

pour peu que l'affection soit aiguë, la douleur existe dans l'immobilité la plus complète. La dysphagie est considérable; le malade arrive à ne pouvoir plus rien déglutir, bien que le canal reste perméable au passage d'une bougie.

Il y a de la fièvre, de la raideur du cou, quelquefois de la toux, généralement des altérations de la voix.

La *marche* est le plus souvent rapide.

Le *pronostic* varie suivant que l'abcès est circonscrit ou diffus.

Lorsque l'abcès est *circonscrit*, il s'ouvre ordinairement dans l'œsophage; le pus est rejeté sous forme de vomiturition et le malade guérit. Dans quelques cas rares, l'abcès a pointé vers la racine du cou et a été ouvert par le chirurgien. Ces abcès circonscrits ont été principalement observés à la suite des corps étrangers de l'œsophage.

Lorsqu'au contraire il s'agit d'une *inflammation diffuse* on peut observer tous les accidents qui accompagnent les suppurations étendues du médiastin, la perforation de la plèvre, du péricarde, etc.

Diagnostic. — On peut confondre la périœsophagite avec l'*hydrophobie*; mais dans la périœsophagite la terreur des liquides n'existe pas; avec certaines *péricardites*, on n'a pas les signes physiques de l'inflammation du péricarde. L'*œsophagite* se distingue par la fixité moindre de la douleur, le degré moins prononcé de la dysphagie, le flux constant de salive qui l'accompagne. Les *abcès péripharyngiens* sont caractérisés par les résultats que donne l'examen direct. C'est en s'appuyant sur ces divers symptômes qu'on établit le diagnostic différentiel théorique de la périœsophagite. En pratique, ce diagnostic est, en réalité, des plus difficiles; on y songe bien quelquefois en présence de certaines conditions étiologiques; mais le plus souvent la maladie est méconnue, et même, lorsqu'elle s'accompagne de symptômes respiratoires un peu marqués, elle est prise pour *affection de l'arbre aérien*.

Traitement. — Exceptionnellement on a pu, par une incision faite le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien, arriver jusqu'à l'œsophage et ouvrir directement la collection purulente. Le plus souvent, vu le siège profond de l'abcès, on s'en est tenu à des applications émollientes sur le cou, alimentant les malades soit par la sonde, soit à l'aide de lavements. M. Mackenzie a prescrit des vomitifs dans l'espoir d'amener la rupture de la poche. Il nous semblerait plus rationnel, dans les cas où l'on aurait un diagnostic certain, d'aller à la recherche du foyer purulent, en pénétrant dans le médiastin après avoir réséqué la partie postérieure du corps des 4^e, 5^e et 6^e côtes⁽¹⁾.

Dans quelques cas, le chirurgien, pour parer à des accidents de suffocation, est obligé de faire la trachéotomie; le plus souvent, du reste, en pareille circonstance, le diagnostic n'a pas été fait et l'on a cru à un œdème de la glotte.

⁽¹⁾ Voy. plus haut, p. 517, le résultat des recherches que nous avons entreprises à cet égard avec M. Quénu.

V

SYPHILIS DE L'ŒSOPHAGE

Les lésions syphilitiques de l'œsophage, encore peu connues, ont cependant été l'objet d'un certain nombre de travaux.

BILLARD, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1855, p. 507. — BERKELEY HILL, *Syphilis and local contagions disorders*, 1868, p. 127. — REIMIER, *Syphilis. Jahrbuch f. Kinderheilk.*, Leipzig, 1876, t. X, p. 98. — LABOULBÈNE, *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*, Paris, 1879, p. 96. — LABLINSKI, *Berliner klin. Woch.*, 1885, n^o 53 et 54. — POTAIN, Rétrécissement syphilitique de l'œsophage. *Journal de méd. et de chir.*, Paris, 1887, t. LVIII, p. 555, et *Semaine méd.*, Paris, 1887, p. 261. — Consulter en outre la bibliographie des Rétrécissements.

Ces lésions, contrairement à celles du pharynx, sont rares; d'après M. Mackenzie, elles ne se développeraient guère dans ce canal que lorsqu'une maladie antérieure ou un traumatisme y a constitué un *locus minoris resistentiæ*.

On les observe surtout dans la période tertiaire de la syphilis acquise, exceptionnellement dans la syphilis congénitale, où elles ont cependant été signalées par Billard, Stoffen et Reimier.

