

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.

vomissements s'accompagnent d'hématémèse, de perte de connaissance. Conserve-t-il encore un certain degré de connaissance, il indique une douleur violente à l'épigastre. Rapidement les liquides contenus dans l'estomac s'épanchent dans le médiastin ou la plèvre, les gaz infiltrant le tissu cellulaire, produisant très vite l'emphysème. Le collapsus s'établit de plus en plus et le sujet succombe : une fois la survie fut de vingt-quatre heures.

La rupture siège ordinairement au cardia et présente l'aspect d'une fissure linéaire verticale de 7 à 8 centimètres. Il semble établi que ces ruptures sont dues à une altération de date ancienne des tuniques de l'œsophage, et probablement sous la dépendance de l'alcoolisme chronique.

Un œsophage sain ne peut céder aux efforts de vomissement, la muqueuse pouvant supporter, seule, sans se déchirer, une traction de 10 kilos (Zenker et Ziemmsen); les lésions sont au-dessus des ressources de la thérapeutique.

VI

VARICES DE L'ŒSOPHAGE

Nous renvoyons à l'article de Galliard du *Traité de médecine* de Brouardel pour l'étude des varices de l'œsophage. Liées à la cirrhose hépatique, ces dilatations veineuses résultent de troubles circulatoires hépatiques et sont en général la conséquence de l'alcoolisme chronique. Les hématémèses nombreuses qui les caractérisent cliniquement peuvent simuler un ulcère de l'estomac plutôt qu'une affection de l'œsophage. Leur abondance peut entraîner brusquement la mort du malade (1).

VII

MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES
DE L'ŒSOPHAGE

I. — TUBERCULOSE DE L'ŒSOPHAGE (2).

Anatomie pathologique. — C'est sous la forme de granulations jau-

(1) DUSSAUSAY, Des varices œsophagiennes, thèse de Paris, 1877. — DURET, Note sur la disposition des veines du rectum et du système porte (*Progrès médical*, 1877). — GIRODE, Varices de l'œsophage (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888). — LETULLE, *Méd. mod.*, 1889. — GALLIARD, *Traité de médecine*, t. IV.

(2) MAISONNEUVE, Clinique chirurgicale. Paris, 1864. — PAULICKI, *Virchow's Archiv*

nâtres, d'ulcérations multiples, grisâtres, que se manifeste la tuberculose.

L'infiltration des parois est telle qu'il en résulte un rétrécissement très notable susceptible d'en imposer pour un noyau cancéreux. Ces lésions siègeraient surtout à la partie inférieure de l'œsophage. M. le professeur Tripier n'en n'aurait pas observé malgré le nombre considérable d'autopsies pratiquées à son laboratoire.

Signalons simplement l'envahissement possible du conduit alimentaire par des lésions tuberculeuses développées primitivement dans les ganglions avoisinants. Ce sont là des faits différents de ceux que nous étudions, mais infiniment plus fréquents. Londe a publié un fait remarquable de tuberculose latente des ganglions bronchiques réveillée à l'âge de soixante-six ans et ayant amené une perforation de l'œsophage avec gangrène pulmonaire consécutive. Letulle a relaté une observation de pleurésie purulente bacillaire du côté droit compliquée, après l'empyème, de fistule pleuro-œsophagienne. Au niveau du sommet de la plèvre, l'œsophage adhérent à la coque purulente pleurale et tuberculeuse montrait un trajet fistuleux court, peu large, formé manifestement aux dépens d'un diverticule ancien de l'œsophage. Chose remarquable, la muqueuse œsophagienne était franchie autour du trajet fistuleux, mais nullement atteinte.

Symptomatologie. — L'extrême rareté des faits de tuberculose de l'œsophage tient à des causes diverses. Tout d'abord, comme le fait remarquer Weichselbaum, les matières susceptibles de l'infecter ne font que traverser le conduit et n'ont pas le temps de se fixer sur la muqueuse; celle-ci, d'autre part, est défendue par un épithélium épais et résistant (Schaschmann). Ajoutons, avec Hartmann, que l'examen méthodique de l'œsophage dans toutes les autopsies de tuberculose peut seul fournir des données précises. Bres a publié un cas qui semble démontrer que le bacille peut venir s'implanter sur une ulcération vulgaire de l'œsophage.

