

MALADIES DE L'ŒSOPHAGE

CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Le traitement des corps étrangers de l'œsophage intéresse surtout le chirurgien. Cependant, dans les cas d'urgence, le médecin peut être appelé à s'occuper des accidents qu'ils provoquent, et nous devons exposer quelle est la conduite à tenir pour les combattre.

Le médecin est ordinairement renseigné par le malade sur le moment où s'est faite la déglutition du corps étranger et sur la nature de celui-ci. Il doit lui-même se rendre compte de la partie de l'œsophage où ce corps étranger s'est arrêté.

L'étude des troubles fonctionnels peut certainement lui fournir des indications, mais aujourd'hui nous possédons dans l'examen radiographique une méthode de choix.

Ces renseignements obtenus, la conduite à tenir varie selon les cas. Lorsqu'il existe des accidents asphyxiques, il faut porter le doigt dans la gorge et tenter d'extraire le corps étranger; en cas d'insuccès, la trachéotomie sera immédiatement pratiquée.

Refoulement. — Si le corps étranger n'est pas trop volumineux, et n'est ni caustique ni irrégulier, si, de plus, il est situé près du diaphragme, on peut essayer de le refouler. On le pousse *doucement*, à l'aide d'une sonde ordinaire ou d'une tige de baleine, munie à son extrémité d'une petite éponge ou d'un tampon d'ouate. Nous le répétons, il faut le pousser *doucement*, lentement, en tenant compte des douleurs accusées par les malades. Dans des cas exceptionnels, lorsque les corps étrangers sont formés de matières alimentaires surtout, on peut essayer de les fragmenter ou de les ramollir par des injections d'eau et d'huile.

Il est bon de faciliter le relâchement de l'œsophage par l'administration du chloral en lavement ou des injections de morphine.

Extraction par la bouche. — L'extraction des corps étrangers par la bouche est une seconde méthode de traitement. Si le corps étranger est fixé à la partie supérieure de l'œsophage, on peut l'extraire avec le doigt, ou avec une pince longue et recourbée sur le plat (pince de Collin). On peut s'aider, pour cette extraction, du laryngoscope, du moins chez l'adulte. Chez l'enfant, il est souvent nécessaire d'opérer sous le chloroforme.

Enfin, si le corps étranger est situé trop bas, il faut recourir à d'autres moyens. Les vomitifs ne sont guère à recommander. Pour un succès douteux, on s'expose à déterminer l'enclavement spasmodique. Il vaut mieux se servir de divers instruments extracteurs, dont voici les plus usités :

Le *panier de de Graefe* est une sorte de double crochet, fixé à l'extrémité d'une tige, sur laquelle il est articulé. Le parapluie de crin de Fergusson consiste en une éponge, fixée à l'extrémité d'une tige qui glisse dans une canule. La tige et la canule sont reliées par des crins très durs qui, par les mouvements de la canule, s'appliquent contre la tige ou s'en éloignent en éventail.

Un moyen vulgaire, dont le principe est le même et qui peut être utile dans les cas d'urgence, consiste dans l'introduction d'un poireau, qu'on ramène ensuite vers soi; les feuilles du poireau accrochent, au retour, les petits corps étrangers.

Ces moyens, malheureusement, sont souvent inefficaces. Ils sont, de plus, quelquefois dangereux, notamment si l'on a affaire à des corps anguleux, et aussi en cas d'inflammation œsophagienne avec ulcérations, lésions fréquentes quand le corps étranger est resté longtemps en place. La seule ressource est alors de pratiquer une opération chirurgicale.

Intervention chirurgicale. — Il convient de ne pas trop attendre pour y recourir, l'opération ayant d'autant plus de chances de succès qu'elle aura été faite de meilleure heure. L'œsophagite et les lésions péricœsophagiennes sont, en effet, des complications précoces et redoutables.

Quoiqu'il existe bon nombre d'observations où l'œsophage a fait preuve de tolérance remarquable, il est bon, en saine clinique, de n'en pas tenir compte au point de vue de la conduite à tenir.

En règle générale, on doit intervenir si les tentatives d'extraction non sanglantes n'ont pas réussi au bout de quarante-huit heures. Il va sans dire qu'en cas d'accidents asphyxiques, l'urgence s'impose. De même, au cas où les corps étrangers, anguleux ou coupants, peuvent provoquer des perforations ou des hémorragies.

Quand les corps étrangers siègent dans la partie supérieure de l'œsophage, on a recours à l'*œsophagotomie externe*. S'ils sont situés trop bas pour être atteints par la plaie œsophagienne, on peut recourir à la *gastrostomie* pour, à travers le cardia, les repousser par en haut ou les extraire par en bas. Nous avons vu, l'an dernier, un cas de ce genre opéré avec plein succès par M. Lejars.

