on retire la sonde jusqu'au moment où l'on sent la résistance opposée par la partie inférieure du rétrécissement. En retranchant de la longueur du segment de sonde introduit à ce moment celle obtenue précédemment, on obtient immédiatement la longueur du rétrécissement.

Il faut distinguer des rétrécissements organiques, les *rétrécissements spasmodiques* que peut développer déjà le simple cathétérisme. Ils apparaissent comme entité morbide chez les personnes nerveuses. Le plus souvent on triomphe de ces rétrécissements spasmodiques, si l'on a soin de laisser la sonde en repos pendant quelque temps dans l'intérieur de l'œsophage.

D. — Il peut survenir des *dilatations de l'œsophage* au-dessus d'un rétrécissement, ou, d'une façon plus diffuse, dans la paralysie de la tunique musculaire de l'organe. On reconnaît leur existence à la facilité avec laquelle on imprime à la sonde des mouvements étendus de latéralité.

C. — Percussion de l'œsophage

La percussion n'est que d'un emploi restreint dans l'exploration de l'œsophage. Nous avons déjà mentionné précédemment la percussion des diverticules siégeant dans la portion cervicale de l'organe. Si les diverticules sont situés plus bas, ils peuvent se manifester par de la matité circonscrite à côté de la colonne vertébrale. Cela n'arrivera cependant que dans les cas où ces diverticules seront remplis de masses solides.

Dans le rétrécissement œsophagien, Ziemssen a réussi à distendre la portion dilatée située au-dessus de la sténose en administrant des solutions d'acide tartrique et de bicarbonate de soude et à la rendre ainsi accessible à la percussion. La distension se traduit naturellement par de la sonorité tympanique ou de la matité tympanique.

D. — Auscultation de l'œsophage

Dans certaines affections de l'œsophage, il se développe des phénomènes sonores tellement intenses, qu'on peut les entendre à distance. Nous avons dit précédemment que la *réplétion des diverticules peut s'accompagner de gargouillements très prononcés*. Les mêmes phénomènes peuvent être créés artificiellement par la réduction d'un diverticule rempli.

L'acte de la déglutition s'annonce par des grondements, des grouillements, des glouglous, lorsqu'il existe de la *paralysie* de la tunique musculaire de l'œsophage. Les anciens désignaient ce symptôme du nom de *dysphagie* ou *déglutition sonore*.

L'*auscultation médiate de l'œsophage* a été fondée par Hamburger. Pour la pratiquer, on place le sthétoscope, pour la portion cervicale, à gauche et en arrière de la trachée ; pour la portion thoracique sise au-dessus de la 6e dorsale, à gauche également, près de la colonne vertébrale, et pour le reste de la longueur, à droite de cette dernière. Il est regrettable qu'Hamburger, par ses exagérations et ses subtilités, ait fait plus de mal que de bien à cette méthode d'investigation, excellente pour certains cas.

Voici comment on procède. On engage le malade à garder dans la bouche une gorgée de liquide et à l'avaler à un signal déterminé : commandement bref ou, comme le faisait Hamburger, pression exercée sur l'os hyoïde. Ce dernier moyen mérite la préférence, parce que l'ascension de cet os indique le début de l'acte de la déglutition et permet ainsi, à l'auscultation, d'en juger la rapidité.

En auscultant un *œsophage sain*, on perçoit partout un bruit bref, clair, glougloutant, qui a la plus grande analogie avec celui que chacun peut entendre soi-même en avalant à vide. Le bruit est d'autant plus intense qu'on ausculte plus haut.

Pour nous, la cause du bruit œsophagien normal réside dans le frottement des ingesta contre la muqueuse de l'organe. Sainte-Marie l'explique de la façon suivante : à l'état de vacuité, les surfaces de la muqueuse de l'œsophage sont juxtaposées ; au moment de la déglutition, elles s'écartent l'une de l'autre, en produisant le bruit que l'on perçoit.

Dans les rétrécissements de l'œsophage, quand on ausculte au-dessous du point rétréci, ou bien ce bruit ne se perçoit plus du tout, ou il ne se perçoit qu'au bout d'un certain temps, ou encore il est extraordinairement affaibli et modifié dans son caractère. Voilà, suivant nous, tout ce que l'auscultation de l'œsophage peut fournir de certain comme symptôme. Hamburger prétend, cependant, avoir entendu, au moment du cathétérisme, le frottement de la sonde contre les parois rétrécies.

En auscultant le creux épigastrique, pendant et après la déglutition, suivant Kronecker et Meltzer, on entend deux bruits, le premier qu'ils ont appelé *Durchspritzgeräusch* et le second *Durchpressgeräusch* (1). En cas de réplétion de l'estomac, le second bruit fait défaut (Meltzer). On a essayé d'utiliser pour le diagnostic des maladies de l'œsophage les modifications de ces bruits ; mais les interprétations données à ces phénomènes sont pleines de contradictions. Je me suis assuré que, en cas de rétrécissement de l'œsophage, le premier bruit est perçu avec un retard notable et le second bruit fait assez souvent défaut. D'après Frankel, dans la paralysie de l'œsophage, le second bruit serait en retard de beaucoup sur l'instant de son apparition normale (6 à 7 secondes après la déglutition) et durerait très longtemps.

(1) Bruit de jaillissement ou de seringue, bruit de pression.