Quand la marche de l'abcès est chronique, les symptômes généraux sont au contraire fort peu accusés.

L'inspection de la gorge permet le plus souvent d'apercevoir la saillie que forme l'abcès au fond du pharynx : le doigt introduit dans la bouche perçoit la fluctuation ou du moins sent une tumeur lisse et tendue, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule, très douloureuse à la pression.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès rétro-pharyngiens emportent généralement le malade avant de se frayer une voie au dehors ; la mort arrive par asphyxie ou inanition, suffocation, fusées purulentes dans le médiastin et les plèvres, etc. Lorsque les abcès s'ouvrent spontanément ou par l'intervention du praticien, l'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la guérison survient rapidement. L'abcès est cependant susceptible de se reproduire si l'ouverture est insuffisante. L'irruption du pus dans les voies aériennes et l'œdème de la glotte par infiltration des replis ary-épiglottiques entraînent quelquefois très rapidement la mort.

C'est surtout avec le croup que l'on peut confondre l'abcès rétro-pharyngien, dont les caractères distinctifs sont la *dysphagie*, le *timbre de la voix* assez nettement conservé, la *tuméfaction du cou*, la *projection en avant du cartilage tyroïde*. La difficulté est plus grande si la diphtérie existe en même temps.

Lorsque l'abcès est symptomatique d'une lésion des vertèbres, le cou est généralement déformé et la pression sur les apophyses épineuses est douloureuse.

Le pronostic est grave ; la statistique de Gauthier prouve la nécessité de l'intervention chirurgicale. D'après ses recherches, la mort survint dans 35 cas non diagnostiqués ; dans 66 cas reconnus, la mort survint 8 fois sans qu'on fût intervenu, 3 fois après des incisions tardives ou mal faites, et 4 fois dans des formes gangreneuses ; dans les autres cas la guérison eut lieu.

Le traitement médical par la saignée, le calomel, les vomitifs, la glace pilée, les gargarismes, etc., a toujours échoué. L'indication formelle est de *donner issue* au pus. Pour cela on incisera la tumeur soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux spécialement destinés à cet usage.

GILLETTE. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, th. de Paris, 1868. — GAUTHIER. Même sujet. Genève, 1869. — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1893.

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

ŒSOPHAGITE

C'est à Mondière (1829) que l'on doit les premiers et plus importants travaux sur l'*œsophagite*.

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation de l'œsophage est *primitive* ou *secondaire*. *Primitive* elle reconnaît comme causes : l'ingestion des aliments trop chauds ou trop froids, de substances irritantes (alcoolisme, Letulle) ou corrosives (acides, alcalis, tartre stibié, etc.), la présence ou seulement le passage de certains corps étrangers (épingles, arêtes de poisson, fragments d'os) ; l'influence fâcheuse du cathétérisme, admise par certains auteurs, n'est rien moins que démontrée. De Ranse a cité le fait curieux d'un cas d'œsophagite attribuable à une *piqûre de guêpe*.

L'œsophagite *secondaire*, pour être un peu plus fréquente, n'est point commune ; elle peut succéder à l'extension d'une inflammation pharyngo-buccale (muguet, diphtérie) ou stomacale (gastrite aiguë). On l'observe aussi dans les maladies éruptives et infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, septicémie, typhus, syphilis ou rhumatisme). L'œsophagite des maladies du cœur est attribuable à la stase veineuse ou à de petites embolies (Parenski).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de l'œsophagite disparaissent parfois après la mort lorsqu'elles sont peu intenses ; d'ailleurs, elles varient avec la cause qui les a provoquées.

Leur siège, pourtant, est toujours à peu près le même : rares à la partie moyenne, c'est vers les parties supérieures et inférieures, au niveau des orifices, enfin, qu'elles prédominent.

Dans nombre de cas, la muqueuse est hyperémiée, épaissie, friable par suite de l'imbibition et de l'exfoliation de l'épithélium, couverte de mucosités plus ou moins purulentes : c'est la forme *catarrhale*. Mais le processus inflammatoire peut atteindre les parois mêmes de l'organe et en amener la suppuration : c'est la forme *phlegmoneuse*. Les substances caustiques produisent l'ulcération et même le sphacèle de la muqueuse ; la gangrène peut également survenir spontanément lorsque l'inflammation est considérable ou dans les cas d'embolie (Rokitansky) : cette forme très grave entraîne soit la perforation de l'œsophage, soit son rétrécissement après la chute de l'eschare.