M. SOUPAULT.

INFLAMMATIONS DE L'ŒSOPHAGE

Les lésions inflammatoires de l'œsophage résultent soit de *traumatismes* directs (corps étrangers irritants ou caustiques, brûlures), soit de *maladies générales* avec localisation œsophagienne. Enfin, nous connaissons bien, depuis les travaux de Quincke et de M. Debove, l'*ulcère rond* de l'œsophage qui siège à sa partie inférieure et dont l'histoire et la pathogénie se confondent avec celles de l'ulcère de l'estomac.

Dans la plupart des cas d'œsophagite, le traitement médical est d'un bien faible secours. En cas de brûlures ou de plaie par corps étranger, il est indiqué de laisser les malades au repos et de leur prescrire la diète lactée. Les douleurs souvent vives devront être calmées par l'administration de l'opium et de la morphine *intus* et *extra*, par la cocaïne en solution étendue donnée par cuillerées à café à intervalles peu éloignés. Morell Mackenzie a proposé un traitement local à l'aide de pastilles de tanin et ratanhia.

L'application externe sur le cou ou le sternum d'une vessie de glace, ou au contraire de compresses chaudes, procure au malade du soulagement et modère les phénomènes inflammatoires. Dans le même ordre d'idées, on peut prescrire des sangsues au niveau du cou.

Il n'est pas rare que l'œsophagite s'accompagne de périœsophagite avec suppuration. Les applications émollientes sur le cou n'ont pas grande valeur. Nous déconseillons aussi la pratique de M. Mackenzie qui tente de provoquer la rupture de la collection purulente par le vomissement. Il est plus rationnel, sinon moins dangereux, de recourir à l'opération chirurgicale.

Il existe de rares observations de *lésions syphilitiques* de l'œsophage. Au début, on ne peut obtenir la guérison par l'administration de l'iodure de potassium à haute dose. Mais, au bout d'un certain temps, le tissu syphilitique fait place à un tissu de cicatrice et le traitement commun à tous les rétrécissements de l'œsophage lui est applicable.

Contre la *tuberculose* de l'œsophage, on ne peut guère appliquer qu'un traitement palliatif. Les injections sous-cutanées de morphine calmeront les douleurs intenses de la déglutition.

L'actinomyose est justiciable de l'iodure de potassium.

Enfin, l'ulcère rond réclame le régime lacté et le même traitement que l'ulcère rond de l'estomac que nous exposerons ultérieurement.

Dans tous les cas, le médecin devra surveiller avec soin les malades atteints d'œsophagite. D'une façon souvent assez précoce il se produit un rétrécissement, qu'il importe de soigner dès le début.

M. SOUPAULT.

SPASME DE L'ŒSOPHAGE

Nous nous occupons ici de la constriction du canal œsophagien se produisant sous l'influence de causes diverses, mais indépendantes de toute lésion matérielle des parois de ce canal.

Traitement pathogénique. — Le spasme de l'œsophage peut être primitif ou secondaire, étant dans ce cas d'origine réflexe. Cette division pathogénique est très importante au point de vue thérapeutique, et nous devons y insister un peu longuement.

Le spasme *primitif* se montre chez les névropathes, hystériques, neurasthéniques ou autres. Le médecin, dans ces cas, doit s'appliquer à la fois à vaincre les spasmes et à modifier le terrain névropathique.

Mais, souvent, le spasme de l'œsophage est *secondaire*. Le point de départ du réflexe qui lui donne naissance peut siéger non seulement dans le tube digestif, mais dans tous les organes : mauvais état de la bouche et des dents, angines aiguës ou chroniques, maladies diverses de l'estomac, troubles intestinaux, vers intestinaux, entéroptose, néphroptose, troubles utérins, etc., etc., de

sorte qu'en présence d'un malade atteint d'œsophagisme, l'enquête du médecin doit porter sur tous les organes : en effet, tout traitement qui ne tient pas compte de la lésion primitive reste incomplet et inutile ; par contre, de nombreux exemples ont été rapportés où le seul traitement causal a donné de bons résultats. Donc, pour conclure, rechercher et traiter avant tout la cause de l'œsophagisme.

