

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. *Woch. Wiener med.*, 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. *Woch. Wiener med.*, 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

plus habituellement, ils sont la conséquence de la cicatrisation des lésions que produit l'ingestion de liquides bouillants ou caustiques.

On a incriminé certains médicaments, l'iode, le mercure, mais ces substances n'agissent que par l'intermédiaire d'une cautérisation, lorsqu'ils sont ingérés à l'état de teinture d'iode ou de sublimé corrosif par exemple. Le tartre stibié a cependant une action spéciale, il cause une pustulation particulière de l'œsophage, qui a été bien décrite par Laboulbène.

La diphtérie, la variole n'amènent de rétrécissement que par l'intermédiaire d'une ulcération. Le rétrécissement reste donc dans tous ces cas, le résultat d'un processus cicatriciel⁽¹⁾. Aussi la marche de l'affection est-elle rapide comme dans tous les rétrécissements cicatriciels, et voit-on le rétrécissement atteindre un degré excessif, devenir infranchissable en un temps relativement assez court de dix jours à six mois. A peine le malade a-t-il échappé aux premiers dangers de la lésion initiale que le rétrécissement s'établit.

Récemment, Debove a décrit des rétrécissements consécutifs à des ulcères simples de l'œsophage. Il distingue dans l'évolution de ces rétrécissements, qu'il appelle à tort primitifs, deux périodes. La première, qui répond à l'existence d'une ulcération, est caractérisée par de la douleur et des hématomésés; la deuxième, qui en réalité est la seule répondant au rétrécissement constitué, ne se traduit par des manifestations symptomatiques que plusieurs années après; la dysphagie est alors le symptôme prédominant⁽²⁾.

Dans quelques cas plus rares, le rétrécissement semble d'origine inflammatoire; il n'est alors que le résultat d'une œsophagite chronique dont on est obligé d'admettre le rôle pathogénique, lorsque le temps écoulé entre l'accident primitif et l'apparition des premiers symptômes de rétrécissement est trop long pour qu'on puisse supposer qu'il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel. Tel par exemple un cas de Langenbeck, où les premiers symptômes de rétrécissement se montrèrent neuf mois après l'ingurgitation d'un liquide trop chaud; tel un autre de Trendelenburg, où le rétrécissement n'apparut que douze ans après une diphtérie. Quelquefois enfin il s'agit d'œsophagites primitivement chroniques, de processus cirrhotiques chez des alcooliques, comme l'a dit Verneuil.

La syphilis enfin peut être incriminée dans la genèse de certains rétrécissements œsophagiens. Son action, niée autrefois par Follin, est aujourd'hui généralement admise⁽³⁾.

Anatomie pathologique. — Les rétrécissements occupent, dit-on, le plus souvent la partie moyenne de l'œsophage; cette assertion n'est vraie que pour les rétrécissements qui succèdent à la présence de corps étrangers, elle est inexacte pour ceux qui résultent de l'ingestion de liquides caustiques. Ces derniers, le plus souvent multiples, peuvent occuper toute la longueur de l'œsophage (voy. fig. 95); assez souvent ils siègent immédiatement au-dessus du cardia ou à la fois à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'œso-

⁽¹⁾ Trendelenburg a toutefois observé un rétrécissement consécutif à la diphtérie qui avait mis douze ans à évoluer. La lenteur du processus dans ce cas semble contredire l'hypothèse d'une cicatrice; il faudrait donc admettre la possibilité, dans certaines circonstances exceptionnelles, de rétrécissements inflammatoires chroniques à la suite de la diphtérie.

⁽²⁾ DEBOVE, De l'ulcère simple de l'œsophage et du rétrécissement consécutif de cet organe. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 9 avril 1885, 9 octobre 1885, 12 août 1887. — Ces rétrécissements ont été étudiés à l'étranger par Albert, Virchow, Rokitansky, Quincke.

⁽³⁾ Voy. plus haut: *Syphilis de l'œsophage*, p. 555.

phage, ce qui est peut-être en rapport avec ce fait aujourd'hui démontré que, lors de déglutitions successives, le liquide ne progresse pas par suite de mouvements péristaltiques, mais est brusquement projeté de l'extrémité inférieure du pharynx au cardia.

La forme de ces rétrécissements est celle d'un cylindre plus ou moins irrégulier, plus ou moins étendu. Leur orifice peut être excentrique, parfois très étroit, mais on n'a guère observé l'oblitération complète.