Elles consistent en ulcérations de la muqueuse ou en dépôt gommeux, susceptibles eux-mêmes de s'ulcérer et de donner, comme les premières, naissance à des cicatrices rétractiles. Dans quelques cas, les dépôts gommeux se bornent à épaissir la muqueuse; par leur transformation fibreuse, ils arrivent alors à constituer des lésions qui, au dire de West, rappelleraient beaucoup l'aspect des vieux rétrécissements urétraux.

Le *symptôme* capital est la dysphagie qui, d'abord assez notable pendant la période d'ulcération, s'amende ensuite, pour reparaître quand le rétrécissement se constitue.

Le *diagnostic* est extrêmement difficile et ne peut guère être que soupçonné lorsqu'on se trouve en présence d'un syphilitique, et que la dysphagie, après avoir disparu par le traitement spécifique, reparaît au bout d'un temps plus ou moins long.

Le *pronostic* est grave à cause du rétrécissement consécutif, que l'on doit toujours craindre en présence d'une pareille lésion.

Le *traitement* est, au début, le traitement général de la syphilis. Carl Berger a obtenu par le traitement interne la guérison d'un rétrécissement siégeant au voisinage du cardia⁽¹⁾. Lorsque la coarctation fibreuse est constituée, il faut avoir recours aux moyens habituellement employés contre les rétrécissements.

⁽¹⁾ BERGER (Carl), Ueber einen seltenen Fall von Oesophagusstenose. *Deutsche med. Woch.*, 1896, p. 509.

VI

TUBERCULOSE DE L'ŒSOPHAGE

On peut voir se développer des lésions tuberculeuses soit dans l'épaisseur même des tuniques de l'œsophage, soit dans le tissu cellulaire périœsophagien.

ANDRAL, *Précis d'anatomie pathologique*, Paris, 1829, t. II, p. 274. — MAISONNEUVE, *Clinique chir.*, Paris, 1864, t. II, p. 410. — PAULICKI, Eine seltener vielleicht tuberculose Ulceration des Œsophag's. *Virchow's Arch.*, Berlin, 1868, Bd. XLIV, p. 375. — KNOTT, *Pathology of the Œsophagus*, Dublin, 1878, p. 215. — LABOULBÈNE, *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*, Paris, 1879, p. 95. — LEMAISTRE (Prosper), Contribution à l'étude pathologique des ganglions de l'œsophage, tuberculose, rétrécissements de l'œsophage, gangrène du poumon. *Journal de la Soc. méd. de Limoges*, février 1885. — MAZOTTI (L.), Delle alter. dell' œsophago nella tuberculosi. *Riv. clin. di Bol.*, janvier 1885. — BARRAL (G.), *Des diverses variétés de rétrécissement de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1885-1886, n° 270. — ZEMANN, Tuberculose de l'œsophage. *Bull. de la Soc. imp. méd. de Vienne*, et *Semaine méd.*, 1886, p. 505. — MOSNY, Œsophage perforé par un ganglion tuberculeux. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 30 mars 1888, p. 561. — ZENKER, *Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1895, t. LV.

1° *Tuberculose œsophagienne*. — On ne possède qu'un nombre restreint d'observations de tuberculose œsophagienne. Cette rareté ne serait qu'apparente pour quelques-uns qui pensent que l'affection est souvent méconnue; elle serait réelle pour d'autres qui attribuent la rareté de l'infection tuberculeuse de l'œsophage soit, avec Weischelbaum, à ce que les matières infectantes ne font que traverser rapidement ce canal, soit, avec Schaschmann, à ce que celui-ci est protégé par un épithélium épais et résistant. La question ne pourrait être tranchée que par l'examen méthodique de l'œsophage dans toutes les autopsies de tuberculeux. Un fait intéressant de Breus semble établir que la tuberculose peut se greffer sur une ulcération vulgaire de l'œsophage⁽¹⁾.

Les lésions observées ont consisté en ulcérations, le plus souvent multiples, grisâtres, quelquefois jaunâtres, recouvertes d'une bouillie granuleuse; Follin dit avoir vu des tubercules dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Le plus souvent les lésions occupent la partie inférieure de l'œsophage; elles peuvent s'accompagner d'une infiltration telle du tissu cellulaire sous-muqueux qu'il en résulte un rétrécissement notable du conduit et que macroscopiquement on puisse croire à une néoplasie cancéreuse; le microscope seul permet alors d'établir avec certitude leur nature.

