes du corps thyroïde, de tumeurs ganglionnaires au cou ou du médiastin antérieur, d'abcès vertébraux et d'anévrysmes aortiques. Cependant ces rétrécissements atteignent rarement un haut degré, la compression ne s'exerçant d'ordinaire qu'en un endroit limité.

Après les sténoses par compression, citons encore la *dysphagia lusoria*. On désigne sous ce nom les troubles de déglutition occasionnés par une anomalie d'origine de l'artère sous-clavière droite qu'on rencontre quelquefois. Dans ce cas, l'artère en question formerait le dernier rameau fourni par la crosse de l'aorte et en se dirigeant vers la droite elle croiserait le canal œsophagien (en arrière ou en avant de lui). A priori il n'est ni probable, ni démontré jusqu'ici, que la faible compression exercée par les battements de ce vaisseau puisse provoquer de la dysphagie œsophagienne. Il est plutôt à penser, comme la chose a été admise d'abord, qu'un bol alimentaire de grande dimension en passant par l'œsophage comprime la susdite artère et donne lieu dès lors à des inquiétudes précordiales et à des palpitations.

Le rétrécissement de l'œsophage résultant de *corps étrangers* qui s'y arrê-

tent, est du domaine de la chirurgie. Les symptômes cliniques diffèrent naturellement d'après les cas. Indépendamment de l'obstruction du conduit, il y a lieu de tenir compte de la blessure qui peut s'être produite et de l'inflammation consécutive. — Dans quelques cas on a observé dans l'œsophage un si énorme *développement de muguet* qu'il s'en est suivi des phénomènes prononcés de sténose.

Disons en terminant qu'il y a des cas très rares de *coarctation congénitale* de l'œsophage. On a trouvé à l'autopsie de personnes qui pendant la vie avaient présenté des signes de dysphagie, des rétrécissements siégeant tantôt à l'entrée, tantôt à la sortie de l'œsophage, lesquels ne pouvaient être attribués à aucune des causes susénoncées et devaient par conséquent être considérés comme des malformations congénitales.

Au-dessus de toute sténose considérable, quelle qu'en soit la cause et pour peu qu'elle ait duré, les fibres circulaires de la tunique musculuse sont plus ou moins hypertrophiées. Cette *hypertrophie musculaire* est la conséquence des contractions extraordinaires que l'œsophage a dû exécuter pour forcer le passage aux matières alimentaires. De plus la partie du canal œsophagien située au-dessus du rétrécissement est très souvent atteinte de dilatation diffuse.

Symptômes. La conséquence de tout rétrécissement de l'œsophage c'est l'obstacle au passage des aliments. Un rétrécissement peu marqué ne fait éprouver qu'une légère constriction lors de la déglutition. Les malades sentent que les aliments qu'ils avalent pénètrent plus lentement dans l'estomac que dans les conditions normales. Bientôt ils s'aperçoivent qu'ils ne parviennent qu'à grand-peine à faire passer les matières solides et les gros bols alimentaires. C'est pourquoi ils se restreignent de plus en plus aux liquides, n'ingèrent que de petits morceaux à la fois et aident toujours par quelques gorgées de boisson les substances solides à descendre. Plus le rétrécissement devient étroit, plus le passage des aliments coûte de la peine. A la fin les malades ne savent plus introduire les liquides qu'avec beaucoup de lenteur et à petits coups.

Il importe de remarquer que cette gêne de la déglutition ne dépend pas exclusivement du rétrécissement purement *mécanique* de l'œsophage. On a constaté une incapacité presque complète de prendre des aliments dans des cas où à l'autopsie on n'a pas découvert d'obstacle mécanique qui en rendit suffisamment compte. Les désordres de la déglutition ont par conséquent leur raison d'être, non pas seulement dans la lésion anatomique de la paroi, mais dans l'influence qu'en ressent la tunique musculuse. *L'inertie fonctionnelle du tissu musculaire* à l'endroit malade contribue pour une grande part à favoriser l'arrêt des aliments.

Dès que les troubles de la déglutition dans le rétrécissement œsophagien atteignent un haut degré, il se produit une *réurgitation* d'une partie ou de la totalité des aliments. Cette réurgitation se fait d'autant plus tôt que l'obstacle est situé plus haut. Si au-dessus du rétrécissement s'est formée une dilatation, il peut s'y accumuler des masses de matière qui ne sont rendues que quelques heures plus tard, mélangées d'un mucus abondant et très visqueux. Nous avons vu dans un cas semblable un malade remplir la poche située au-dessus de l'endroit coarcté avec une notable quantité de liquide, sans qu'une seule goutte en pénétrât dans l'estomac. En penchant fortement la tête en avant toute la collection liquide s'écoulait hors de la bouche. C'est seulement quand le sac était gonflé à outrance qu'une petite partie du liquide passait dans l'estomac à travers le pertuis.