Au niveau du rétrécissement, les parois de l'œsophage sont épaissies; la tunique muqueuse a un aspect cicatriciel; la celluleuse est indurée, la musculuse est quelquefois hypertrophiée, à tel point que Follin voyait dans cette hypertrophie la cause habituelle des rétrécissements; son opinion, généralement rejetée aujourd'hui, vient d'être tout récemment reprise par Poncet (de Lyon) et par son élève Audry, qui ont décrit des rétrécissements par hyperplasie musculaire⁽⁴⁾.

Au microscope, on constate l'existence de tissu cicatriciel, disséminé sous forme de tractus irréguliers dans l'épaisseur des parois œsophagiennes. On a enfin signalé des dégénérescences secondaires cartilagineuses et même osseuses qui demanderaient, pour être admises définitivement, de nouveaux faits confirmatifs avec examen histologique.

Au-dessous du rétrécissement principal, on peut observer des rétrécissements secondaires qui dépendent de la même cause et ont une grande importance au point de vue des indications thérapeutiques, une opération exclusivement dirigée contre un rétrécissement haut placé, pouvant être insuffisante dans un grand nombre de cas.

Au-dessus du rétrécissement, les dilatations sont rares; Béhier faisait même à cet égard une opposition entre la rareté des dilatations dans les rétrécissements et leur fréquence dans le cancer; en réalité, dans ce dernier, il s'agit de destructions bien plus que de dilatations. West, Nicoladoni, etc., ont toutefois constaté l'existence de dilatations dans les rétrécissements. La muqueuse est enflammée et quelquefois ulcérée par suite de l'irritation locale qu'engendre le contact prolongé des aliments.

⁽⁴⁾ AUDRY, Sur les rétrécissements de l'œsophage par hyperplasie musculaire. *Bull. méd.*, Paris, 1888, p. 451. — Dans les deux cas qui font l'objet de son mémoire, il s'agissait d'un anneau voisin du cardia à peu près infranchissable. La muqueuse était à peu près saine, l'examen histologique montra que l'anneau était constitué par un mélange de tissu fibreux et de tissu musculaire.

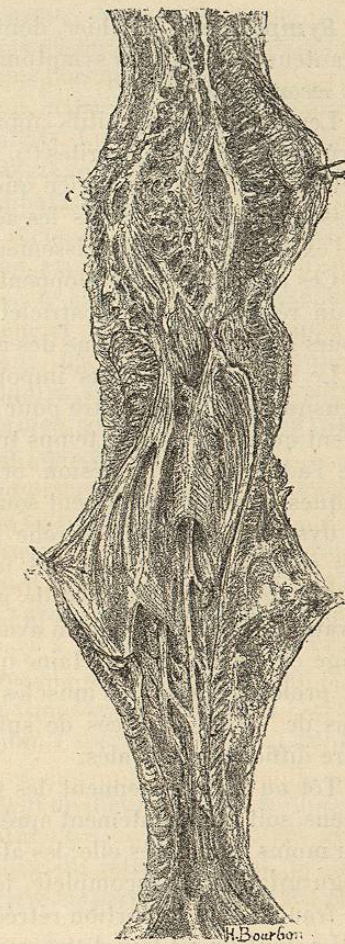


FIG. 95. — Rétrécissement de l'œsophage.

Sur cette pièce, déposée par M. Le Dentu au musée Dupuytren, on constate la diffusion des lésions si commune dans les rétrécissements.

En même temps que ces diverses lésions œsophagiennes, on observe quelquefois l'existence de lésions dans les parties voisines, lésions dues à des *péricœsophagites*. Celles-ci arrivent souvent à suppuration et donnent lieu à des collections purulentes qui s'ouvrent dans l'œsophage, la plèvre, le poumon, ou fusent dans le médiastin.

Symptômes. — Béhier, dont la description a été reproduite par bon nombre d'auteurs, divisait les symptômes des rétrécissements œsophagiens en *primitifs* et *secondaires*.

Les accidents primitifs appartiennent à l'histoire des corps étrangers, des brûlures, des œsophagites⁽¹⁾, etc.; ils ne sont pas plus les symptômes d'un rétrécissement œsophagien que la blennorrhagie n'est le symptôme d'un rétrécissement urétral. Seuls les accidents, dits par Béhier secondaires, répondent à l'existence d'un rétrécissement.

Ces accidents se développent au bout d'un temps variable, suivant qu'il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel ou d'un rétrécissement inflammatoire, de dix jours à des mois et même des années.