Les *symptômes* sont difficiles à analyser, la lésion tuberculeuse de l'œsophage étant accompagnée et, pour ainsi dire masquée, par des manifestations tuberculeuses diverses soit du côté du tube digestif, de l'intestin le plus souvent, soit du côté des organes respiratoires. Le symptôme capital est la dysphagie qui, d'après M. Mackenzie, ne serait pas aussi régulièrement progressive que dans le cancer.

Le *diagnostic* avec cette dernière affection est des plus difficiles, le cancer de l'œsophage se compliquant très souvent à une certaine période de lésions

⁽¹⁾ Le malade de Breus, phthisique, avait antérieurement avalé de la potasse caustique.

tuberculeuses pulmonaires. On s'appuiera sur l'âge du malade, en général plus avancé dans le cancer, sur la teinte jaune paille, enfin sur ce fait que, dans le rétrécissement tuberculeux, c'est la lésion pulmonaire qui apparaît la première. Mais ces signes sont incertains et l'erreur ne peut guère être évitée; on l'a vue persister même à l'amphithéâtre, et l'examen histologique seul montrer la nature exacte des lésions⁽¹⁾.

Il n'y a guère à instituer contre la tuberculose œsophagienne qu'un *traitement* symptomatique. Les injections sous-cutanées de morphine sont d'une grande utilité pour calmer les douleurs intenses de la déglutition.

2° *Tuberculose périœsophagienne*. — Nous nous contenterons d'une simple mention pour les dépôts tuberculeux que l'on a, dans quelques cas rares, observés dans le tissu cellulaire périœsophagien (Laboulbène). Signalons encore les abcès froids venus d'adénopathies trachéo-bronchiques, ou plus souvent d'un mal de Pott; ils ne présentent rien de bien particulier à la région.

VII

ACTINOMYCOSE DE L'ŒSOPHAGE

L'*actinomyose secondaire* de l'œsophage a été constatée à l'autopsie de malades atteints d'actinomyose cervicale ou thoracique. L'*actinomyose primitive*⁽²⁾ n'a été que peu étudiée jusqu'ici. Il est possible cependant que certaines actinomyoses thoraciques aient eu pour point de départ une inoculation au niveau de la muqueuse œsophagienne; des faits de Velter, de Poncet semblent le prouver. Il est, en tout cas, manifeste que quelquefois l'actinomyose œsophagienne peut succéder à une lésion directe de la muqueuse, par un épi de blé par exemple, comme dans les faits de Voltmann et de Bertha.

Les lésions occupent le plus ordinairement la moitié supérieure du conduit; elles consistent en ulcérations, lésions phlegmoneuses partielles, fistules, fonte et caséification du tissu cellulaire prévertébral où l'on trouve un pus visqueux, jaune soufre, contenant des grains d'actinomyocètes. Le mal peut s'étendre aux os, à la trachée, au péricarde, et même au myocarde, aux plèvres et aux poumons.

Le début est généralement insidieux; on l'a cependant vu marqué par une poussée d'œsophagite aiguë, à la suite de l'ingestion d'un épi de blé.

La maladie constituée se caractérise par une dysphagie qui va progressivement en augmentant sans cependant aller jamais jusqu'à l'impossibilité de la déglutition des liquides. L'exploration fait quelquefois constater, mais non toujours, un point rétréci ou douloureux et la boule peut ramener du pus. En même temps apparaissent des symptômes de voisinage: tuméfaction du cou, formation d'abcès, toux, signes de bronchite, de bronchopneumonie, de pleu-

⁽¹⁾ Cas de Barral, examiné par Sapelier. (BARRAL, *loc. cit.*, p. 26.)

⁽²⁾ HENRI GARDE, *De l'actinomyose œsophagienne*. Thèse de Lyon, 1895-1896, série I, n° 1220.

résie ou même de tuberculose au début. Il y a de l'amaigrissement et finalement de la cachexie.

La présence de symptômes disséminés à allure bizarre fait soupçonner la nature de la lésion. La dysphagie, la douleur, les résultats du cathétérisme, la nature des abcès qui viennent s'ouvrir à l'extérieur, l'examen du pus contenant de petits grains jaunes, blancs ou noirâtres, la multiplicité des fistules, le mélange de lésions inflammatoires et néoplasiques sont autant de signes qui, par leur réunion, permettent de faire le diagnostic.