Bien que les désordres de la déglutition que nous venons de décrire fassent présumer l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage, le diagnostic ne peut s'affirmer positivement qu'après l'*exploration par la sonde*. En introduisant celle-ci, on sent facilement qu'on heurte contre un obstacle, qui, d'après que le rétrécissement est plus ou moins considérable, est encore susceptible d'être franchi en imprimant un petit choc à la main, ou qui est insurmontable pour l'instrument dont on s'est servi. En mesurant la longueur de sonde introduite jusqu'au point d'arrêt, on conclut au siège du rétrécissement. En moyenne, chez un adulte, on évalue le chemin à parcourir depuis la rangée des dents antérieures jusqu'au cardia à 40 cm. et la distance qui sépare le rebord dentaire du commencement de l'œsophage à 15 cm., de manière que la longueur de l'œsophage même est estimée à 25 cm. Si, avec une sonde de moindre calibre, on réussit à passer le rétrécissement, la sensation qu'on éprouve en poussant et en retirant l'instrument, permet de juger approximativement de la hauteur de l'anneau constricteur ainsi que de l'existence de plusieurs rétrécissements superposés, etc. Si le bout de la sonde peut se mouvoir librement au-dessus de la coarctation, on en inférera que le canal œsophagien est élargi en cet endroit.

C'est HAMBURGER surtout qui a appliqué l'*auscultation* au diagnostic des rétrécissements de l'œsophage. En auscultant à gauche de la colonne vertébrale le long de l'œsophage, pendant que les malades font un mouvement de déglutition, on n'entend le bruit de gargouillement propre à la déglutition que jusqu'à l'endroit rétréci; au-delà il cesse complètement. Dans la suite de la maladie, on perçoit des bruits de toute sorte, occasionnés en partie par le passage lent du liquide, en partie par le reflux de ce dernier. En général, les résultats de l'auscultation œsophagienne sont variables et incertains.

Après avoir établi l'existence du rétrécissement, il s'agit d'en déterminer la *nature*, puisque c'est elle qui fournit les données pronostiques et théra-

peutiques les plus précieuses. Dans nombre de cas, les antécédents seuls permettent de se prononcer sur la nature de la sténose. Et d'abord, le diagnostic du rétrécissement cicatriciel ne peut s'établir avec quelque garantie de certitude, que si les malades eux-mêmes accusent une brûlure antérieure ou un empoisonnement par un acide, un alcali ou une substance analogue. On comprend qu'il faut également attacher une grande valeur aux renseignements anamnestiques, quand on soupçonne un rétrécissement par corps étranger ou une sténose d'origine syphilitique. S'il n'y a pas moyen de remonter à une circonstance étiologique certaine, on doit commencer par explorer attentivement les organes du cou et de la poitrine pour s'assurer qu'il n'y a pas de compression en jeu. La compression de l'œsophage due à un anévrysme aortique se traduit quelquefois par des mouvements d'ondulation exécutés par l'extrémité libre de la sonde introduite jusque contre le rétrécissement. Si l'examen ne fournit aucun indice d'une sténose par compression, il ne reste plus, surtout quand il s'agit de coarctations à marche progressive chez les vieillards, que le carcinome qui est d'ailleurs la cause de beaucoup la plus fréquente du rétrécissement œsophagien. Une preuve plus certaine de la présence d'un cancer œsophagien s'acquiert par l'examen de petites particules de la tumeur qui, en cas de carcinome ulcéré, adhèrent parfois aux yeux de la sonde et dont la nature peut être établie par le microscope.

Le *tableau morbide* de la sténose œsophagienne se résume dans les symptômes d'une inanition de plus en plus profonde au fur et à mesure que l'alimentation rencontre de plus grandes difficultés. Les malades sont à la fin d'une maigreur squelettique et s'affaissent tellement qu'ils ne savent plus quitter le lit. La chaleur vitale tombe au-dessous de la normale, à tel point qu'elle oscille, pendant de longues semaines, entre 35° et 36°. Le pouls devient très petit, lent, et bat 40 à 60 fois par minute. Les tons du cœur sont fugaces. La respiration se fait superficielle, se ralentit, et est entrecoupée de courts moments d'arrêt pendant les derniers temps de la vie. L'abdomen est profondément creusé par suite de la vacuité de l'estomac et des intestins, en même temps que les parois abdominales sont dures et tendues au toucher. C'est ainsi que partout où la nature du rétrécissement est incompatible avec l'amélioration et conséquemment avec la guérison, la mort arrive par les progrès de l'épuisement et par une lente extinction des forces vitales.

Pronostic et traitement. Le *pronostic* dépend naturellement en première ligne de la nature du rétrécissement. En cas de sténose par corps étranger et de coarctations cicatricielles, la guérison complète est possible. Dans les autres sténoses, on peut parfois réaliser des améliorations marquées,

tout au moins passagères. Mais l'issue finale est le plus souvent funeste, du chef de la nature de la maladie fondamentale.

