

Les faits qui se rapportent à ces anomalies sont assez nombreux. En 1866, Tarnier en rapportait une douzaine de cas, Luschka, Annandale, Perier, Paul Regnier, Vincent (1887) ont publié et collationné ces observations. De leur analyse il résulte que le bout supérieur manque exceptionnellement. Duval et de Hervé ont recueilli une pièce sur laquelle se voit une cloison formée en arrière du voile du palais. Tout récemment Lefour publiait un cas d'imperforation de l'œsophage avec large communication trachéo-œsophagienne.

Le plus souvent le bout pharyngien se termine en cul-de-sac à environ 4 centimètres du bord supérieur du cartilage thyroïde ; suivant les cas, il est libre, adhère à la trachée ou est relié au bout inférieur gastrique par un cordon fibreux.

D'après Luschka, le bout pharyngien serait uniquement formé de fibres striées, ce qui indiquerait un arrêt de développement portant principalement sur l'œsophage.

Le bout inférieur s'ouvre dans la trachée, le plus souvent au voisinage des bronches ; quelquefois même dans la bronche droite. L'orifice de communication offre les dimensions et les formes les plus variables ; admettant à peine un stylet dans quelques cas, il peut être ovalaire, semi-lunaire ou affecter l'aspect d'une fissure.

Les nouveau-nés atteints de semblables malformations sont voués à la mort. Le lait qu'ils ingurgitent pénètre dans les voies respiratoires, déterminant des accès de suffocation, parfois de véritables vomissements de matières stomacales qui sont chassées par l'ouverture du larynx.

D'après König, la vie ne dépasse guère le septième jour. Cependant Lamb a observé une fistule trachéo-œsophagienne sur un enfant de sept semaines qui succomba à une pneumonie.

La gastrostomie, malgré sa gravité dans de pareilles conditions, est la seule thérapeutique rationnelle : on utilisera également les lavements alimentaires.

Rétrécissements congénitaux. — Les anciennes observations de Rossi, Tenon, Bailhé, signalées par Mondière, sont les seules observées chez l'enfant et qui permettent de croire à la réalité des rétrécissements congénitaux. Il y a cependant d'autres arguments ; le fait que les adultes qui en sont porteurs ont présenté des troubles dysphagiques depuis leur enfance, la disposition régulière, non cicatricielle, l'intégrité de la muqueuse sont autant de motifs pour que l'on puisse croire à leur origine congénitale.

Ordinairement incomplets, valvulaires, ils siègent à l'union du pharynx avec l'œsophage, parfois au cardia ou même à la partie moyenne. Enfin, pour Rokitansky et P. Berg, ils se différencient des rétrécissements acquis par leur tendance à s'accompagner de poches diverticulaires.

II

DILATATION DE L'ŒSOPHAGE. — DIVERTICULES

L'œsophage peut être dilaté suivant sa circonférence, en totalité, ou seulement en un point ; dans ce dernier cas, la paroi œsophagienne distendue progressivement donne naissance à un diverticule, à une poche appendue au conduit alimentaire (1).

L'ectasie ou dilatation circonférencielle, comme la dénomme justement Hartmann, relève d'une sténose congénitale, cicatricielle ou cancéreuse. Habituellement, le cancer ne détermine pas la dilatation de la portion sus-jacente de l'œsophage ; il ne faudrait pas considérer comme tels les cas où l'épithélioma, en détruisant les tissus, a créé au-dessus d'un point rétréci une sorte de cloaque. Jamais nous n'avons observé d'augmentation de calibre de l'œsophage, comme le ferait supposer *a priori* l'augmentation de pression due à la stagnation des aliments. La sténose du cardia serait celle qui prédispose le plus à l'ectasie ; Rosenheim figure une dilatation avec hypertrophie musculaire au-dessus d'un rétrécissement cancéreux du cardia. La sténose pylorique, d'après Klebs, pourrait déterminer les mêmes effets. Sur une pièce examinée au laboratoire de R. Tripier (cancer du cardia), je n'ai pas noté la moindre modification de calibre.