On a noté quelques faits rares de diphtérie primitive de la muqueuse œsophagienne (Wagner) et l'on sait, depuis les belles

recherches de Parrot, que le muguet, chez les enfants, se développe fréquemment le long de l'œsophage. Virchow enfin a signalé des cas d'anthrax du pharynx propagé à l'œsophage; et Reichmann a publié récemment l'observation d'un adulte ayant des troubles de déglutition depuis longtemps et ayant rendu dans les selles un cylindre formé de plusieurs couches d'épithélium aplati de l'œsophage (*œsophagitis exfoliativa*).

Les manifestations œsophagiennes des *exanthèmes fébriles* sont toujours peu accusées. L'angine secondaire de la *scarlatine* peut se propager à l'œsophage en gardant son caractère pseudo-membraneux. L'œsophagite du *tartre stibié* est caractérisée par des pustules isolées ou confluentes (Rokitansky, Laboulbène). La *syphilis* atteint l'œsophage seulement à la période tertiaire (West).

Description. — L'œsophagite est souvent méconnue, soit parce que les symptômes ne sont pas suffisamment nets, soit parce qu'ils ont été masqués par la maladie primitive. Le caractère essentiel est une *dysphagie douloureuse* (Luton) due bien plutôt à la contraction réflexe des muscles lisses qu'au rétrécissement du canal. Il s'y joint une douleur d'intensité variable ayant son siège entre les épaules ou au niveau de la fourchette sternale. Le malade rejette en crachant [1] ou en vomissant des mucosités purulentes, du muco-pus, parfois aussi un peu de sang s'il y a une ulcération ou une portion nécrosée ; on observe une véritable *vomique* lorsqu'un abcès vient à s'ouvrir dans l'œsophage. Si l'on pratique le cathétérisme de l'œsophage, il arrive souvent que le malade indique nettement le point où l'inflammation s'est spécialement cantonnée. Les phénomènes généraux sont parfois assez intenses. Dans tous les cas, la notion étiologique est de la plus haute importance pour le diagnostic.

La marche de la maladie est *suraiguë* dans les cas d'inflammation due au contact d'agents caustiques ; *aiguë* dans la plupart des cas ; elle peut aussi affecter la forme *chronique*, s'il y a une ulcération avec tendance au rétrécissement ou si le catarrhe dépend d'une stase veineuse.

La *résolution* est la règle et survient au bout d'un temps très variable, en rapport avec les variétés de l'inflammation. Si la *suppuration* doit avoir lieu, l'œsophagite s'accompagne rapidement de symptômes généraux parfois très graves ; la rupture de l'abcès et son évacuation par la bouche ou par l'estomac amènent un soulagement immédiat.

L'irruption du pus dans les voies respiratoires est possible, mais rare, l'ouverture de l'abcès se faisant généralement à la face postérieure. La mort peut survenir par *infiltration laryngée* ou par *rupture de l'œsophage*.

Dans le pronostic il faut tenir compte de la possibilité de *rétrécissements* consécutifs à l'hypertrophie des tuniques ou à la formation de brides cicatricielles.

Traitement. — On prescrira des boissons glacées ou l'on fera sucer au malade de petits fragments de glace. L'abstinence sera complète dans les cas suraigus ; on tolérera seulement l'emploi du lait et des boissons mucilagineuses ; dans les autres on permettra seulement l'emploi des bouillies, des potages froids, du jus de viande ; mais, si la dysphagie est absolue, on aura recours à l'alimentation par la sonde œsophagienne. Dans les cas chroniques on emploiera l'iodure de potassium à hautes doses, les balsamiques, les sulfureux.

1. La *régurgitation œsophagienne*, sur laquelle Wichmann a particulièrement attiré l'attention, se distingue du vomissement vrai en ce qu'elle n'est accompagnée d'aucune contraction des muscles abdominaux ; elle résulte purement et simplement d'un mouvement antipéristaltique de l'œsophage qui entraine le rejet de son contenu.