Le symptôme le plus important est la dysphagie. Celle-ci peut apparaître brusquement, disparaître pour reparaitre de nouveau et ne s'établir définitivement qu'au bout d'un temps très variable; cette marche exceptionnelle résulte de l'adjonction à la lésion organique de phénomènes congestifs et spasmodiques qui la compliquent souvent et troublent son évolution. Ordinairement la dysphagie suit une marche progressive; elle n'existe tout d'abord que pour les solides; les malades ont la sensation d'un arrêt en un point du conduit œsophagien, ils apportent de grandes précautions à la mastication et à l'insalivation des aliments, n'en avalent que très peu à la fois et activent leur passage en buvant une certaine quantité de liquide, en faisant des efforts violents et prolongés avec les muscles du pharynx. Ces manœuvres amènent quelquefois de véritables accès de suffocation. Les liquides finissent eux-mêmes par être difficilement avalés.

Tôt ou tard surviennent des vomissements dits pseudo-vomissements œsophagiens, soit immédiatement après l'ingurgitation des aliments, soit un temps plus ou moins long après elle; les aliments sont alors ramenés non altérés; parfois la régurgitation est incomplète, les aliments reprennent leur marche descendante et franchissent la portion rétrécie.

La douleur est loin d'être constante; elle n'existe guère en l'absence de périœsophagite et ne se montre que pendant la déglutition.

Marche. — Complications. — Terminaisons. — La *marche* du rétrécissement de l'œsophage est essentiellement progressive et la dysphagie finit par devenir absolue; aussi l'inanition est-elle rapide. Le malade est en proie à toutes les sensations pénibles de la faim qui est progressive et à celles encore plus terribles de la soif, qui éclate le plus souvent avec brusquerie. Aussi la mort est-elle fatale si le malade n'est pas secouru.

Cette issue funeste peut être hâtée par l'apparition d'une complication, soit une inflammation de voisinage, quelquefois suivie de perforation du conduit; soit une lésion pulmonaire, la gangrène, signalée par Béhier, et surtout la tuber-

(1) Voy. ces diverses affections.

culose, fréquente chez les malades inanitiés par un rétrécissement œsophagien, comme l'ont montré Peter et son élève Porchaire.

Diagnostic. — Le *diagnostic* repose en grande partie sur l'étude des signes physiques; toutefois, avant de recourir à l'examen direct, on aura soin de faire une enquête étiologique aussi complète que possible; on étudiera la marche, la durée de l'affection; on recherchera les divers signes des complications qu'on est exposé à rencontrer. Le plus souvent alors, déjà en possession du diagnostic, on n'aura qu'à le parfaire en explorant directement l'œsophage.

L'auscultation, préconisée par Hamburger, qui insiste sur les modifications des bruits œsophagiens, ne donne guère de résultats. Le ralentissement dans la descente du bol alimentaire, qui met de dix à quatorze secondes au lieu de quatre pour descendre dans l'estomac, serait plus important pour Ogston⁽¹⁾. Ces divers signes n'ont toutefois qu'une importance secondaire, et c'est au cathétérisme qu'il faut avoir recours. On le fait avec un explorateur à boule olivaire, qu'on prend volumineux d'abord pour déterminer le siège du rétrécissement le plus élevé; puis on se sert de boules graduellement décroissantes, jusqu'à ce qu'on puisse pénétrer dans l'estomac; au retour, les ressauts qu'éprouve le talon de la boule donnent des notions importantes sur la saillie des parties rétrécies. U. Trélat, pour préciser le siège des brides, avait recours à des explorateurs à boule unilatérale, dont l'emploi ne s'est pas généralisé.

Cette exploration permet d'éliminer les *dysphagies par paralysie* et l'*œsophagisme*; elle établit le siège et l'étendue du ou des rétrécissements.

Malheureusement elle expose à quelques erreurs; la boule de l'explorateur pouvant être arrêtée par des obstacles extérieurs au canal et le comprimant. C'est ainsi que Travers, Wernher ont signalé l'arrêt produit par la *saillie du cricoïde ossifié* chez le vieillard; il suffit de penser à cette erreur pour l'éviter. Une autre bien plus importante est celle qui consiste à prendre pour un rétrécissement œsophagien sa compression par une *tumeur du médiastin*. C'est un examen minutieux de la poitrine par la percussion, l'auscultation, etc., qui fera éviter cette erreur.