Il n'en est pas de même pour les sténoses cicatricielles : quand les rétrécissements ont été produits par des brûlures étagées, on remarque des dilatations superposées entre les points rétrécis, d'où un aspect légèrement moniliforme.

L'ectasie congénitale est très étendue, a un aspect fusiforme, régulier.

Zenker a vu l'œsophage ectasié atteindre des proportions considérables, 47 centimètres en longueur, 14 centimètres en largeur. En même temps, la tunique musculaire s'hypertrophie considérablement, la tunique muqueuse restant intacte, bien qu'elle ait présenté des points de ramollissement, avec végétations. Letulle a relaté un fait tout aussi intéressant et qui n'avait donné lieu en clinique à aucun symptôme. A l'autopsie, l'œsophage, extrêmement dilaté, se présentait sous la forme d'une poche cylindroïde, terminée en bas par un cardia

(1) CRUVEILHIER, Anat. path. liv., 38, in folio. — ZENKER et ZIEMMSEN, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Bd. VII, 1877. — KOENIG, *Deutsche Chirurgie*, 1880. — EICHORN, *Medical Record*, New-York, 1888. — BERGMANN, *Soc. de méd. de Berlin*, 1890. — HARTMANN, *Traité de chirurgie*, t. V. — MARCHEGUET thèse de Montpellier, 1893. — DELAMARRE et DESCAZALS, *Gaz. des hôp.*, février 1897. — GIRARD, *Congrès français de chirurgie*, 1896. — LETULLE, *Soc. anat.*, 1894. — FAURE, thèse de Paris, 1894.

normal. Les parois de ce canal énorme sont épaisses. La circonférence de l'organe mesure 14 centimètres. Cette poche est remplie de débris blanchâtres en grande partie composés par l'épithélium desquamé de la muqueuse œsophagienne. Celle-ci est intacte, mais, fait remarquable révélé par l'examen histologique, sur aucun point on ne put retrouver de glande muqueuse. Dans un autre cas, présenté par Baumé, celles-ci existaient, mais la muqueuse était érodée avec points hémorragiques.

Diverticules. — Rokitansky, Zenker et Ziemmsen ont divisé les diverticules en deux grandes catégories : *diverticules par traction*, *diverticules par propulsion* (1).

Les *diverticules par traction*, très petits, siègent en général assez bas, au voisinage du hile du poumon, des bronches.

Zenker et Rokitansky les attribuent à la traction exercée sur la paroi œsophagienne par d'anciennes lésions inflammatoires terminées par sclérose, comme cela peut arriver à la suite d'abcès du médiastin, de thyroidites, d'adénopathies, surtout de pleurésie. Fait important, ces diverticules auraient une paroi exclusivement muqueuse (Zenker et Ziemmsen), d'où le danger de perforation par des corps étrangers.

Les *connexions* de ces diverticules avec les organes voisins sont des plus variables et expliquent les nombreuses et graves complications auxquelles ils peuvent donner lieu. A part les adhérences aux ganglions caséifiés, il en existe avec la trachée, la plèvre, les bronches, l'aorte, le péricarde, l'artère pulmonaire.

Vue par la face interne de l'œsophage incisé, la cavité de ces diverticules apparaît plus ou moins pleine de mucus, de pus, de matières alimentaires. Quant aux parois, elles seraient parfois réduites à quelques fibres musculaires doublant la muqueuse.

Les *diverticules par propulsion* sont de beaucoup les plus nombreux et les plus importants (fig. 40).