Mondière. Rech. sur l'inflammation de l'œsophage, th. de Paris, 1829. — Vigla. Arch. de méd., 1845. — Parenski. Des abcès de l'œsophage survenant à la suite d'embolie (Rev. des sc. méd., 1874). — De Ranse. Piqûre d'une guêpe dans l'œsophage, suivie d'une éruption d'urticaire (Gaz. méd. de Paris, 1875). — Luton. Art. *Œsophage* in Nouv. dict. de méd. et de chirurgie, 1877. — Laboulbène. Anatomie pathologique. Paris, 1879. — Bariez. Ulcère de l'œsophage, th. Paris, 1888. — Reichman. Œsophagite exfoliative. (Deut. med. Woch., 1890). — Pench. Œsoph. phlegm. Montpellier, 1890. — Letulle. Varices veineuses de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique. (Soc. méd. hôpit., 1890).

RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

Les rétrécissements de l'œsophage peuvent tenir à la *présence des corps étrangers*, à la *compression exercée par des tumeurs voisines* (anévrysmes, tumeurs du médiastin, abcès prévertébraux, adénopathie bronchique, hydropisie du péricarde, kystes dermoïdes, etc.) ; le plus souvent ils sont dus à des *lésions de parois;* c'est de cette dernière forme de rétrécissement que nous nous occuperons spécialement.

Anatomie pathologique. — L'altération des parois comprend, outre les hypertrophies produites par l'inflammation, deux catégories de lésions : 1° les rétrécissements *cicatriciels* dus soit aux cicatrices consécutives à l'ulcère primitif de l'œsophage (Debove et Quincke), soit aux ulcérations déterminées par le passage de

corps étrangers ou par rupture d'abcès sous-muqueux ou de pustules varioliques (Lanzori) soit surtout à l'œsophagite produite par les caustiques (acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique, alcalis, etc., y compris les cautérisations au nitrate d'argent dans le cas de diphtérie ou de muguet persistant du pharynx, Gendrin, Trousseau) ; 2° les rétrécissements *néoplasiques* et surtout *cancéreux* (squirrhe, encéphaloïde, épithélioma). Cette dernière modalité du cancer est de beaucoup la plus fréquente, et a de la tendance à se reproduire héréditairement. Le néoplasme peut être complètement annulaire, polypiforme ou simplement en plaques (fait de Potain).

West a établi la réalité du rétrécissement *syphilitique* tertiaire, admis aujourd'hui par Lancereaux, Fournier et la plupart des pathologistes.

Le rétrécissement n'a pas de siège précis ; cependant on le trouve de préférence au niveau des points normalement rétrécis, suivant la loi d'Andral, en arrière du pharynx ou au-dessus du cardia. Il est parfois unique, d'autres fois double ou multiple (Basham). Le degré de coarctation est variable. Au-dessus du rétrécissement, le calibre de l'œsophage est augmenté, surtout dans les rétrécissements néoplasiques (Béhier). La dilatation peut atteindre de grandes dimensions et donner lieu à des poches, soit médianes, soit latérales, dans lesquelles les aliments subissent une espèce de fermentation. Béhier a vu ces dilatations venir faire saillie des deux côtés du cou ; à leur niveau la muqueuse est notablement modifiée, elle est le siège d'un catarrhe intense et d'ulcérations parfois étendues ; la couche musculaire est fortement hypertrophiée. Au-dessous du rétrécissement, le diamètre du canal est diminué. Les ganglions lymphatiques avoisinant l'œsophage sont en général augmentés de volume si le rétrécissement est cancéreux.

Le rétrécissement, surtout lorsqu'il est d'origine néoplasique, a parfois de la tendance à se ramollir et à s'ulcérer en détruisant les parois de l'œsophage. C'est là le point de départ de communications avec la trachée, les bronches, surtout la droite (Vigla, 14 fois sur 18), la plèvre, le médiastin postérieur, le corps thyroïde en voie de suppuration, l'aorte, l'artère pulmonaire, une caverne du poumon, etc. Ces communications diverses s'établissent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un abcès interposé.