De même, Zenker aurait vu le cancer de l'œsophage être l'origine de la tuberculose de cet organe : des trois cas qu'il rapporte, le premier seul est un rétrécissement tuberculeux chez un phthisique; les deux autres sont des cas de tuberculose secondaire, d'origine ganglionnaire péricœsophagienne.

Il ne m'a pas été donné d'observer à l'amphithéâtre de fait de tuberculose œsophagienne. Toutefois je suis certain d'en avoir rencontré

für pathologische Anatomie, 1868. — KNOTT, *Pathol. of Œsophag.* 1878, p. 215. — LABOULBÈNE, *Élém. d'anat. path.*, 1879. — LEMAISTRE, Contribution à l'étude pathologique des ganglions de l'œsophage (*Journ. de méd. de Limoges*, 1885). — MAZZOTTI, *Rivista clin. di Bologna*, 1885. — BARRAL, thèse de Paris, 1885-1886. — LEMANN, Tuberculose de l'œsophage (*Soc. méd. de Vienne*, in *Sem. méd.*, 1886). — MASUY, Œsophage perforé par un ganglion tuberculeux (*Bull. de la Soc. anat.*, 1888). — LETULLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 247. — LONDE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 207. — ZENKER, *Deutsche Arch. für klin. Wochenschr.*, t. LV.

un en clinique. Il s'agissait d'un enfant d'une huitaine d'années, auprès duquel je fus appelé par deux confrères à cause de troubles dysphagiques allant jusqu'à l'impossibilité complète de toute alimentation solide et même liquide. Ce petit garçon, issu de parents tuberculeux, tuberculeux lui-même, se plaignait depuis plusieurs mois de douleurs et de gêne pendant la déglutition. Ces douleurs s'irradiaient du côté du sternum, de l'épigastre, et en arrière entre les omoplates. Elles s'accompagnaient de petites hématémèses; le sang était plutôt rouge, parfois rutilant.

Les aliments demi-solides n'avaient plus pu être absorbés, et depuis un jour ou deux les liquides passaient, mais très difficilement. L'enfant était dans un état d'amaigrissement extrême. J'essayai de passer prudemment de longues bougies de gomme : aucune, si petite fût-elle, ne put être introduite. La sténose siégeait au niveau du segment inférieur de l'œsophage. La gastrostomie, qui aurait été possible quelques jours plus tôt, était impossible à cause de l'affaiblissement extrême du sujet, qui mourut, je crois, le lendemain.

Les circonstances, l'âge m'avaient permis de faire le diagnostic de tuberculose sans que je puisse préciser si celle-ci était primitive ou d'origine ganglionnaire. On conçoit combien l'on peut hésiter lorsqu'il s'agit d'adultes.

Les symptômes peuvent être plus ou moins masqués par ceux qui existent du côté des voies respiratoires. D'après Mackenzie, la dysphagie ne serait pas aussi régulièrement progressive que dans le cancer.

Diagnostic. — Nous renvoyons, pour le diagnostic différentiel, à l'article que nous consacrons au cancer. Le diagnostic est très difficile puisque, même pièces en mains, il y a eu des erreurs que seul l'examen histologique a décelées.

Traitement. — En général le traitement sera simplement médical : l'opium permettra de calmer les douleurs ; l'alimentation par la sonde œsophagienne, par les lavements alimentaires, seront à peu près les seuls palliatifs à employer. Nous avons vu que, chez notre malade, la gastrostomie aurait peut-être pu rendre quelques services si l'état d'affaiblissement ne s'était opposé à toute intervention.

II. — SYPHILIS DE L'ŒSOPHAGE (1).

La rareté des localisations syphilitiques sur l'œsophage contraste avec la fréquence de celles observées sur le pharynx.

(1) BILLARD, Traité des maladies des enfants nouveau-nés. Paris, 1833, p. 307. — BERKELEY HILL, Syphilis and local contagious disorders, 1868, p. 128. — REIMIER, *Jahrb. für Kinderheilk.*, t. X, 1876, p. 98. — WEST, *Dublin quarterly Journal of medic. sc.*, 1860. — MAURY, *Amer. Journ. of medic. sc.*, 1870. — LABLINSKI, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1883, n° 33-34. — POTAIN, *Journ. de méd. et de chir.*, 1887. — VAN HARLINGEN, *Encyclop. internat. de chir.*, t. I. Paris, 1883. — MAURIAU, Syphilis tertiaire et syphilis héréd. Paris 1890.