Le fait qu'ils siègent ordinairement à l'union du pharynx avec l'œsophage, point où l'on observe également les fistules congénitales du cou, milité en faveur d'une *prédisposition congénitale*. D'abord simplement déprimée en ce point, la paroi finit, sous l'influence de la pression des aliments, par se laisser dilater : un diverticule est créé qui ne fera que s'accroître par la suite. Le volume de la poche, très petit au début, finit par devenir très considérable. Zenker, sur 27 cas, en trouva plusieurs offrant le volume d'une tête d'enfant. Kœnig en a observé dont le diamètre longitudinal était de 12 centimètres. La poche présente naturellement sa partie renflée dans le point le plus déclive. Quand on examine les parois qui la constituent, on voit

(1) Bien que Reichmann et d'autres aient publié des faits de diverticules siégeant à la partie moyenne et inférieure de l'œsophage et échappant à cette classification, Delamarre et Descazals estiment qu'il s'agit là de pseudo-diverticules, à cause de l'absence de revêtement pavimenteux.

qu'elle est formée en certains points par les tuniques normales ou à peu près telles, mais que sa plus grande partie comprend uniquement la couche muqueuse, simplement doublée du tissu cellulaire avoisinant. Aussi a-t-on observé le développement de phlegmons péridiverticulaires dus à la perforation par des corps étrangers d'origine alimentaire.

Symptomatologie. — Les ectasies liées aux rétrécissements cicatriciels ou néoplasiques (?) se révèlent en clinique par les symptômes mêmes de la maladie primitive : nous n'insisterons donc pas. Quant aux dilatations congénitales, diverticulaires, elles peuvent pendant longtemps rester absolument latentes, jusqu'au moment où la poche a acquis certaines dimensions. On remarque alors une dysphagie spéciale : les aliments avalés vont s'accumuler dans la poche qu'ils remplissent, et celle-ci, comprimant le conduit ali-

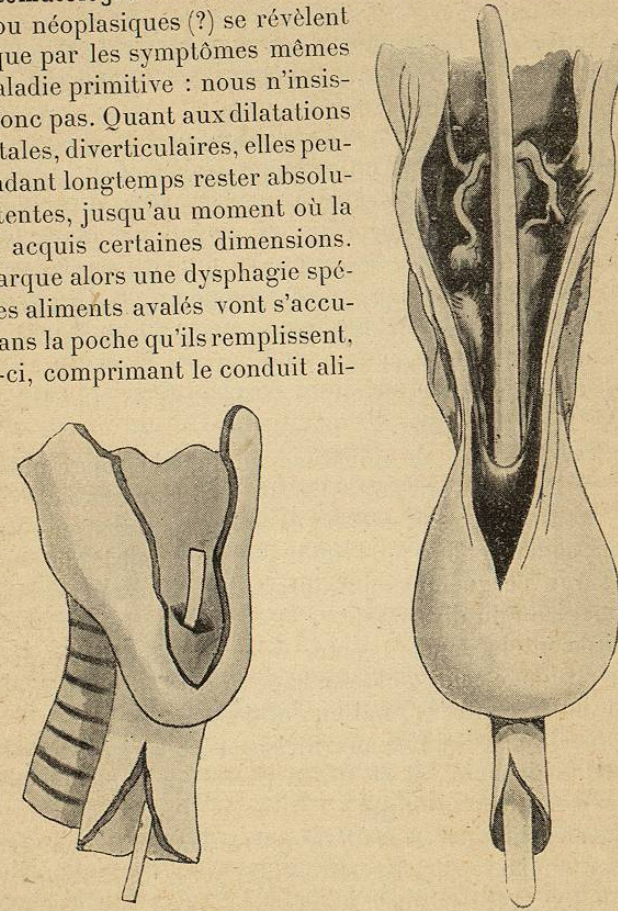


Fig. 40. — Diverticules. — Diverticules du pharynx et de l'œsophage (d'après HARTMANN) (1).

mentaire, s'oppose à la déglutition. Aussi les malades disent-ils avaler plus facilement au début du repas. Le larynx peut être comprimé, de même que les récurrents ou la trachée ; il en résulte des troubles de la respiration, de la phonation. Enfin on trouve encore, à certains moments, une tuméfaction molle, pâteuse, correspondant à la poche

(1) HARTMANN, Traité de chirurgie publié sous la direction de DUPLAY et RECLUS, t. V.

remplie de matières alimentaires. En la comprimant, le malade la réduit en la vidant : des régurgitations spontanées ou provoquées se produisent et le sujet expulse des aliments plus ou moins altérés.