Description. — Quelle que soit sa nature, le rétrécissement de l'œsophage donne toujours lieu aux mêmes symptômes. Le début est souvent insidieux, la progression du mal étant lente. La gêne dans la déglutition est le premier symptôme observé par le

malade : il sent le bol alimentaire arrêté dans l'œsophage, et il est obligé de se livrer à des efforts répétés, souvent même d'avaler un peu de liquide, pour lui faire franchir l'obstacle. Ce passage provoque une douleur plus ou moins vive le long du cou, derrière le sternum ou entre les deux épaules. Bientôt le malade est obligé de mâcher pendant longtemps ses aliments, de bien les imprégner de salive pour en faire une pâte demi-liquide ; plus tard encore, le déglutition des liquides, par petites gorgées, est seule possible.

Le passage au niveau du point sténosé se fait avec un gargouillement spécial que Laborde a signalé depuis longtemps. L'auscultation de l'œsophage a été l'objet de minutieuses recherches de la part de Kronecker et de Hamburger ; d'après cet auteur, le premier degré du rétrécissement peut être diagnostiqué par ce moyen, alors que le cathétérisme ne donne encore aucune indication ; en général, cependant, c'est au cathétérisme qu'il faut avoir recours pour préciser le siège et le degré du rétrécissement.

Lorsque la sténose est arrivée à un degré avancé, et que l'œsophage s'est dilaté au-dessus du rétrécissement, les aliments, en s'accumulant dans la poche ainsi formée, déterminent chez le malade une gêne et une oppression qui ne disparaissent qu'après la *régurgitation* des aliments enveloppés dans une couche de mucosités grisâtres, filantes, parfois sanguinolentes. Cette régurgitation se fait à intervalles assez variables après les repas, sans secousse et sans effort, par simple expuition (*vomissement œsophagien*). Généralement ce vomissement soulage le malade, si ce n'est dans le cancer, où les mucosités se reproduisent incessamment et ne sont expulsées qu'au prix d'efforts très pénibles.

Le *hoquet* a été fréquemment signalé (Bayle et Cayol, Mondière) dans les rétrécissements cicatriciels ; il est rare dans le cancer, le néoplasme détruisant les filets du pneumogastrique et empêchant ainsi toute action réflexe sur le diaphragme.

La compression d'un ou des deux récurrents peut amener une aphonie complète (Barrett, Taylor, R. Lépine, Caussade, Garel et Margery). Elle peut entraîner aussi des troubles dyspnéiques pouvant aller jusqu'à l'asphyxie et entraîner la mort (Genty).

La marche est chronique et la guérison possible dans les rétrécissements cicatriciels. Si la mort survient, c'est par le fait de l'inanition à laquelle s'ajoute la cachexie générale chez les cancéreux. Chez ceux-ci, d'après Lebert, la durée maxima de la maladie serait de treize mois. Différentes complications peuvent hâter le dénouement : tels sont les hémorragies foudroyantes (Vigla, Renaut), la suffocation par irruption dans les voies respiratoires, du contenu des poches situées au-dessus de l'obstacle, la

gangrène du poumon (Grisolle), la pleurésie suraiguë avec pyopneumothorax, les abcès gangreneux du cou et du médiastin, etc. Bon nombre de malades atteints de rétrécissement de l'œsophage succombent, comme l'a fait remarquer Verneuil, à la tuberculose pulmonaire : presque un sur deux dans la statistique de Porchaire.

DIAGNOSTIC. TRAITEMENT. — Grâce au cathétérisme œsophagien, le diagnostic n'offre pas, d'ordinaire, de bien grandes difficultés; mais il est souvent moins aisé de déterminer la nature du rétrécissement. L'absence de cause connue, telle que l'ingestion de caustiques à une époque antérieure, l'âge avancé du malade, l'hérédité, le dépérissement rapide, la teinte jaune-paille, l'engorgement ganglionnaire, l'œdème périmalléolaire, seront de fortes présomptions en faveur du cancer. La déviation de la sonde avec déplacement du bruit de glouglou fera penser à un rétrécissement par compression de nature extrinsèque. La soudaineté des accidents, leur intermittence, la possibilité du cathétérisme avec les plus grosses olives, différencient nettement le *spasme œsophagien* des rétrécissements organiques. Cette règle pourtant ne doit pas être considérée comme absolue : car il y a des rétrécissements spasmodiques infranchissables (fait de Raynaud et Dave).