Traitement symptomatique. — Contre l'œsophagisme lui-même, que faire ?

a. Le terrain *névropathique* sur lequel il se développe presque toujours exige l'emploi des nervins. Les préparations de *belladone* étaient très recommandées par Trousseau. Le *bromure de potassium*, le *valérianate d'ammoniaque* seront prescrits avec avantage. L'*eau chloroformée* donne de bons résultats. Quand ces substances auront échoué, on aura recours à l'*opium* et à la *morphine* en potion. Les piqûres de morphine seront réservées pour les cas d'urgence ou pour diminuer le spasme immédiatement avant le cathétérisme.

L'*hydrothérapie* sous toutes ses formes et dont les modes d'application varient avec les susceptibilités individuelles constitue un adjuvant très utile de la médication interne.

La *suggestion* ne devra être employée que prudemment ; elle constituera une ressource ultime dans les cas graves où toute autre médication aura échoué.

b. Le *cathétérisme de l'œsophage* est vanté par tous les auteurs depuis Mondière.

La sonde donne, en effet, de très bons résultats, à condition d'être bien maniée. Il faut agir avec douceur, sans violence, essayer de vaincre lentement le spasme ; des tentatives brutales risqueraient au contraire d'exagérer la constriction de l'œsophage.

La *dilatation* de ce conduit peut être faite, soit en une séance, à la façon des rétrécissements cicatriciels, par le passage de sondes de plus en plus grosses ; soit en plusieurs séances, en employant chaque fois des sondes plus volumineuses.

Tous les types d'instruments peuvent être employés. Nous renvoyons pour les détails au chapitre des *Rétrécissements de l'œsophage* où nous avons décrit les modèles de sondes en usage.

Le spasme de l'œsophage une fois vaincu, il importe de surveiller attentivement les malades. Les résultats, en effet, sont absolument variables suivant les cas. Quelquefois un seul cathétérisme suffit ; d'autres fois il faut plusieurs séances. Quelques malades, enfin, chez lesquels la sonde passe facilement, ne peuvent avaler que difficilement les liquides et les solides, d'où la nécessité d'installer systématiquement, pendant des périodes plus ou moins longues, l'alimentation artificielle. Enfin, il faut savoir que les récidives sont

fréquentes et que les malades devront être traités sérieusement à la moindre alerte, les différentes crises d'œsophagisme n'étant pas toujours forcément identiques à elles-mêmes ni comme intensité, ni comme durée.

Quelques auteurs ont recommandé l'électrisation dans le traitement du spasme de l'œsophage. Théoriquement et pratiquement nous n'en sommes pas partisans.

M. SOUPAULT.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGÉ

Les rétrécissements de l'œsophage, si l'on en excepte les rétrécissements cancéreux, sont d'origine inflammatoire et constitués par la rétraction progressive d'un tissu de cicatrice dont l'origine est des plus variables (plaie, traumatisme, corps étrangers, ingestion de liquides brûlants ou caustiques ; plus rarement syphilis, ulcère rond de l'œsophage, etc.).

On peut, dans l'évolution de ces lésions, quelles qu'elles soient, décrire deux phases : une *période de début* où l'inflammation à l'état aigu donne lieu à des troubles fonctionnels, intermittents, quoique plus ou moins intenses, et une *période d'état*, constituée anatomiquement par l'oblitération du conduit, et cliniquement par une dysphagie progressive aboutissant à l'inanition si l'on n'intervient pas. Selon sa nature, la lésion arrive plus ou moins rapidement à sa dernière phase : les rétrécissements par ingestion de liquides caustiques se constituent avec une excessive rapidité ; les plaies, la syphilis, l'ulcère rond ont une évolution beaucoup plus lente. Quoi qu'il en soit, de cette évolution en deux temps résultent deux séries d'indications.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Dans la première période, il faut s'efforcer par un traitement prophylactique de s'opposer à la constitution du rétrécissement.

Les *lésions syphilitiques* au début, à la période d'infiltration, peuvent rétrocéder sous l'influence du traitement spécifique. Il est vrai que les rétrécissements de cette nature sont rares. Il importera néanmoins de toujours y penser.

L'*ulcère* de l'œsophage doit également être étroitement surveillé

pendant son évolution. Une fois les douleurs calmées et la période aiguë passée, on surveillera avec grand soin les malades, et aux premiers signes de dysphagie, le cathétérisme sera méthodiquement pratiqué.

La présence de *corps étrangers* dans l'œsophage amène presque infailliblement des ulcérations qui, en se cicatrisant, peuvent causer le rétrécissement. Les *brûlures* produites soit par des liquides trop chauds, soit par des liquides corrosifs, sont aussi toujours suivies de rétrécissement. Les malades ayant présenté ces accidents seront donc surveillés pendant longtemps. Il est bon, dès que les phénomènes aigus sont passés, de faire systématiquement des séances répétées de cathétérisme, afin de prévenir la création d'un rétrécissement infranchissable. On peut de cette façon s'opposer dans un grand nombre de cas à la constitution d'un rétrécissement serré dont le traitement est beaucoup plus difficile et très pénible pour le malade.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Une fois le rétrécissement constitué, il faut chercher à le dilater, ce qui n'est pas toujours très facile.