Diagnostic. — Nous n'avons en vue que le diagnostic des diverticules proprement dits ; car les dilatations cylindroïdes peuvent ne se révéler par aucun symptôme, et celles qui sont la conséquence d'un rétrécissement cicatriciel ou néoplasique sont un épiphénomène négligeable, dominé par les symptômes propres à l'affection primitive.

On peut dire que l'existence d'une tumeur cervicale augmentant de volume pendant les repas, susceptible de se vider avec un bruit spécial sous la pression du doigt, constitue avec l'odeur fétide le seul signe pathognomonique. Il est certain qu'il n'y a nulle analogie entre ces manifestations et celles de l'œsophagisme, d'un rétrécissement cicatriciel, cancéreux. Nous ne croyons pas non plus que l'on puisse commettre de confusion entre les diverticules et certains goîtres rétro-œsophagiens, parfois capables de donner de la dysphagie.

Enfin la percussion et l'auscultation, l'analyse des symptômes permettront facilement de distinguer un anévrysme de l'aorte de l'affection que nous avons étudiée.

Mais ce qu'il importe surtout de connaître, ce sont les résultats fournis par le cathétérisme de l'œsophage.

On se servira soit d'une sonde en caoutchouc rouge munie d'un mandrin en baleine s'arrêtant à 5 ou 6 centimètres de l'extrémité libre de l'instrument ; soit encore, ce qui nous paraît préférable, de cette même sonde rendue plus rigide par un mandrin de plomb.

On est sûr, avec quelques précautions, de ne pas perforer la paroi de l'œsophage ou du diverticule.

Ordinairement la sonde pénètre directement dans le diverticule dont l'axe prolonge celui de l'œsophage ; puis l'extrémité de l'instrument vient buter contre le fond du cul-de-sac.

La distance de ce dernier aux incisives est variable ; elle était de 40 centimètres dans un cas de Mintz. Parfois on peut se demander si la sonde n'a pas pénétré jusqu'à l'estomac.

L'examen des liquides et matières retirés par le tube peut permettre de trancher le diagnostic. Bychowski rapporte un cas dans lequel il put, par deux cathétérismes successifs, retirer (sujet à jeun) une première fois un liquide neutre, jaunâtre, la seconde un liquide contenant nettement de l'acide chlorhydrique. Il est évident que la sonde s'était engagée successivement dans le diverticule, puis dans l'estomac.

Certaines manœuvres peuvent faciliter la pénétration de l'instrument jusque dans l'estomac : pour ce faire, un sujet de Neukirch n'avait qu'à incliner la tête du côté du diverticule.

On peut, en tous cas, constater que le calibre de l'œsophage est libre et admet de grosses bougies.

Quant aux résultats fournis par l'œsophagoscopie entre les mains

de Hacker, Rosenheim, nous croyons que l'on peut les obtenir plus facilement par les moyens précités. La laryngoscopie peut rendre de réels services quand le diverticule a un siège élevé.

Évolution et pronostic. — L'évolution est fort longue, parce que ce n'est que peu à peu que la poche devient considérable et, en comprimant l'œsophage, rend l'alimentation impossible.

La cachexie, la tuberculose, d'autres complications, telles que les perforations, finissent par amener la mort.

La fréquence des complications est assez grande.

Zenker, sur vingt-sept observations, trouve que la mort ne fut imputable que treize fois à l'évolution du diverticule lui-même. Presque toujours l'issue fatale est la conséquence de l'ouverture du diverticule dans un des organes du cou ou du thorax.

