

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. —

typhoïde, rougeole, variole, urémie, pyohémie, etc.), nous étudierons seulement les diverses lésions suivantes; 1° l'œsophagite par brûlures ou par ingestion de liquides caustiques; 2° l'œsophagite chronique ulcéreuse.

I. — ŒSOPHAGITE PAR BRÛLURES, PAR INGESTION DE LIQUIDES CAUSTIQUES.

Bien que les brûlures par ingestion de liquides brûlants déterminent le plus souvent des lésions limitées au pharynx, à la cavité buccale, on peut cependant observer des brûlures plus ou moins étendues de cet organe.



Fig. 41. — Brûlures par le bichromate de potasse : la muqueuse flotte sous forme de lanières (Collection Lacassagne).

Descroizilles a signalé un cas d'œdème de la glotte avec œsophagite et gastro-entérite aiguë par ingestion de bouillon très chaud chez un jeune enfant; cet accident fut promptement suivi de la mort.

Ordinairement ce sont des liquides corrosifs avalés par inadvertance, ou plus souvent volontairement, dans le cas de suicide, qui déterminent l'œsophagite aiguë. La nature, le degré de concentration, la quantité du caustique avalé influent, on le conçoit, sur les lésions observées.

Dans deux cas d'empoisonnement accidentel produit par l'ingestion d'une solution de bichromate de potasse destinée à des piles électriques, cas observés par M. Lacassagne et conservés au musée de médecine légale de Lyon, on peut voir l'œsophage coloré en jaune et profondément altéré. La muqueuse est effilochée, flotte en lambeaux, et cela sur toute l'étendue du conduit (fig. 41).

Sur l'œsophage d'une femme qui s'était empoisonnée en avalant du sel d'oseille, on note l'intégrité presque complète de la muqueuse jusqu'au cardia, tandis que l'estomac est le siège d'altérations diffuses et profondes. Ce fait démontre bien que pendant le troisième temps de la déglutition, les liquides tombent en quelque sorte directement de la bouche dans l'estomac, ainsi que l'établissent

les recherches physiologiques d'Arloing. La figure 42 que nous re-

JANEWAY, *Médec. Times*, mars 1881. — TESSIER et FAVEL, *Ann. des mal. de l'or.*, 1884. — BERREZ, thèse de Paris, 1887-1888. — DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 1883. — SCLAVUNOS, *Archiv für path. Anat. und Physiol.*, 1894.

produisons, concerne une œsophagite toxique consécutive à l'administration de deux potions stibiées à la dose de 40 centigrammes chacune, chez une jeune femme cachectique atteinte de pneumonie. Béhier a publié un cas semblable.

Les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, phénique, acétique,

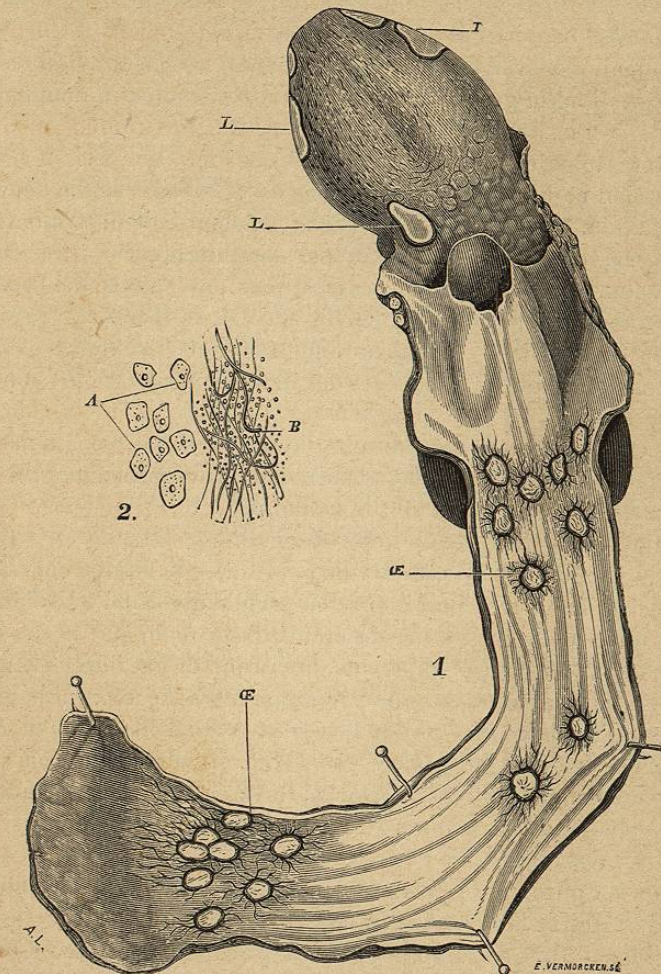


Fig. 42. — Larynx et œsophage étalés montrant des lésions produites par le tartre stibié. — 1. LL, ulcérations linguales; œœ, ulcérations œsophagiennes. — 2. A, cellules épithéliales pavimenteuses, granuleuses et à noyau bien net. — B, fibres lamineuses ou conjonctives mêlées à d'autres fibres élastiques, celles-ci reconnaissables à leur direction contournée (LABOULBÈNE, *Anat. path.*).

et les solutions de potasse, de soude, d'ammoniaque, les solutions de sublimé, telles sont les substances ordinairement en cause.