Le traitement est avant tout *mécanique*. Abstraction faite des opérations à tenter en vue d'enlever des productions morbides, etc., il y a à considérer surtout la *dilatation méthodique et progressive* du rétrécissement. C'est dans la sténose cicatricielle qu'elle atteint ses plus beaux résultats. Néanmoins, dans les rétrécissements d'une autre nature, d'origine carcinomateuse par exemple, on peut parfois par cette méthode procurer des améliorations notables, quoique momentanées.

Pour pratiquer le cathétérisme, on emploie de préférence les sondes œsophagiennes flexibles, dites sondes anglaises, qu'on fait de toute épaisseur. Dans les sténoses très étroites, on doit parfois faire les premières tentatives avec des cordes de boyau. Les bougies flexibles en baleine et munies d'olives en ivoire de différent calibre, qu'on peut y visser, sont plus dangereuses à raison de leur dureté, mais d'un autre côté elles répondent parfaitement au but. Le cathétérisme s'opère pendant que le malade est assis droit sur sa chaise, la tête légèrement penchée en arrière. On introduit dans le pharynx l'index et le médius de la main gauche, lesquels servent à guider la sonde préalablement graissée, par-dessus la base de la langue et l'épiglotte jusque dans l'œsophage. Il est clair qu'il ne faut jamais y aller rudement, car la perforation de la paroi de l'œsophage est à craindre, surtout en cas de carcinome mou et ulcéré et de sténose par compression d'un anévrysme de l'aorte. Cependant un fait semblable est heureusement un événement rare.

Quand le rétrécissement peut être franchi, les bons effets du cathétérisme ne tardent pas à se montrer. Après l'opération, les malades avalent presque toujours mieux qu'auparavant et réclament d'ordinaire eux-mêmes la répétition de la manœuvre. On peut, dans certaines circonstances, confier la sonde œsophagienne aux mains des malades intelligents. Ils la manient quelquefois avec plus d'habileté que le médecin. On aura recours au cathétérisme tous les jours une et au maximum deux fois jusqu'à ce qu'on parvienne dans des cas favorables à introduire des bougies de plus en plus grosses. Les malaises du malade diminuent alors rapidement et l'état général se relève à vue d'œil avec la reprise de l'alimentation.

Si, en cas de rétrécissement considérable, les malades sont incapables de déglutir nonobstant la réussite du cathétérisme, il y a lieu d'introduire des aliments liquides dans l'estomac par le moyen de la sonde. Dans ces conditions il n'y a rien comme nourriture de préférable au lait auquel on associe des œufs crus, du sucre, du vin, etc. On se sert très convenablement pour l'alimentation par la sonde, des différentes farines lactées et de la

légumineuse de HARTENSTEIN dont la consistance se prête bien à ce mode d'ingestion et qui a une valeur nutritive relativement élevée.

Si l'on ne parvient pas à nourrir les malades au moyen de la sonde, il ne reste plus que deux voies ouvertes quand on ne veut pas les laisser périr sans faire un dernier effort pour leur venir en aide : l'œsophagotomie dans les rétrécissements situés à l'entrée de l'œsophage, voire l'opération de la fistule gastrique, puis l'alimentation par le rectum.

Attendu que pour ce qui concerne les deux opérations susdites, nous renvoyons aux traités de chirurgie, il n'y a plus que quelques remarques sur l'alimentation par le rectum, qui peuvent encore trouver place ici. On ne doit jamais s'en promettre de brillants résultats. Il est probable qu'on réussit à prolonger un peu la vie de cette manière, mais il est impossible de la conserver indéfiniment par ce procédé. Par contre, nous attachons beaucoup de prix à l'effet moral que l'alimentation par le rectum exerce sur les malades qui ne peuvent presque rien prendre en dehors de cela. Ils voient par là qu'on fait quelque chose pour eux, à l'effet de ne pas les laisser mourir de faim sans les secourir.

Pour faire des *injections nutritives*, on se sert simplement de lait, d'œufs mollets, de vin, auxquelles substances on ajoute de la pepsine artificielle et de la poudre pancréatique, dans l'espoir d'en accélérer la résorption. Les lavements de chair pancréatique introduits dans la thérapeutique par LEUBE, constituent une préparation plus compliquée, mais aussi plus appropriée. La prescription donnée par LEUBE est la suivante : on prend environ 150 grammes de viande de bœuf finement coupée et puis hachée menu, qu'on mêle à 50 grammes environ de chair pancréatique (de veau) dégraissée et très finement réduite, on y verse 100 grammes d'eau tiède et on remue de manière à former une pâte qu'on injecte dans le rectum au moyen d'une clysopompe ou d'une pompe foulante construite à cet effet, et après qu'on aura au préalable lavé l'intestin par une injection d'eau simple. Ces injections doivent être renouvelées tous les jours.

CHAPITRE QUATRIÈME.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

Étiologie et anatomie pathologique. Le cancer de l'œsophage est la plus importante des affections de cet organe et celle qu'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique. Nous venons de voir dans le chapitre précédent que les rétrécissements de l'œsophage d'origine cancéreuse sont les plus nombreux.