Les diverticules par traction, en raison même de leur origine, sont particulièrement dangereux. En outre Ritter les a accusés de favoriser le développement de tumeurs malignes, à cause de l'irritation due à la stagnation des aliments.

Quant aux diverticules par propulsion, ils occasionnent surtout des troubles en raison de leur volume.

Traitement. — Si le diagnostic est établi de bonne heure, alors que le diverticule est de faible dimension, on peut, par certains artifices, empêcher l'affection de s'aggraver. On recommande au sujet d'avaler seulement de petites bouchées, bien mastiquées, d'incliner la tête, de presser sur le cou, suivant que ces manœuvres compriment la poche et empêchent la pénétration des aliments. Neukirch a nourri son malade à la sonde pendant plusieurs mois ; l'alimentation se fit ensuite régulièrement, sauf quelques régurgitations de temps à autre.

Berkham a employé avec succès une bougie conique, de gutta-percha, recourbée à son extrémité inférieure, pour éviter sa pénétration dans le sac. Chaque jour il faisait des séances de cathétérisme, d'un quart d'heure à une demi-heure. Au bout d'une semaine, le malade avalait plus facilement les liquides : peu à peu la poche cervicale se ratatina et, en quatre mois et soixante et onze séances, le malade se nourrissait normalement.

Malheureusement, il en est rarement ainsi ; et l'on doit alors recourir à l'extirpation. L'incision est celle de l'œsophagotomie externe ; une ligature provisoire est jetée sur le collet du sac, au ras de l'œsophage ; on sectionne circulairement les tuniques externes, puis la muqueuse mise à découvert est liée par deux ligatures entre lesquelles on la coupe au thermocautère. On fait alors quelques points de suture pour enfouir sous les tuniques externes le moignon de la muqueuse adhérent à l'œsophage. On extirpe enfin la poche.

La plaie cutanée sera largement drainée et tamponnée à la gaze ; puis on nourrira le malade au moyen de lavements alimentaires, ou

bien on passera une sonde à demeure par la bouche. Bien que nous n'ayons pas d'expérience personnelle sur ces cas, nous serions même d'avis de passer une sonde par la plaie même, comme dans l'œsophagotomie externe. On la retire au bout de huit à dix jours et le sujet peut s'alimenter directement par les voies naturelles; malgré l'issue de quelques parcelles alimentaires, la plaie se ferme très rapidement, ainsi que nous l'avons observé. Neuf opérations ont donné trois morts. Girard (de Berne) a tenté d'éviter les dangers provenant de l'ouverture et de l'extirpation du diverticule en l'invaginant simplement dans l'œsophage et en oblitérant le sac ainsi retourné par deux ou trois étages de suture en bourse. Le bourrelet ainsi formé ne proémine pas trop dans l'œsophage; le malade a été nourri à la sonde à demeure passant par une narine. Il obtint ainsi deux succès dans deux cas. Nous estimons, comme l'auteur, que ce procédé n'est guère applicable qu'aux diverticules cervicaux et de petit volume. Kœnig conseille de faire la gastrotomie préalable dans le but de faire une extirpation aussi complète que possible du diverticule: une sonde œsophagienne est laissée pendant huit jours. La plaie du cou guérie, la perméabilité de l'œsophage constatée par le cathéter, on referme la fistule stomacale. Nous pensons qu'il ne faut recourir à ce procédé que si l'on prévoit de trop graves désordres du côté de l'œsophage.

Enfin, si on ne peut faire la cure radicale à cause du siège profond, thoracique du diverticule, la gastrostomie s'impose.