Nous verrons plus loin les signes qui permettent de distinguer les *dilatations*, le *cancer*, l'*œsophagisme*⁽²⁾. En pratique, les difficultés ne se présentent guère que pour les cas où le commémoratif étiologique du rétrécissement (brûlure, corps étranger, etc.) manque, comme le fait arrive en particulier dans les rétrécissements des alcooliques et des syphilitiques.

Pronostic. — Le pronostic est sérieux, car le rétrécissement, abandonné à lui-même, finit tôt ou tard par entraîner la mort par inanition. Celle-ci est plus ou moins rapide suivant les cas, certains rétrécissements, ceux consécutifs à l'ingestion de liquides caustiques, par exemple, évoluant avec une rapidité beaucoup plus grande que les autres.

Ce qui augmente encore la gravité du pronostic, c'est que le traitement, long et pénible, expose à des accidents et que les malades deviennent rapidement

(1) Alexander Ogston (*Med. Chronicle*, janvier 1887, t. V, p. 4) attribue à ce signe une réelle valeur. Le moment où le bol quitte la bouche est marqué par le soulèvement de la pomme d'Adam; l'entrée dans l'estomac, par un glouglou amphorique perceptible en appliquant l'oreille à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, en arrière et à gauche du thorax.

(2) Voy. plus loin p. 365.

phtisiques par suite des conditions défectueuses de l'alimentation, qui préparent un terrain favorable à l'évolution du bacille tuberculeux.

Traitement. — A. *Traitement médical.* — Le traitement médical n'a pas d'action sur les rétrécissements, même sur les syphilitiques, la lésion étant alors arrivée à la période de sclérose et ne subissant plus l'action des médicaments spécifiques. Il consiste surtout dans l'emploi des remèdes propres à calmer la douleur, à tromper la soif et la faim, enfin à soutenir les forces par des lavements nutritifs, des injections sous-cutanées de sérum. C'est un adjuvant utile de certains traitements chirurgicaux; tous les agents qui diminuent la sensibilité et les phénomènes spasmodiques (belladone, chloral, morphine, etc.), facilitent la déglutition et permettent quelquefois un cathétérisme jusqu'alors impossible.

B. *Traitement chirurgical.* — Le traitement chirurgical comprend de nombreux procédés sur la valeur desquels on n'est pas encore exactement fixé.

1° La dilatation est la méthode la plus communément employée.

a. Elle peut être progressive temporaire et faite de diverses façons. Bretonneau et Trousseau se contentaient de franchir le rétrécissement avec une simple éponge fixée au bout d'une tige de baleine, et exécutaient avec elle des mouvements de va-et-vient au niveau du rétrécissement; d'autres ont

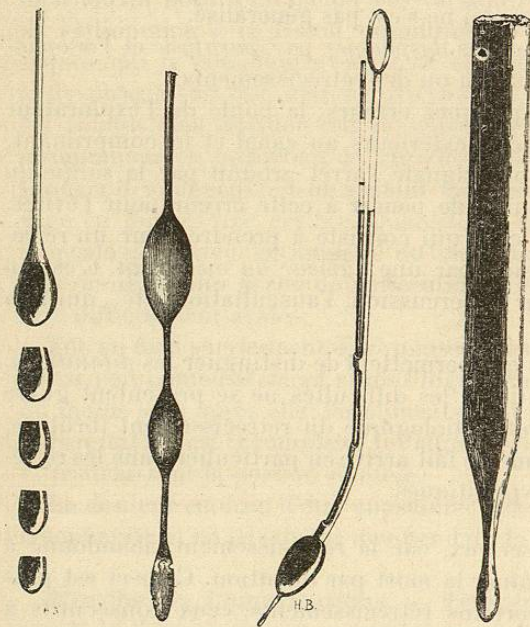


FIG. 94. — Olives de Duguët pour la dilatation de l'œsophage.

FIG. 95. — Cathéter de Velpeau.

FIG. 96. — Dilatateur œsophagien de Verneuil.

FIG. 97. — Bougie de Bouchard pour la dilatation de l'œsophage.

eu recours au passage répété d'explorateurs à boule; afin d'éviter le ressaut que donne au retour le passage de la boule au niveau du rétrécissement, M. Duguët a fait construire une tige qui se renfle graduellement en base de cône et dont le renflement correspond à la largeur de la partie supérieure de l'olive, si bien que la tige se continue avec l'olive en augmentant régulièrement de calibre (1). Pour éviter le changement des olives, et la réintroduction successive de plusieurs instruments, Velpeau plaçait sur une même tige plusieurs renflements allant en augmentant de volume, depuis le plus inférieur jusqu'au plus élevé (voy. fig. 95). Dans le même but, Verneuil en France, McCormac en Angleterre ont eu recours à des boules de dimensions variées, percées d'un trou et conduites sur une tige conductrice mince, préalablement introduite dans le rétrécissement (voy. fig. 96).