Quant au siège, il sera déterminé par la longueur de sonde qui aura pu pénétrer avant de rencontrer l'obstacle. On se rappellera, toutefois, qu'avant d'arriver au siège précis du rétrécissement on est presque toujours arrêté une première fois par une coarctation spasmodique du conduit, qu'il ne faut pas confondre avec le vrai rétrécissement.

Le plus souvent on aura recours au traitement *chirurgical* : dilatations méthodiques, incision du rétrécissement, etc. Comme dernière ressource dans le rétrécissement cicatriciel, on pourra pratiquer la *gastrotomie*, qui a donné un beau succès à M. Verneuil (1876). Tout récemment, Sonnenburg et Leyden ont eu recours à la méthode de Syme, avec un succès relatif ; cette méthode consiste dans l'introduction et le séjour à demeure d'une canule entre les lèvres du rétrécissement.

Lorsqu'il y aura lieu de soupçonner la nature syphilitique du rétrécissement, on prescrira le traitement spécifique.

FOLLIN. Des rétréc. de l'œsoph., th. de concours, 1853. — LABORDE. Gaz. méd. de Paris, 1859. — WEST. Des rétréc. de l'œsoph. (Dublin quart. Journ. et Arch. gén. de méd., 1860). — LEBERT. Traité d'anat. path., 1861, in-fol. — BÉHIER. Clinique médicale, 1864. — LANCEREAUX. Traité de la syphilis. Paris, 1866. — HAMBURGER. Die Auscultation des œsoph., etc. (Œsterr. med. Jahrb., et Gaz.). — VALLEIX. Guide de méd. prat., 5e édit., 1866, t. III, revue par

Corlieu (Journ. hebd., 1868). — R. LÉPINE. Épithélioma de l'œsophage : paral. de la corde vocale gauche (Soc. anat., 1873). — J. RENAUT. Eod. loc., 1873. — VERNEUIL. Gastrotomie pour un cas de rétréc. de l'œsoph., etc. (Bull. de l'Acad. de méd., 1876). — J. KNOTT. An essay on pathology of œsoph. Dublin, 1878. — FREY. Etude sur les rétréciss. cicatriciels de l'œsophage, th. de Paris, 1883. — JANTY. Des spasmes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsoph., th. Paris, 1883. — PORCHAIRE. Tuberculose consécutive aux rétrécis. de l'œsophage, th. Paris, 1883. — DEBOVE. Du rétrécissement primitif de l'œsophage (Gaz des hôp., 1883). — DUPONCHELLE. Contrib. à l'étude des rétréciss. organ. de l'œsophage, th. de Lille 1884. — BARRAL. Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage, th. Paris, 1886. — SONNENBURG et LEYDEN. Gastrotomie et traitem. des rétrécissem. de l'œsophage (Société de méd. de Berlin, 1887). — KAMMERER. Cancer du pharynx et de l'œsophage. (N.-York. Sing. Soc., 1889). — SENATOR. Dilat. des rétréciss. de l'œsophage (Berlin. klin. Wocheu., 1891). — EWALD. Cancer ulcéré de l'œsophage dilat. (Berl. klin. Woch., 1889). — HERMAN. Sténose de l'œsophage d'origine syph. th. Paris, 1890. — GAREL et MARGERY. Cancer œsoph. compression du récurrent gauche, Lyon méd., 1890. — NOVÉ-JOSSERAND. Gastropexie et gastrotomie dans les rétréciss. cancéreux de l'œsophage (Gaz. hebd., Paris. 1892).

SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

Synonymie : *Dysphagia* (Hoffmann). — *Rétrécissement spasmodique de l'œsophage* (Hamburger). — *Œsophagisme* (Mondière). — *Dysphagie spasmodique* (Axenfeld).