III

ŒSOPHAGISME

L'œsophagisme ou rétrécissement spasmodique de l'œsophage est caractérisé par une constriction intermittente du conduit pharyngo-œsophagien, plus ou moins prolongée, mais sans lésion organique évidente au point où elle existe (1). Cette définition permet donc d'éliminer complètement les faits de spasmes, de contractures liés à des rétrécissements véritables, à des ulcérations de l'œsophage. Sans

(1) MATHIEU, Spasme œsophagien (*Gaz. méd. de Lyon*, 1853). — BROCA, Spasme œsophagien guéri par la dilatation forcée (*Gaz. des hôp.*, 1869). — SENLEY, ROUX, thèses de Paris, 1873. — BERTIER, De l'œsophagisme dans ses rapports avec les lésions de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, thèse de Paris, 1885. — CHASSAGNY, Du cathétérisme dans l'œsophagisme (*Union méd.*, 1886). — BERNHEIM, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1880, art. ŒSOPHAGISME. — POTAIN, Rétrécissement spasmodique de l'œsophage (*Gaz. des hôp.*, 1883). — DEROIDE, Sur une variété peu connue d'œsophagisme réflexe, 1879. — PFLIMLIN, thèse de Paris, 1885. — GROSS, Pathologie chirurgicale, t. II. — HARTMANN, Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS, t. V.

doute, l'élément spasme joue un rôle important dans l'ensemble des phénomènes cliniques liés au cancer, à un rétrécissement cicatriciel: toutefois c'est habituellement au voisinage de la lésion elle-même que l'on éprouve de la difficulté à passer une boule exploratrice.

Dans l'œsophagisme, le siège du spasme est à peu près constamment fixe; il se trouve à la partie supérieure de l'œsophage, à son point d'union avec le pharynx.

L'œsophagisme proprement dit relève du domaine de la pathologie du système nerveux, et si son existence ne doit pas être méconnue du chirurgien, c'est qu'il peut prêter à de regrettables erreurs de diagnostic.

Symptomatologie. — Bien que Couraut, Home, Robert, Mackenzie et, plus récemment, Dardel aient signalé des faits d'œsophagisme chez des enfants, on peut dire que cette affection est spéciale à l'âge adulte et présente son maximum de fréquence entre dix-huit et trente ans. Les femmes sont plus souvent atteintes; personnellement, nous avons le souvenir de quatre cas de dysphagie spasmodique, dont trois chez des femmes. L'une d'elles avait dépassé cinquante ans, mais était une névropathe de vieille date. Quant au quatrième, il s'agissait d'un hypocondriaque d'une trentaine d'années, tourmentée par la crainte d'une néoplasie maligne à laquelle un de ses proches parents avait succombé récemment. Les névropathes, les neurasthéniques sont donc les sujets spécialement atteints de dysphagie spasmodique.

Les conditions pathogéniques dans lesquelles apparaît la contracture sont variables. En général, d'autres troubles nerveux ont précédé (crises, sensation de boule, etc.). Alors, brusquement, à l'occasion d'une émotion, d'un chagrin, le sujet est pris de régurgitations, d'efforts de vomissements, de hoquet; non seulement les aliments solides, mais les liquides eux-mêmes sont rejetés. Le plus souvent il n'y a pas de douleurs, mais quelques sujets accusent des sensations de brûlures, des irradiations douloureuses dans la région cervicale.

Évolution. — Ces accès de dysphagie peuvent se répéter aux repas suivants, se reproduire plusieurs jours de suite; parfois ils disparaissent complètement pour se montrer de nouveau. Brusquement la dysphagie atteint un degré marqué; brusquement aussi elle fait place à une déglutition plus ou moins facile.

Il est rare d'observer une marche progressive simulant celle que pourrait produire le développement d'une stricture cicatricielle ou d'un épithéliome. C'est particulièrement chez les hypocondriaques, syphilophobes ou cancérophobes (que l'on me passe l'expression), que cette dernière allure clinique peut être observée, surtout si les sujets ont lu quelques ouvrages de médecine.

La durée de l'œsophagisme est des plus variables; Senley cite