Quel que soit le caustique, il en résulte une escarre plus ou moins profonde, plus ou moins diffuse et d'aspect variable: brune pour

l'acide sulfurique, gris jaune ou orangé pour l'acide azotique, grisâtre et boursoufflée pour l'acide chlorhydrique; blanche ou blanc grisâtre pour l'acide oxalique; diffuse sans couleurs précises, molle, tuméfiée, pour les alcalis.

Si le sujet survit pendant un temps suffisant, les escarres s'accompagnent d'altérations phlegmoneuses, et, au moment de leur chute, d'hémorragies, de perforations.

Finalement, le travail de cicatrisation vient-il à s'établir, il en résulte des sténoses dont la gravité n'échappera à personne et que nous étudierons dans un chapitre spécial.

Symptomatologie. — A la douleur intense, aux symptômes graves d'intoxication et de *shock* du début succède, si le sujet survit, une certaine accalmie. Mais bientôt, quoique les douleurs soient moins vives, des coliques, des selles diarrhéiques, sanguinolentes, avec débris membraneux, puis des hémorragies, ou des signes de perforations, viennent mettre en jeu la vie du malade. Ou bien des signes de phlegmon du médiastin apparaissent, auxquels peuvent succéder, dans les cas où la mort n'a pas lieu, des fistules trachéales, œsophago-bronchiques.

Enfin, comme nous le verrons plus loin, si le sujet échappe à tous ces dangers, il reste sûrement exposé au rétrécissement consécutif à la cicatrisation des plaies de l'œsophage.

Traitement. — On devra vider l'estomac, soit à l'aide du siphon, soit par le vomissement, et tâcher de neutraliser le liquide caustique. L'administration d'eau albumineuse en grande quantité, à laquelle on ajoutera un peu de magnésie, de craie, d'eau de chaux seconde, si les acides sont en cause, ou du jus de citron, de vinaigre, s'il s'agit de potasse, soude, ammoniacque; le vomissement provoqué par l'introduction d'un doigt au fond du gosier en attendant le siphon, voilà ce qu'il faut évidemment mettre en œuvre. Plus tard, le sujet sera exclusivement nourri au lait, ou à l'aide de lavements alimentaires. Si la dysphagie est très marquée, même pour les liquides, on emploiera les lavements alimentaires.

Mais on se gardera d'introduire une sonde œsophagienne qui risquerait de déchirer les tissus. Par contre, aussitôt que la cicatrisation s'est établie, il faut chercher à prévenir et à combattre la sténose en calibrant l'œsophage.

II. — ŒSOPHAGITE CHRONIQUE.

Rokitanski et Trier ont mentionné l'existence d'un ulcère de l'œsophage analogue à celui de l'estomac et du duodénum et siégeant ordinairement sur le tiers inférieur de ce conduit. Il est vraisemblable que cet ulcère se développe à la suite d'une œsophagite chronique, surtout chez des sujets alcooliques, chez des fumeurs ou des malades sujets à des vomissements.

Debove et Berrez, qui ont bien étudié cette affection, disent que l'ulcération peut se cicatriser partiellement ou bien s'accroître et s'accompagner d'hémorragies et de perforations: cette dernière serait survenue 4 fois sur 10 (Berrez). La douleur, la dysphagie, les vomissements alimentaires souvent sanglants, tels sont les symptômes observés. Lorsque le sujet guérit, ce qui arrive assez souvent, il est exposé à la sténose cicatricielle, ce dont nous parlerons plus loin.

Sclavunos a décrit, sous le nom d'œsophagite disséquante, le cas d'un individu qui, après avoir bu à diverses reprises de l'alcool très fort, vomit deux litres de sang environ et dont la muqueuse de l'œsophage se détacha ensuite sous la forme d'un tube membraneux long de 10 centimètres environ.

III. — PÉRICESOPHAGITE.

On désigne sous ce nom l'inflammation circonscrite ou diffuse du tissu cellulaire périœsophagien. Bien que celle-ci ne puisse se rencontrer isolément, en dehors d'une lésion de l'œsophage, nous avons cru devoir obéir à la tradition en lui consacrant une mention spéciale.

Les corps étrangers, les brûlures par liquides bouillants ou caustiques, les néoplasmes, l'actinomycose peuvent être la cause de cette inflammation, mais nous laisserons de côté les faits de suppuration propagée du cou, de l'aisselle, à la région occupée par l'œsophage.

La douleur le long de l'œsophage, la dysphagie, sont, avec l'élévation de la température et les autres signes d'infection, les premiers symptômes. Rapidement la douleur devient de plus en plus intolérable, non seulement quand le sujet avale, mais encore dans les mouvements du cou.

La raideur du cou, l'œdème de cette région, la toux, les altérations de la voix et surtout des accès de suffocation achèvent de caractériser cette complication.

L'inflammation, rarement circonscrite, peut siéger à une hauteur variable. Lorsque l'infection n'a pas tué rapidement le sujet, le pus peut se collecter et pointer au cou, et plus fréquemment siéger dans le médiastin postérieur; mais ordinairement on note la coexistence d'épanchements séreux ou purulents dans la plèvre, le péricarde.

Le *diagnostic* s'établira d'après les données étiologiques précitées, mais bien souvent on songera à une affection de l'appareil respiratoire plutôt qu'à une suppuration diffuse.

Quant au *traitement*, il devra consister dans l'ouverture du foyer et son drainage.

L'incision au niveau du cou ou, si la lésion est profonde, dans la région thoracique, suivant les données de Quénu et Hartmann, pourrait peut-être rendre des services. Nous doutons de l'efficacité