Le spasme de l'œsophage peut se rencontrer dans un grand nombre de maladies : l'hystérie, l'hypocondrie, le tétanos, l'hydrophobie imaginaire, voire même certaines lésions cérébrales (Chaulet) ; mais il est constant dans la rage ; il peut aussi se montrer comme complication des ulcérations ou des rétrécissements de l'œsophage, ou bien être la conséquence de la présence de corps étrangers. Dans tous ces cas, le spasme œsophagien est *symptomatique ;* lorsqu'il se montre en dehors de ces conditions, il est dit *essentiel* ou *idiopathique*.

On a attribué à l'œsophagisme essentiel une foule de causes fort contestables : la dentition, le rhumatisme, la phtisie laryngée, la répercussion d'un exanthème, etc. Il est démontré pourtant que le spasme peut se produire à l'occasion d'une émotion vive, de l'impression du froid, du mal de mer, ou même de l'ingestion de liquides froids, de substances toxiques, etc. ; on l'a noté à la suite d'une irritation réflexe partie de l'intestin (Bertrin) ou de l'utérus (Potain) : mais la cause prédisposante par excellence est toujours le *nervosisme* avec ses modalités si nombreuses et si variées.

Le début est brusque : une personne en bonne santé, au milieu

d'un repas, par exemple, éprouve subitement la sensation d'un corps étranger dans l'œsophage. Si le spasme siège à la partie supérieure de l'œsophage, il se produit une sorte de ténesme pharyngo-œsophagien qui rejette violemment les dernières bouchées ; si, au contraire, il occupe la partie inférieure, les aliments s'accumulent un instant au-dessus du point rétréci, puis ils sont brusquement projetés dans l'estomac ou expulsés par vomissement œsophagien. Ces phénomènes se présentent du reste avec une grande diversité de formes : chez l'un, les liquides froids passent mieux que les chauds ou inversement ; chez l'autre, les solides passent facilement, tandis que les liquides provoquent le spasme, etc.

La douleur plus ou moins vive est constante et se fait sentir le long du cou, entre les deux épaules, parfois à la pointe du sternum ou à la région précordiale. Dans quelques cas, le malade éprouve une sensation de *boule* comme dans l'hystérie A ces symptômes viennent se joindre la contracture des muscles cervicaux sous l'influence des efforts de déglutition et de régurgitation, le hoquet, le spasme de la gorge et l'angoisse respiratoire. A un degré plus avancé encore, la face se congestionne, les veines du cou deviennent turgescentes, l'oppression est extrême, et l'on voit survenir la syncope ou même du délire ou des convulsions. Parfois aussi la vue seule d'un liquide, pour peu que l'imagination du malade soit frappée, amène l'hydrophobie avec son cortège de symptômes effrayants.

Hamburger a appliqué à l'œsophagisme sa méthode d'investigation par l'auscultation. Comme pour les rétrécissements organiques, on applique le stéthoscope, soit sur la partie latérale du cou à gauche, soit le long de la colonne vertébrale, de la première à la huitième vertèbre dorsale, pendant que le malade avale un peu d'eau ; on entend alors au niveau du point sténosé un glouglou ou un gargouillement plus ou moins intense. Le cathéter sera employé pour déterminer le siège de l'obstacle.

La durée du spasme est fort variable : parfois très fugace, on l'aurait vu se prolonger plusieurs mois, jusqu'à cinq ans, quinze ans (Sency) et même davantage. Dans ces cas, le spasme est dû à une lésion des muscles eux-mêmes (Romberg) ; c'est le *rétrécissement spasmodique*, la *stenosis spastica fixa* de Hamburger, par opposition à la *stenosis spastica migrans* ou œsophagisme simple qui peut disparaître aussi brusquement qu'il s'est déclaré.

L'œsophagisme ne s'accompagne pas en général d'altération anatomique avérée ; toutefois, lorsque la coarctation a persisté un certain temps, il peut se faire au-dessus du point rétréci une dilatation assez prononcée ; la muqueuse à ce niveau devient le

siège d'une inflammation catarrhale qui entrainera à un degré plus avancé des excoriations et même de véritables pertes de substance pouvant mettre à nu la couche musculaire (Raynaud).