Dilatation. — Pour cette opération, on se sert d'instruments de divers modèles. Le plus communément employé consiste en une tige de baleine au bout de laquelle peuvent se visser des olives de différents calibres. Il a l'inconvénient de fatiguer les malades à cause de l'obligation de retirer et de réintroduire la sonde à plusieurs reprises. M. Duguet a fait construire une tige de fer qui se renfle graduellement en base de cône et dont le renflement correspond à la largeur de la partie supérieure de l'olive. Velpeau se servait d'une tige comprenant plusieurs renflements de plus en plus volumineux. L'instrument de Verneuil se compose d'une tige d'acier sur laquelle sont enfilées des olives de dimensions croissantes. L'extrémité de la tige est mince afin de pouvoir pénétrer dans les rétrécissements de faible calibre.

Ces instruments, commodes lorsque les rétrécissements ne sont pas trop marqués, sont insuffisants en cas de rétrécissements trop serrés. De plus, ils ne permettent pas une dilatation douce et lentement progressive. On donne actuellement la préférence aux bougies cylindro-coniques construites sur le modèle des bougies urétrales. M. Bouchard a fait construire des bougies de dimensions diverses permettant de franchir les rétrécissements de tous calibres.

Ce sont des instruments fort simples et très commodes. En Allemagne, Leube, Schreiber, Reichmann ont inventé des modèles de sonde qui une fois placés dans l'intérieur du rétrécissement peuvent se dilater par la pression de l'air ou de l'eau. La dilatation serait plus régulière et se ferait lentement, graduellement, sans à-coups.

Nous donnerons à titre de document la description de la sonde de Schreiber telle qu'elle est décrite par Penzoldt.

On adapte à l'extrémité supérieure d'une bougie creuse un ajutage métallique communiquant avec un corps de pompe. Puis on coupe l'extrémité inférieure de cette bougie et l'on y introduit une tige de baleine qui dépasse cette extrémité de 2 centimètres et demi. L'extrémité de la tige de baleine est enduite de cire. On lie solidement sur cette petite baleine d'une part, et d'autre part sur l'extrémité inférieure de la bougie un petit sac de caoutchouc dilatable.

Pour l'usage on introduit la sonde jusqu'à ce qu'on sente l'obstacle, puis on introduit de l'eau dans le robinet. Il se produit une dilatation du tube en caoutchouc qui refoule excentriquement la partie de l'œsophage située immédiatement en dessus du rétrécissement, dont l'orifice supérieur, s'ouvrant aussi, devient plus facilement accessible. En continuant à pousser l'appareil, on pénètre dans le rétrécissement, qu'on dilate lentement en augmentant la distension du tube de caoutchouc par la pression de l'eau. Cette pression est facile à régler par les mouvements de piston de la pompe.

Quoique Schreiber et beaucoup d'auteurs allemands disent avoir obtenu avec cet appareil de bons résultats, nous trouvons moins compliqués et aussi efficaces les instruments usités en France.

Quel que soit l'instrument dont on se serve, la dilatation doit se faire lentement, en plusieurs séances, et ne doit pas être poussée trop loin à chaque séance.

À chaque cathétérisme, l'instrument sera laissé en place durant cinq à huit minutes. On aura soin pendant ce temps de faire pencher en avant la tête des malades afin de favoriser l'écoulement de la salive hors de la bouche.

Les séances seront répétées tous les deux ou trois jours.

Une fois la dilatation suffisante obtenue, le traitement ne sera pas absolument suspendu. La sonde doit être introduite une fois par mois : c'est le seul moyen de s'opposer aux récidives.

La méthode que nous venons d'indiquer est la moins dangereuse et la plus efficace.

Le Fort avait préconisé la dilatation immédiate et progressive, consistant à forcer le rétrécissement en une seule séance.

Dans quelques cas, lorsque les rétrécissements sont très serrés et que l'on a eu du mal à les franchir, on peut être amené à laisser le cathéter à demeure pendant vingt-quatre à quarante-huit heures.

Méthodes chirurgicales. — Nous ne citerons que pour mémoire les autres méthodes usitées dans le traitement des rétrécissements œsophagiens. Ce sont des méthodes chirurgicales.

