

Stevenson, Ev. Home, Robert, M. Mackenzie l'ont signalé chez l'enfant. Mais ce sont là des faits exceptionnels et l'œsophagisme frappe à peu près exclusivement les femmes de dix-huit à trente ans. Les hystériques, les névropathes, les hypochondriaques et en général les malades neurasthéniques y sont prédisposés d'une manière manifeste.

C'est souvent sans cause connue ou à l'occasion d'une émotion vive, d'une impression de froid, de l'ingestion de substances irritantes, de médicaments déterminant une sécheresse des voies digestives supérieures (jusquiamine, belladone), que survient le spasme œsophagien. La crainte de la rage a pu, dans quelques cas, être la cause d'un rétrécissement spasmodique.

D'autres fois, le spasme œsophagien semble être le résultat d'un *réflexe*, ayant pour point de départ une évolution difficile de dent de sagesse, une amygdalite à répétition, un cancer de la partie inférieure de l'œsophage ou de l'estomac, une métrite, une grossesse, une ulcération du larynx, etc.

Symptômes. — Marche. — Terminaisons. — La brusquerie et l'irrégularité de ses allures font que l'œsophagisme présente de grands changements dans sa physionomie. Hamburger en distingue deux formes : l'œsophagisme fixe et l'œsophagisme migrateur, le spasme pouvant, dans celui-ci, se manifester tantôt en un point, tantôt en un autre. Cette dernière forme est exceptionnelle et, s'il est vrai que le spasme paraît et disparaît à diverses reprises, il occupe presque toujours le même endroit ; il y a même pour le rétrécissement spasmodique un lieu d'élection, c'est l'extrémité supérieure de l'œsophage, sa jonction avec le pharynx.

Exceptionnellement on observe un début lent, graduel, caractérisé par de la gêne, quelquefois de la douleur le long de l'œsophage, puis par une dysphagie qui va croissant. Ordinairement le spasme débute brusquement au milieu d'un repas ; le bol alimentaire semble s'arrêter, le malade est pris de toux, de hoquet, d'efforts de vomissements, puis a une sorte de régurgitation. Ces symptômes se répètent à chaque repas avec une intensité plus ou moins grande ; quelquefois ils sont aggravés par une cause occasionnelle, une émotion par exemple.

La dysphagie, le plus souvent incomplète, peut être élective ; dans certains cas, les solides passent mieux que les liquides ; il n'y a toutefois rien de fixe à cet égard. La déglutition peut être simplement difficile, l'aliment stationner pendant un temps plus ou moins long, puis descendre ; d'autres fois, au contraire, les aliments sont rejetés par une sorte de régurgitation ; d'une manière générale, les aliments chauds ou tièdes sont ceux qui passent le plus facilement.

Rarement l'affection est indolore ; presque toujours elle s'accompagne de sensations pénibles de brûlures, de constriction, de boule dans le cou ou dans la poitrine.

Quelquefois le spasme ne reste pas limité à l'œsophage et la contracture s'étend aux muscles du cou, du thorax, de la nuque, du larynx ; des accidents de suffocation, une sensation angoissante peuvent alors éclater, tout comme dans les cas de corps étrangers de l'œsophage.

La durée des accès est très variable, de quelques minutes à un ou plusieurs jours ; il est rare toutefois qu'un spasme dure plus de vingt-quatre heures sans rémission. Comme toutes les névroses, l'œsophagisme présente les plus grandes

variations dans ses allures et il est impossible de rien fixer de précis à l'égard de sa marche. Jamais cependant, quoi qu'en ait dit Power, la mort ne survient, et, tôt ou tard, l'œsophagisme finit par guérir.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile. La variabilité des symptômes met immédiatement sur la voie et conduit le chirurgien à pratiquer l'examen de l'œsophage avec l'explorateur à boule olivaire. Celui-ci ne peut passer ; il est arrêté net, mais si l'on prolonge la pression sur l'obstacle, on voit que celui-ci disparaît, tantôt graduellement, tantôt brusquement et que la sonde parcourt librement l'œsophage. Au retour l'instrument parcourt sans arrêt tout le canal, le talon de la boule n'accrochant rien au passage. C'est là une caractéristique du spasme œsophagien, en tout comparable à celui qu'on observe au niveau de l'urètre.