(1) Chassagny (Du cathétérisme œsophagien. *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1877, nouv. série, t. III, p. 288) a préconisé l'emploi d'olives aplaties et flexibles.

Tous ces modes de dilatation, malgré leurs perfectionnements successifs, avaient l'inconvénient d'agir brutalement sur le rétrécissement dilaté avec violence pendant le seul moment précis du passage de la boule. Aussi les abandonne-t-on de plus en plus aujourd'hui. Richet et Trélat, ne faisant en somme qu'appliquer à l'œsophage ce qui est de pratique courante pour l'urètre, ont cherché à rendre la dilatation plus douce, plus lente, plus prolongée, et par là même plus efficace, en se servant de bougies cylindro-coniques. Cette méthode a été surtout bien étudiée par le professeur Bouchard qui a fait construire une série de bougies cylindro-coniques de dimensions appropriées au conduit œsophagien (voy. fig. 97). Comme dans les rétrécissements bas et étroits, la bougie a tendance à se ployer, M. Bouchard conseille, pour ces cas particuliers, d'employer des bougies remplies de grenaille de plomb.

Dans cette méthode on doit agir par contact, ne pas dilater beaucoup en une séance, tous les deux jours monter un peu, procédant par séances courtes et espacées. On arrive ainsi à d'excellents résultats. Chez les enfants de trois ou quatre ans, les bougies urétrales, d'un maniement facile, d'une longueur suffisante, peuvent être utilisées. L'emploi de l'anesthésie et d'un ouvre-bouche sont quelquefois nécessaires chez les jeunes sujets qui se débattent.

D'après Lesbini (2), élève de Bouchard, la bougie œsophagienne doit être laissée en place durant cinq à huit minutes au plus, en ayant la précaution de faire pencher la tête du malade en avant, afin que la salive et les mucosités, dont la sécrétion est momentanément augmentée, puissent s'écouler au dehors par la bouche sans tomber dans le larynx.

Les bougies, employées dans l'ordre de progression de leur diamètre, ne doivent être introduites que tous les deux ou trois jours, et le même numéro doit être passé trois ou quatre fois de suite avant de passer à un numéro supérieur.

D'après les mesures prises par Lesbini, la dilatation ne devrait pas être portée au delà de 15 à 19 millimètres pour les enfants de deux à quinze ans; de 20 à 22 millimètres chez les adultes.

Une fois la dilatation suffisante obtenue, il ne faut pas suspendre complètement tout traitement; la sonde doit être introduite au moins une fois par mois. C'est le seul moyen de rester à l'abri des récidives.

b. La dilatation brusque, dont Flechter paraît avoir eu l'idée, est une méthode dangereuse. Elle peut être faite soit avec des dilateurs variés qui agissent sur la partie supposée rétrécie, soit avec des instruments qui agissent sur la plus grande partie de l'œsophage: ce sont les moins mauvais, les rétrécissements étant souvent multiples (3).

(2) LESBINI, *Traitement des rétrécissements œsophagiens par la dilatation temporaire progressive d'après la méthode de Ch. Bouchard.* Thèse de Paris, 1875, n° 401.

(3) Loreta (de Bologne) (De la divulsion digitale du pylore et de la divulsion instrumentale de l'œsophage. *Arch. gén. de méd.*, Paris, septembre 1885, p. 518) ouvre l'estomac suivant son grand axe entre les deux courbures, le fait maintenir par un aide et, sur l'index gauche introduit dans le cardia, glisse sa pince dilatatrice. Celle-ci ressemble à la pince à dilatation périméale de Dupuytren, mais ses proportions sont très différentes: les branches sont longues de 24 centimètres du point articulaire à leur extrémité antérieure; les manches sont plus arqués et faits de telle manière que les branches ne peuvent s'écarter l'une de l'autre que de 5 centimètres au plus. Après avoir pénétré à travers le rétrécissement, il fait écarter les branches de la pince qu'il retire de haut en bas. La même manœuvre est répétée plusieurs fois de suite et la dilatation est obtenue. La pince est alors retirée, l'estomac suturé et la plaie abdominale refermée. Chez trois malades, l'opération fut suivie d'excellents résultats.