L'électrolyse, la cautérisation ont pour but de creuser un canal à travers un rétrécissement trop serré.

Par l'œsophagotomie interne, on cherche à sectionner des tissus trop compacts et difficilement dilatables.

L'œsophagotomie externe permet l'alimentation du malade, en ouvrant une voie aux aliments au-dessous de la partie rétrécie. Elle n'est possible que pour les rétrécissements situés très haut. C'est d'ailleurs une opération difficile et peu usitée. On pratique de préférence aujourd'hui la gastrostomie, ou bouche stomacale, dont les risques opératoires sont modérés et qui donne des survies indéfinies.

M. SOUPAULT.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Le cancer de l'œsophage se caractérise anatomiquement par l'oblitération de cet organe, et cliniquement par une dysphagie progressive à marche rapide, conduisant en peu de temps le malade à l'inanition. C'est ce symptôme essentiellement pénible qui domine la scène pathologique et qui doit avant tout préoccuper le médecin. La douleur est en général peu prononcée. Les autres symptômes (compression, perforation, etc.) sont des complications ultimes dont nous n'aurons à dire que quelques mots, et qui sont, pour la plupart, au-dessus des ressources de l'art.

Les divers moyens thérapeutiques à opposer à la dysphagie par cancer peuvent être répartis en trois groupes : médicaments, moyens physiques, opérations chirurgicales.

HYGIÈNE ET MÉDICAMENTS. — Les ressources de l'hygiène thérapeutique et de la pharmacopée ne sont pas aussi inutiles qu'on serait tenté de le croire dans cette affection. Pour en bien comprendre les indications, il importe de se rendre compte du mécanisme de la dysphagie dans le cancer de l'œsophage.

Cette dysphagie, la clinique nous l'enseigne, tout en étant progressivement croissante, varie souvent dans son intensité d'un jour ou d'une heure à l'autre. D'autre part, à l'autopsie d'un cancer de l'œsophage ayant causé la mort par inanition, on est souvent surpris de voir, au sein de la tumeur, un conduit perméable assez large. On est donc porté à incriminer une disposition passagère tendant à

exagérer momentanément l'oblitération. Cette condition peut se trouver sous l'influence de deux facteurs : un spasme surajouté, et des troubles circulatoires venant exagérer le volume de la néoplasie. Or, si nous ne pouvons faire rétrocéder la tumeur, nous pouvons tout au moins remédier à ces troubles fonctionnels. Pour cela nous avons à notre service plusieurs moyens.

I. — Le repos au lit est à recommander dans les périodes d'exacerbation : il a un effet remarquable, quoique la raison en soit difficile à donner. Le régime alimentaire doit être surveillé. Le malade ne doit prendre que des aliments liquides ou en purée très claire. L'usage d'aliments solides ou simplement pâteux irrite l'œsophage et la tumeur : il en résulte une inflammation œdémateuse qui gonfle les tissus et augmente notablement l'obstruction du conduit. Enfin, il arrive souvent, et les malades en font eux-mêmes la remarque, qu'à la suite d'une tentative d'alimentation solide, le rétrécissement se bouche et que toute ingestion, même d'eau, devient impossible pendant plusieurs jours.

II. — Le traitement médicamenteux doit chercher à remplir deux indications : diminuer le spasme, combattre l'inflammation.

a. Contre le spasme, nous avons souvent fait usage avec grand succès de la solution suivante, couramment usitée dans le service de M. Mathieu :

Chlorhydrate de morphine.....	0 ^{gr} ,05
— de cocaïne.....	0 ^{gr} ,10
Eau distillée.....	100 grammes.

dont on prescrit une cuillerée à café avant chaque ingestion alimentaire.

Rosenheim recommande une formule analogue :

Chlorhydrate de morphine.....	0 ^{gr} ,005
— de cocaïne.....	0 ^{gr} ,0025
Antipyrine.....	0 ^{gr} ,10
Sucre.....	0 ^{gr} ,30

Mêlez. — Pour une pastille. — Laissez fondre lentement dans la bouche une ou deux de ces pastilles avant chaque repas.

b. La seconde indication, diminuer l'inflammation et l'irritation de la muqueuse, est bien remplie par l'usage du chlorate de soude. On sait que ce médicament a été préconisé par M. Brissaud d'abord, puis par MM. Huchard, Mathieu, etc., comme ayant une très heureuse influence sur l'évolution des cancers du tube digestif. J'en ai souvent aussi constaté les très bons effets dans le cancer de l'estomac. Sans vouloir ici discuter son mode d'action encore mal élucidé, je puis affirmer son efficacité tout à fait remarquable dans le cancer de