Lorsque l'affection dure depuis un temps assez long, il faut se méfier et, pour peu que l'on n'observe pas la marche spéciale aux névroses, ne pas se hâter de croire à un œsophagisme alors même que la sonde tantôt butte et tantôt passe librement, une poche œsophagienne pouvant parfaitement simuler un rétrécissement spasmodique.

Une fois le diagnostic posé, il faut chercher si le spasme est symptomatique d'une quelconque des affections que nous avons mentionnées, afin de le traiter efficacement en s'adressant à sa cause.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas grave, pas plus que dans toute autre névrose ; il faut toutefois faire des réserves pour les spasmes symptomatiques, mais la gravité de ceux-ci est uniquement sous la dépendance de leur cause.

Traitement. — Le traitement doit être à la fois *médical et chirurgical*.

Le cathétérisme a donné, dans cette affection, de réels succès ; il suffit souvent de passer un explorateur à boule pour guérir le malade. Lorsque son introduction est insuffisante on peut recourir à la dilatation brusque, faite avec la pince de P. Broca. Dans tous les cas on agira graduellement, distendant lentement et peu à peu le conduit, afin d'éviter toute déchirure pouvant entraîner des accidents graves, des périœsophagites par exemple.

Le traitement médical, consistant dans l'emploi des antispasmodiques, tels que la belladone, la valériane, le bromure de potassium, etc., ne doit pas être négligé.

Il va sans dire que, dans les spasmes symptomatiques, on doit tout d'abord commencer par le traitement de la cause.

XIII

PARALYSIE DE L'ŒSOPHAGE

La *paralysie de l'œsophage* n'est parfois que l'accompagnement d'une paralysie du pharynx ; elle dépend le plus souvent d'une lésion des centres nerveux, d'une compression des nerfs œsophagiens ou d'un simple affaiblissement de la musculature du conduit, ces différentes causes pouvant du reste coexister.

La paralysie pourrait, suivant les cas, dépendre d'un trouble de la fonction

motrice ou d'une perte de la sensibilité de la muqueuse, point de départ du réflexe de la déglutition (M. Mackenzie).

L'affection est surtout caractérisée par de la dysphagie; celle-ci, très lente dans son développement, lors de paralysie locale, a, au contraire, une marche des plus variables, suivant la nature des lésions, lorsqu'elle est sous la dépendance d'une maladie des centres nerveux.

Par suite de l'augmentation de cette dysphagie les malades arrivent à ne plus prendre que des aliments liquides, d'où un amaigrissement qui peut être très marqué. Il n'y a que rarement des régurgitations; toutefois, dans quelques cas de dilatation diffuse de l'œsophage, l'accumulation des aliments dans ce conduit provoque vers la fin de la journée des quintes de toux ne cessant qu'à la suite de régurgitations qui soulagent le malade (Mermod) (1).

Le diagnostic est facile, le cathétérisme permettant de constater la perméabilité du canal.

Le pronostic dépend en grande partie de la cause.

C'est à celle-ci que doit d'abord s'adresser le traitement. On combattra la paralysie par l'électrisation faradique, plaçant un des pôles à l'intérieur de l'œsophage (M. Mackenzie), et lors de dilatation diffuse, on alimentera les malades par la sonde afin de permettre la rétraction du canal (Mermod).

XIV

VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX DE L'ŒSOPHAGE

L'étiologie des vices de conformation congénitaux de l'œsophage est très obscure; il est certain qu'ici comme ailleurs on doit tenir le plus grand compte des arrêts de développement; malheureusement comme on discute encore sur le développement normal de l'œsophage, il est difficile d'affirmer en présence d'un cas donné qu'il s'agit d'un arrêt dans ce développement. Dans environ un tiers des cas il y a coïncidence avec d'autres vices de conformation, notamment avec ceux qui occupent la partie terminale du tube digestif et qui existeraient 8 fois sur 65 observations (Legrand).

