

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

un cas qui aurait persisté quinze ans, Raynaud vingt ans, Lasègue trente ans.

J'ai cathétérisé trois années consécutives (chaque fois à des intervalles de plusieurs mois, il est vrai) la malade dont j'ai parlé plus haut. Ordinairement le spasme disparaît en quelques heures ou quelques jours.

En dehors de la gêne, des craintes que ces phénomènes occasionnent au patient, on peut dire que le pronostic est certainement bénin. Il est permis de douter des assertions de Power, Raynaud, d'après lesquelles la cachexie, la mort par inanition pourraient être la conséquence de cette névrose.

Diagnostic. — Les circonstances spéciales dans lesquelles apparaît l'œsophagisme, la variabilité, la brusquerie, l'intensité des phénomènes, l'âge, le sexe des sujets, et plus encore le cathétérisme, permettront d'établir rapidement le diagnostic.

On choisira pour l'exploration une olive de calibre maximum, et non des derniers numéros. Le sujet ne manquera pas de se récrier en voyant vos préparatifs. Rappelez-vous qu'il faut agir pour l'œsophage comme pour l'urètre. De même que vous passez plus facilement une bougie exploratrice urétrale de bon calibre dans le cas de spasme, de même vous introduirez plus facilement dans l'œsophage une olive un peu volumineuse. Il est bon d'administrer la veille un peu de bromure de potassium. Ordinairement vous butez dès l'orifice de l'œsophage, maintenez la pression et brusquement l'olive passe, parcourant librement le conduit alimentaire jusqu'au cardia. Vous constaterez, en retirant l'instrument, la régularité des parois œsophagiennes, régularité qui s'accuse par l'absence de ressauts, d'arrêts.

Il est tout à fait exceptionnel que le spasme siège à la partie inférieure.

La nécessité du cathétérisme s'impose dans tous les cas de dysphagie, si l'on veut poser des indications thérapeutiques rationnelles. On sait que certaines tumeurs cancéreuses du pylore ou de l'estomac ont donné lieu parfois à des phénomènes de spasme réflexe du côté de l'œsophage.

Nous connaissons un cas de gastrostomie pratiquée pour un cancer du pylore. Bien que l'on ait dit que l'intervention passe avec le spasme, nous pensons qu'il est préférable d'éviter une erreur de diagnostic par un examen complet. A-t-on établi qu'il s'agit d'un spasme de l'œsophage, on se préoccupera de rechercher s'il est primitif, idiopathique ou symptomatique d'une lésion plus éloignée, mais patente. Celle-ci deviendra dès lors l'objet de l'attention et des soins du chirurgien.

Traitement. — Le traitement par excellence est le cathétérisme. Broca le pratiquait avec l'idée de guérir les ulcérations qui, d'après

lui, siégeaient dans l'œsophage et amenaient des accidents nerveux analogues à ceux observés dans les cas de fissures à l'anus.

On se servira soit des olives, soit de grosses bougies en gomme, ou de grosses sondes de caoutchouc rouge préalablement munies d'un fort mandrin de plomb.

Quelques séances de cathétérisme suffisent en général pour amener la guérison. Il est important d'agir simultanément sur le système nerveux central par l'administration de bromures, de valériane, de belladone.

IV

PARALYSIE

Nous n'avons pas à insister sur la paralysie de l'œsophage. En rapport avec une altération des centres nerveux, et peut-être un trouble de la sensibilité de la muqueuse du conduit (Mackenzie), point de départ du réflexe, elle se caractérise par de la dysphagie, des régurgitations, avec hoquets, quintes de toux. On peut observer une dilatation diffuse de l'œsophage (Mermillod) (1). Ces troubles, faciles à reconnaître par leur connexion avec d'autres altérations nerveuses, par le cathétérisme, peuvent nécessiter l'alimentation à la sonde. Mackenzie conseille l'emploi des courants faradiques, un des pôles étant placé à l'intérieur de l'œsophage.

V

RUPTURES SPONTANÉES DE L'ŒSOPHAGE

Nous croyons devoir mentionner rapidement la *rupture spontanée* de l'œsophage. C'est à peine si la science en renferme une quinzaine d'observations présentant un caractère de similitude frappante (2).

Ces faits, plus intéressants peut-être au point de vue médico-légal, sont remarquables par l'apparition brusque des accidents, leur allure dramatique et leur terminaison fatale. Ordinairement, c'est à la suite d'un repas plus ou moins copieux que le patient, jusque-là en parfaite santé, est pris subitement de symptômes d'indigestion; les efforts de

(1) MERMILLOD, *Rev. de méd. de la Suisse romande*, Genève, 1887.

(2) CHARLES, *Journ. of med. sc.*, 1870. — FITZ, *Americ. Journ. of med. sc.*, 1877. — ROUMEGOUX, thèse de Paris, 1878. — RAIMONDI, *Centralbl. für Chir.*, 1888. — KÖNIG, *Deutsche Chirurgie*. — WOLFF et PATER, *Medic. News*, 1894, p. 516.