D'après Mackenzie, il faudrait même que le terrain fût, en quelque sorte, préparé par l'alcoolisme ou un traumatisme quelconque. Ce qui est certain, d'autre part, c'est le nombre infime de faits connus de syphilis œsophagienne d'origine congénitale, signalés par Billard, Stoffen, Reimier.

West (de Birmingham) a le premier observé et décrit l'existence de rétrécissements syphilitiques de l'œsophage. Depuis cette époque jusqu'en 1884, Louis Jullien a pu en réunir dix-neuf observations.

Maury, en 1870, fit la gastrostomie pour un cas de ce genre ; une deuxième fois la bouche stomacale est établie par Bryant ; à Lyon, Valette, plus heureux, soulageait par le seul traitement interne ; même succès devait être obtenu par Luton en 1879, par Godon en 1880 et par Lablinski dans deux cas récents (1883).

Chez un syphilitique qui mourut à Wurzbourg, Virchow trouva l'isthme du gosier entièrement atrésié, la portion supérieure de l'œsophage rétrécie par une cicatrice et la partie inférieure couverte d'érosions hémorragiques.

Quant à West, à l'autopsie d'un de ses malades, il nota les lésions suivantes.

La portion supérieure de l'œsophage, dans l'étendue de 10 cent. 1/2, est très dilatée ; la muqueuse, épaissie, présente des taches qui paraissent dues à des cicatrices récentes.

Au-dessous de la dilatation, l'œsophage se rétrécit brusquement et forme un canal étroit qui admet à peine une sonde n° 4.

Le rétrécissement, qui a une longueur de 6 centimètres, est produit par un épaississement de la muqueuse et par des dépôts fibreux disposés sous forme de bandes, de brides qui ressemblent beaucoup à ceux que l'on voit dans les rétrécissements anciens de l'urètre. Au-dessous du point rétréci jusqu'à l'estomac, l'œsophage était parfaitement sain.

Le symptôme capital est la dysphagie qui, après avoir paru céder au moment de la guérison de l'ulcération, devient de plus en plus marquée à mesure que la cicatrice s'établit.

Il est inutile d'insister sur les difficultés du diagnostic ; celui-ci ne peut être posé qu'après la réussite du traitement ioduré.

Quant au pronostic, il est toujours grave par suite de la ténacité du rétrécissement.

La dilatation progressive et, si elle échoue, la gastrostomie, permettront, avec l'emploi du traitement mixte (iodure de potassium et mercure), d'obtenir la guérison, ou au moins d'assurer l'alimentation du malade.

III. — ACTINOMYCOSE DE L'ŒSOPHAGE (1).

Les mêmes raisons anatomiques et physiologiques qui préservent

(1) GARDE, De l'actinomycose de l'œsophage, thèse de Lyon, 1896.

l'œsophage de l'infection tuberculeuse s'opposent également à l'implantation de l'*Actinomyces* sur sa tunique muqueuse. Toutefois certains faits démontrent nettement que celle-ci peut être traversée par le champignon. A vrai dire, on observe le plus habituellement de la périœsophagite, car le parasite, après avoir traversé le conduit alimentaire, pullule dans le tissu conjonctif et se propage de proche en proche.

Il est vraisemblable que la muqueuse ne se laisse entamer que par un traumatisme concomitant. Le plus souvent, en effet, ce sont des corps chargés d'*Actinomyces* qui inoculent; c'est ainsi qu'un enfant observé par Soltmann avala par mégarde un épi d'orge et ne put le rejeter. Quelques jours après, le malade prend le lit, a une hémorragie en mangeant, puis successivement des douleurs dans le dos, et vers le sixième espace intercostal apparaît une tuméfaction douloureuse. Cette tuméfaction ayant été ouverte, on y trouva une partie de l'épi antérieurement avalé.

Dans une autre observation, un journalier avale un épi de blé qui s'arrête dans les parties profondes du pharynx et y reste fixé. Six semaines après l'accident, enflure et inflammation de toute la partie antérieure du cou.