LAMB (D.-S.), A fatal case of congenital tracheo-œsophageal fistula. *Philad. med. Times*, 1872-1873, t. III, p. 705 (bibl.). — EYQUEM (J.), *Des malformations congénitales de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1875, n° 401. — REYNIER (P.), *Du développement de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif*. Thèse d'agrég. d'anat. de Paris, 1885 (bibl.). — BOISVERT, Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1886, p. 125. — VINCENT, Imperforation de l'œsophage. *Lyon méd.*, 1887, t. LIV, p. 406. — LEGRAND, *Des imperforations de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 254.

Nous nous contenterons d'une simple mention pour les faits obscurs de *transposition* et de *duplicité*. Les dilatations congénitales, ayant d'autre part été déjà étudiées dans le chapitre général des dilatations de l'œsophage (2), nous n'étudierons ici que les rétrécissements, les fistules œso-trachéales et les imperforations.

(1) MERMOD, Dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement organique. *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève, 1887, t. VII, p. 422.

(2) Voy. plus haut, p. 549.

1° RÉTRÉCISSEMENTS

Certains rétrécissements en forme de diaphragme, sortes de cloisonnements incomplets, sont évidemment d'origine congénitale; toutefois, il n'y a jusqu'ici pas de dissection probante chez l'enfant. On se fonde, pour admettre la nature congénitale de certains rétrécissements annulaires, constatés chez des sujets morts plus ou moins âgés, sur ce fait clinique qu'ils avaient présenté depuis leur enfance des troubles dysphagiques, et sur ce fait anatomique que la muqueuse n'est nullement altérée à leur niveau.

Les symptômes sont ceux de tout rétrécissement de l'œsophage; souvent ils sont légers pendant un temps assez long et s'aggravent à mesure que le sujet avance en âge.

D'après Rokitansky et Berg, ces rétrécissements différeraient des rétrécissements acquis par leur tendance à se compliquer de poches diverticulaires.

2° FISTULES ŒSOPHAGO-TRACHÉALES

Dans certains cas, l'œsophage est perméable; mais il existe entre sa cavité et celle des voies aériennes une communication sous forme de fissure d'une étendue variable, siégeant juste au-dessous de l'orifice sous-épiglottique ou plus bas.

Les accidents qui traduisent cette malformation sont surtout d'ordre respiratoire et se manifestent à chaque déglutition par de la dyspnée et de la toux. L'enfant peut vivre pendant quelque temps; un petit malade de Lamb vécut sept semaines; la mort survient à la suite de lésions inflammatoires pulmonaires, que détermine la chute continuelle des matières alimentaires dans les voies respiratoires.

3° IMPERFORATIONS

L'œsophage peut être complet et simplement fermé par un diaphragme: c'est tout à fait exceptionnel. Il est de même exceptionnel de voir l'œsophage manquer en totalité. A l'ordinaire le conduit n'est absent que dans une étendue variable d'un à plusieurs centimètres.

Le bout supérieur peut manquer complètement, une cloison se formant en arrière du voile du palais (pièce de M. Duval et de Hervé); le plus souvent il existe sous forme de cul-de-sac descendant plus ou moins bas, à 4 centimètres en moyenne. Suivant les cas, ce cul-de-sac se termine librement, adhère à la trachée ou est uni au bout inférieur par un cordon d'apparence musculaire ou fibreuse, mais dont la nature histologique exacte est encore peu connue. Dans un cas récent, Lefour et Fieux l'ont vu constitué par des fibres conjonctives, des fibres musculaires lisses et des fibres musculaires striées sans épithélium à l'intérieur (1).

Le bout inférieur peut manquer; lorsqu'il existe, il s'ouvre le plus souvent

(1) LEFOUR et FIEUX, Imperforation de l'œsophage, large communication trachéo-œsophagienne. *Gaz. hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, 1896, p. 540.