Le spasme de l'œsophage sera distingué avec soin de l'œsophagite et des rétrécissements organiques : l'*œsophagite* a pour elle les douleurs fixes, continues, et s'exaspérant à chaque déglutition ; quant aux *rétrécissements organiques*, leur diagnostic repose sur un certain nombre de considérations qui ont déjà été exposées plus haut (voy. p. 559).

Rarement l'œsophagisme entraîne un pronostic sévère, à moins d'être symptomatique d'une maladie grave en elle-même : quelques cas pourtant ont été suivis de mort, soit par le fait de l'inanition qu'ils ont entrainée (Axenfeld, Raynaud), soit en déterminant les accidents de l'hydrophobie imaginaire.

Le cathétérisme est non seulement le mode d'investigation indispensable, mais aussi la meilleure méthode de traitement ; on doit le pratiquer avec la sonde œsophagienne, lorsque la déglutition étant impossible, l'indication qui s'impose est de nourrir le malade. Sinon, on se servira du cathéter à olives : arrivée au niveau du spasme, l'olive est arrêtée par une résistance assez forte qui finit par céder lorsque l'on insiste un peu. Un seul cathétérisme suffit parfois pour guérir le spasme. On peut également se servir du dilatateur de Broca.

Les opiacés et les injections hypodermiques de morphine sont des adjuvants puissants du traitement mécanique. Il en est de même de la belladone et de l'atropine, de l'acide cyanhydrique. Roux a obtenu de bons résultats avec le bromure de potassium qu'on prescrira à la dose de 4 à 8 grammes. Jaccoud s'est bien trouvé de l'emploi simultané de la belladone et de l'iodure de potassium. Dans ces derniers temps on a préconisé tout particulièrement l'emploi de la cocaïne (Damaschino, Lacombe). L'électricité, les boissons froides et glacées, ont parfois rendu des services.

Mondière. Arch. de méd., 1823. — Broca. Trait. du rétréc. spasm. de l'œsoph. (Soc. de chir., 1869). — Seney. Œsophagisme chronique, th. de Paris, 1874. — M. Raynaud. Œsophagisme dans ses rapports avec la dilatation de l'œsophage (Annales mal. de l'oreillle, 1877). — Jaccoud. Path. méd., 1877. — Morell Mackensie. Rétrécissements spasmod. de l'œsophage (Med. Times and Gazette, 1856 (voy. p. 453), et The Lancet, 1878). — G. Masse. Rétrécis. spasmod. de l'œsophage, th. Paris, 1878. — Luton. Art. *Œsoph.*, in Nouv. Dict. de méd. pratiq. — Ch. Éloy. Contrib. à l'étude de l'œsophagisme (Gaz. hebd., 1880). — Zenker et V. Ziemssen. Maladies de l'œsophage (Ziemssen's Hand. der spec. in Path. Bd VII, 1 Heft). — Axenfeld et Huchard. Traité des névroses, 1883. — Bernheim. Art. *Dysphagie* (Dict. encyclop., 1883). — Potain. Rétrécissem. spasmodique de l'œsophage (Gaz.

hôpitaux, 1883). — CHAULET. Œsophagisme par lésion cérébrale (Bullet. thérap., 1883). — BERTRIN, th. Paris, 1885. — PFLINCLIN. Rétrécis. spasm. de l'œsophage, th. Paris, 1886. — BAYLAC. Un cas de rétrécissem. spasmod. de l'œsophage consécutif à l'Influenza (Méd. mod., juin 1892).

MALADIES DE L'ESTOMAC

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Depuis ces cinq dernières années, l'étude des maladies de l'estomac est entrée dans une voie toute nouvelle. Sans doute il est difficile de prévoir dès aujourd'hui les résultats pratiques qui ressortiront de cette transformation radicale dans les moyens d'exploration et d'analyse, mais on ne saurait les ignorer aujourd'hui; et c'est ce qui nous a déterminé à faire précéder les chapitres spéciaux consacrés aux diverses modalités des affections de l'estomac, de quelques considérations d'ensemble sur les enseignements que peuvent nous fournir l'anamnèse, l'inspection et l'exploration rationnelle de cet organe, ainsi que l'analyse chimique du suc gastrique.