Anatomie pathologique. — Bien que l'œsophage puisse être atteint sur toute son étendue, le plus souvent c'est dans sa moitié supérieure. Le tissu cellulaire périœsophagien, prévertébral, cervical ou médiastinique, est envahi : des collections purulentes, plus ou moins abondantes et diffuses, des tissus scléreux, épaissis, renferment çà et là des lacunes remplies de masses de grains jaunes et accolent les organes dans une même gangue, voilà ce que l'on observe. Le larynx, le pharynx, l'œsophage, les paquets vasculo-nerveux sont englobés dans une même masse. Un petit orifice fistuleux faisant communiquer l'œsophage avec le foyer atteste seul l'origine de la maladie : quant au conduit alimentaire, son calibre n'est pas diminué.

Tous les organes du médiastin peuvent être envahis. Poncet a noté l'existence d'une fistule trachéo-œsophagienne. Ponfick a noté l'extension au péricarde, au myocarde, Netter à la plèvre et au poumon.

Le tissu osseux n'est pas épargné, et, ainsi que je me suis attaché à le démontrer (1), qu'il s'agisse de la colonne vertébrale, de la base du crâne, des côtes, toujours on a signalé des lésions périœsophagiennes, rétroaryngiennes, pulmonaires, pleurales, qui représentent les diverses étapes parcourues par le parasite avant sa propagation au tissu osseux. Dans l'observation de Netter, par exemple, on trouva, à l'autopsie, en ouvrant l'œsophage, sur son bord gauche à la hauteur de la quatrième dorsale, une dépression que continuait un trajet fistuleux conduisant dans un foyer d'ostéite prévertébrale.

(1) GANGOLPHE, Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

Symptomatologie. — On conçoit combien la symptomatologie peut être complexe, étant donnée la variabilité des lésions. En tout cas, le principal symptôme, celui-là spécial, est la dysphagie. En dehors des douleurs, des hémorragies qui l'accompagnent, elle peut être singulièrement aggravée par le développement d'une fistule trachéo-œsophagienne, à cause des accès de toux, de suffocation résultant de la pénétration des liquides dans les voies respiratoires.

La dysphagie continue, douloureuse, n'a jamais atteint un degré aussi marqué que dans le cas de cancer. Le cathétérisme, du reste, ne révèle pas de diminution de calibre.

Dans les formes à envahissement cervical, on note des phénomènes de phlegmon profond avec menaces d'asphyxie. Si le poumon ou la plèvre sont touchés, l'expectoration renferme des grains jaunes; on note de la pleurésie. Signalons enfin le développement d'abcès prévertébraux d'allure ossifluente.

Pronostic. — *Le pronostic est très grave*, la mort est la conséquence habituelle de l'affection.

Les symptômes que nous venons d'énumérer permettront, par leur singularité, d'éliminer l'hypothèse de cancer et feront songer à l'actinomycose. Seule la vérification histologique des grains caractéristiques permettra d'affirmer la nature de la maladie.

L'examen des crachats, du pus des abcès et fistules, des mucosités ramenées par l'olive de l'explorateur ne doit donc pas être négligé.

Prophylaxie et traitement. — Les conditions étiologiques précitées dictent les précautions à prendre pour éviter l'infection actinomycosique. L'habitude de porter à la bouche des brins d'herbe, de céréales expose à la contamination. De même, celle-ci peut être causée par l'ingestion de légumes, de viandes insuffisamment cuits, chargés d'*Actinomyces*.

Quant au traitement, il devra être à la fois médical et chirurgical. L'administration de l'iodure de potassium ne donne malheureusement pas les résultats que l'on en espérait; néanmoins il devra toujours être employé. Il faudra surtout ouvrir les abcès, mettre à l'air les tissus malades, et remonter l'état général par l'emploi des toniques.

VIII

LÉSIONS INFLAMMATOIRES DE L'ŒSOPHAGE (1)

Laissant complètement de côté les localisations œsophagiennes qu'on a signalées au cours de certaines infections (choléra, fièvre

(1) BRUSCH, *Medic. Record*, New-York, t. I, 1883. — DESCROIZILLES, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1887, p. 1317. — JANNEL (Maurice), *Encyclop. internat. de chir.*, t. V. — HARTMANN, *Traité de chir.*, t. V. — MAZOTTI, *Rivista clin. di Bologna*, 1879. — *Revue de Hayem*, t. XVI, 1880. — ZAHN, *Rev. méd. de la Suisse romande*, t. II, 1882. —