Le **traitement** doit être prophylactique⁽¹⁾ et curatif. Ce dernier sera surtout médical et consistera dans l'administration de l'iodure de potassium, 2 à 4 grammes par jour, l'intervention chirurgicale étant bornée aux manifestations extérieures (ouverture, curettage et drainage des abcès).

VIII

VARICES DE L'ŒSOPHAGE

DUSAUSSAY, *Des varices œsophagiennes*. Thèse de Paris, 1877, n° 60. — DURET, Note sur la disposition des veines du rectum et du système porte. *Progrès méd.*, Paris, 1877, t. V, p. 304. — GIRODE, Varices de l'œsophage. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1888, p. 470. — LETULLE, Les varices de l'œsophage dans l'alcoolisme chronique. *Méd. mod.*, Paris, 1890, p. 895.

Les *varices de l'œsophage* ne nous arrêteront pas. Il s'agit là d'une affection médicale, caractérisée par des hématomés et liée, le plus souvent, à une dilatation des veines œsophagiennes, destinée à permettre le retour du sang veineux abdominal lors d'obstacle au cours du sang dans le système porte; cette dilatation est souvent favorisée par l'existence de lésions inflammatoires chroniques des parois veineuses relevant de la même cause que la cirrhose hépatique, l'alcoolisme le plus souvent.

IX

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

Nous décrirons sous le nom de *rétrécissement de l'œsophage* un état pathologique constitué par une altération permanente et progressive des parois de ce canal, diminuant son calibre, l'effaçant sans l'obstruer, causant des troubles fonctionnels variés et cependant susceptible de transformations régressives par un traitement approprié.

Cette définition élimine les compressions, les spasmes, les diminutions de calibre du conduit liées à des vices de conformation congénitaux, au cancer, à la tuberculose, etc. Certes, il y a une ressemblance clinique considérable entre les rétrécissements, tels que nous les comprenons, et les cancers qui

(1) Voy. t. II, p. 905.

obstruent l'œsophage; mais, quelles qu'elles soient, ces ressemblances s'effacent devant ce grand fait que les lésions du rétrécissement sont susceptibles de régression.