Nous nous bornerons d'ailleurs à quelques notions élémentaires et d'un intérêt exclusivement pratique sur ces différents points, nous guidant à peu de choses près sur l'ordre d'exposition adopté par Boas.

I. ANAMNÈSE. — Il est peu d'affections dans lesquelles une étude minutieuse et approfondie des antécédents personnels ou des conditions évolutives de la maladie importe plus pour un diagnostic précis. Il sera donc nécessaire, en présence de toute affection de l'estomac, quelle qu'elle soit, de procéder à une interrogation détaillée qui portera systématiquement sur les points suivants .

1° *Antécédents héréditaires* ou *personnels* du malade; influences constitutionnelles ou diathésiques, habitudes individuelles, genre de vie, hygiène, conditions générales, enfin, au milieu desquelles l'affection gastrique a pris naissance, et qu'un interrogatoire minutieux, suscitant parfois la confidence, est seul capable d'éclairer. Puis, quel en a été le début? A-t-il été brusque ou lentement progressif; son évolution, est-elle continue ou sujette à des rémissions, à des temps d'arrêt complets?

2° *Appétit*, est-il conservé, amoindri, exagéré ou modifié? caractères essentiels dont la portée diagnostique est considérable. La conservation de l'appétit cadre en effet le plus souvent avec l'existence d'une affection bénigne ou d'un pronostic moins sévère

(dilatation modérée, hyperchlorhydrie simple, ulcère gastrique même). La perte absolue de l'appétit répond au contraire à une altération profonde des glandes de l'estomac (catarrhe chronique, cancer, etc). L'absence d'appétit ne sera pas confondue avec l'*anorexie*, répulsion instinctive et absolue pour toute espèce d'aliments et qui traduit le plus souvent un trouble nerveux (hystérie, neurasthénie, etc.). Le manque d'appétit est généralement incomplet (parorexie) et ne s'applique qu'à certains aliments (les matières albuminoïdes, les viandes de préférence), ainsi qu'on l'observe constamment dans les gastropathies organiques. L'exagération de l'appétit peut se traduire de deux façons : sous forme de *boulimie* ou de *polyphagie*. La boulimie répond à une exaltation des nerfs sensitifs gastriques chargés de transmettre à l'encéphale la sensation de la faim ; elle s'observe plus fréquemment dans les névroses et dans certains troubles sécrétoires (hyperchlorhydrie). La boulimie s'accompagne en général d'un sentiment de satiété rapide; en cela elle diffère de la *polyphagie* qui consiste dans l'absorption d'une grande quantité d'aliments sans que l'impression du rassasiement s'ensuive ; la polyphagie répond à un besoin intime de l'organisme de réparer certaines déperditions trop abondantes ou trop rapides (diabète, azoturie, etc.). Il y aura lieu de s'informer aussi si les modifications de l'appétit sont accompagnées de *soif* plus ou moins intense ou de certaines *perversions du goût ;* ces dernières sont plus spéciales aux névroses ; la soif est vive dans l'hyperchlorhydrie et dans le catarrhe gastrique ; elle contraste avec le manque d'appétit dans la gastrite alcoolique.

3° *Composition des repas.* — Les habitudes du malade seront soigneusement interrogées à cet égard. Quelle est l'heure des repas, leur nombre, de quels aliments le patient fait-il usage, quelle est la quantité de liquides absorbés, les proportions d'alcool ingérées? Quelle est la nature des aliments solides et les proportions relatives des matières grasses, albuminoïdes ou amylacées?

4° *Phénomènes accompagnant l'ingestion alimentaire.* — Une foule de renseignements précieux découlent de cette analyse. *a)* Comment les aliments sont-ils mâchés et insalivés, sont-ils *déglutis facilement?* Et s'il y a quelque gêne à ce sujet, s'agit-il d'un simple trouble de la déglutition (dysphagie) ou d'un obstacle à la circulation œsophagienne? Puis si obstacle il y a, celui-ci est-il permanent ou seulement passager, cette dernière notion cadrant avec l'idée d'un simple spasme, tandis qu'un obstacle *permanent avec régurgitation* implique l'hypothèse d'un rétrécissement organique avec dilatation ampulaire au-dessus de l'obstacle.