MONDIÈRE (J.-T.), Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1851, 1^{re} série, 9^e année, t. XXV, p. 358. — GENDRON, Sur les rétrécissements de l'œsophage et leur traitement. *Gaz. méd.*, 1847, p. 197. — FOLLIN, *Des rétrécissements de l'œsophage*. Thèse d'agrég. de Paris, 1853. — WEST (James F.), On syphilitic stricture of the œsophagus. *Dublin quarterly Journal of med. sc.*, 1860, t. XXIX, p. 86, et t. XXX, p. 29. — BÉHIER, Rétrécissements de l'œsophage. *Confér. de clin. méd.*, Paris, 1864, p. 51. — ROUSSELOT-BAULIEU, *Des rétrécissements de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1864. — MANSIÈRE, *Des rétrécissements intrinsèques de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1865. — DOLBEAU, Œsophagotomie interne. *Bulletin de la Soc. de chir.*, Paris, 1870, 2^e série, t. XI, p. 105. — TRÉLAT (U.), Œsophagotomie interne. *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1870, t. XXXV, p. 241. — DUPLAY, De l'œsophagotomie. *Arch. gén. de méd.*, 1871, t. I, p. 195. — PODRAZKI, Stricture œsophagi, Œsophagotomie. *Tod. Wiener med. Woch.*, 1875, n° 35, 36, p. 773, 812, 851. — BOURDON, *Des rétrécissements de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1876, n° 254. — BRYK, Narbige Striktur des Œsophagus, Œsophagotomie. *Wiener med. Woch.*, 1877, p. 961, 987, 1011, 1055, 1068, 1084. — FUGIER, *Étude sur le traitement et le pronostic des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1877, n° 117. — L.-H. PETIT, Traité de la gastrostomie. Paris, 1879. — DU MÊME, *Ibidem*. *Revue des sc. méd.*, Paris, 1880, t. XVI, p. 746. — NEKKACH (Mohamed), *Sur les rétrécissements de l'œsophage et le cathétérisme de cet organe par la sonde Collin*. Thèse de Paris, 1880, n° 255. — BIDAU (J.-A.), *De l'œsophagotomie contre les rétrécissements de l'œsophage*. Thèse de Bordeaux, 1881, n° 17. — ROE, On internal œsophagotomy. *New York med. Record*, 11 novembre 1882, t. II, p. 556 et 561. — MAYDL (C.), Ueber Gastrostomie. *Wiener med. Blätter*, 1882, p. 681, 715, 747. — SCHILTZ, Ueber Œsophagotomia interna. *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 764 et 779. — BOECKEL (E.), De l'électrolyse dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1885, p. 15. — FREY, *Étude sur les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et leur traitement*. Thèse de Paris, 1885, n° 544. — MORELL MACKENZIE, Gastrostomy, œsophagotomy, and internal œsophagotomy in the treatment of stricture of the œsophagus. *Amer. Journal of med. sc.*, Philadelphia, April 1885, new serie, t. LXXXV, p. 420. — SANDS (H.-B.), On the value of internal Œsophagotomy in the treatment of cicatricial stricture. *New York med. Journal*, 9 et 25 février 1884. — VERNEUIL, Traitement des rétrécissements de l'œsophage. *Revue de chir.*, 1884, t. IV, p. 905. (Congrès de Copenhague.) — GROSS (de Philadelphie), Treatment of stricture of the œsophagus. *Amer. Journal of med. sc.*, juillet 1884, p. 69. — TERRILLON, Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. *Progrès méd.*, Paris, 1884, t. XII, p. 161. — COHEN (Marcel), *De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1884-1885, n° 165. — TERRILLON, Sur le rétablissement de la perméabilité de l'œsophage après la gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel. *Bull. gén. de thérap.*, 50 août 1885, t. CXIV, p. 175. — CAPONOTTO (Amedeo), La gastrostomia come prezzo di cura degli stringimenti esofagei. *Giorn. d. Accad. d. med.*, Turin, janvier-février 1885. — BARRAL (G.), *Des diverses variétés du rétrécissement de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1885-1886, n° 270. — MAYDL, Ueber ein neues Verfahren der Dilatation von Narbenstrikturen des Œsophagus. *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1886, p. 289. — MAC CORMAC (William), Cicatr. strict. of the œsoph. treated by gradual and afterwards by forcible dilat. *The Lancet*, London, 1886, t. I, p. 191. — STROENE, Traitement des rétrécissements par l'électrolyse. *Treizième Congrès de méd. et natur. scandinave*, Christiania, 1886, et *Sem. méd.*, 1886, p. 519. — FRANK, Dilatation der Œsophagusstrikturen. *Wiener med. Blätter*, 1887, n° 47. — KENDAL FRANKS, On fibrous stricture of the œsophagus. *Annals of surgery*. Saint-Louis, 1890, t. II, p. 521. — HACKER (R. von), Ueber die nach Verätzungen entstehenden Speiseröhren-Verengerungen. Wien, 1890. — HERMANN, *Études sur les rétrécissements de l'œsophage d'origine syphilitique*. Thèse de Paris, 1890-1891, n° 24. — HACKER (R. von), Zur Statistik und Prognose der Verätzungen des Œsophagus und der im Gefolge derselben entstehenden Stricturen. *Arch. für clin. Chir.*, 1895, t. XLV, p. 605. — BUSS (O.), Zur Ätiologie der Œsophagusstrikturen, zugleich ein Beitrag zur Entstehung des Pneumothorax durch innerliches Trauma. *Deutsche med. Woch.*, 6 juin 1895. — GASTREICH (R.), *Zur Behandlung der narbigen Speiseröhrenverengung*. Inaug. Dissert. Kiel, 1896. — BOZZI (ERNESTO), Die Plastik der cardia bei Marbenstrikturen. *Beiträge z. klin. Chir.*, Tübingen, 1897, t. XVIII, p. 417.

Étiologie. — Les rétrécissements de l'œsophage sont presque toujours cicatriciels et consécutifs à une destruction plus ou moins étendue des tissus. Ils peuvent succéder soit à des plaies, particulièrement à des plaies par armes à feu, ce qui est rare, soit à des ulcérations déterminées par la présence de corps étrangers, soit à des déchirures produites pendant l'extraction de ceux-ci. Le