

l'œsophage. Des catarrhes aigus et chroniques succèdent à des irritations du conduit; telles sont, pour les cas aigus, les irritations par des aliments brûlants ou trop épicés, par des corps étrangers, etc., et pour les cas chroniques, l'irritation produite par l'eau-de-vie. L'inflammation catarrhale de l'œsophage revêt une forme surtout desquamative; la sécrétion est peu abondante; les plis longitudinaux sont tuméfiés et la muqueuse présente parfois des érosions et des ulcérations. Autrefois on admettait l'existence fréquente, surtout dans les catarrhes chroniques, d'une hypertrophie de la couche musculaire avec infiltration du tissu conjonctif sous-muqueux. L'épaississement (callus) qui en résultait, devait être la cause des rétrécissements. ZENKER ET ZIEMSEN ont fait des recherches qui réfutent cette manière de voir. D'après ces auteurs, lorsque, chez un individu ayant des habitudes alcooliques, un rétrécissement succède à un catarrhe de l'œsophage, il faut toujours en chercher la cause dans un carcinome développé dans ce conduit irrité depuis longtemps. Le catarrhe simple produit plutôt des épaississements de la muqueuse, des végétations en forme de polypes, une hypertrophie de la tunique musculaire, et en même temps un relâchement du conduit avec tendance à une ectasie diffuse.

Les autres formes d'inflammations ont encore moins d'importance au point de vue chirurgical.

L'œsophagite folliculaire (MONDIÈRE) accompagne le catarrhe ou se présente comme une affection indépendante; elle s'observe quelquefois dans les maladies infectieuses et est caractérisée par la tuméfaction, suivie parfois d'ulcération, des rares glandes folliculaires de l'œsophage. Habituellement les ulcérations sont peu profondes et ne sont pas suivies d'une rétraction cicatricielle notable. La diphtérie reste limitée le plus souvent au pharynx, et dans les rares cas où elle s'est propagée à l'œsophage, il n'est pas prouvé qu'elle ait jamais donné lieu à un rétrécissement secondaire de ce conduit. Par contre le muguet forme quelquefois un moule complet de l'œsophage, et l'on a vu des enfants succomber à la suite du rétrécissement qui en était la conséquence (BUHL, VIRCHOW). Une maladie plus importante, si elle n'était pas très rare, a été observée pour la première fois par BELLFRAGE et HEDÉNIUS, et a été désignée sous le nom d'**œsophagite phlegmoneuse** par analogie avec l'affection de même nom de l'estomac. Dans cette maladie un phlegmon purulent du tissu conjonctif sous-muqueux soulève la muqueuse et peut déjà à la période aiguë déterminer une sténose du conduit. Plus tard le pus perfore la muqueuse en plusieurs points; il peut aussi se frayer un passage à l'extérieur; ainsi se forment autour de l'œsophage des abcès en communication avec des trajets sous-muqueux; enfin le pus peut se vider dans un conduit voisin (trachée). L'œsophagite phlegmoneuse peut être produite par un corps étranger ou bien par l'irruption dans le tissu sous-muqueux du pus d'un abcès péri-œsophagien;

jusqu'à présent on ne connaît pas de cas de ce genre ayant nécessité une intervention chirurgicale.

§ 75. — Parmi les processus dont il a été question jusqu'ici, l'œsophagite toxique est certainement la cause la plus fréquente des **rétrécissements de l'œsophage** (§ 72); les points rétrécis occupent principalement les extrémités supérieure et inférieure de ce conduit. Le degré et l'étendue du rétrécissement sont en raison directe de la profondeur et de l'étendue de la destruction des tissus. Certains rétrécissements intéressent tout l'œsophage, tandis que d'autres se présentent sous la forme d'un anneau étroit. La cicatrice varie, d'autre part, avec la profondeur de l'escarre; lorsque, sur une certaine étendue de l'œsophage, toute la muqueuse a été détruite avec ou sans une partie de la tunique musculaire, le conduit peut se rétrécir à un degré extrême et même s'oblitérer complètement, si une portion de la muqueuse du voisinage n'est pas venue recouvrir la plaie en voie de cicatrisation.

Outre le processus cicatriciel, bien d'autres conditions ont aussi leur importance au point de vue du résultat fonctionnel. Pendant qu'une ulcération se guérit, et même pendant un certain temps après la guérison, il se produit un certain degré d'infiltration inflammatoire dans le voisinage de l'ulcération; cette infiltration donne une certaine rigidité à la partie de l'œsophage qui n'a pas subi de destruction, et se trouve être ainsi une cause de difficulté au passage des aliments. Plus tard on voit survenir une autre altération consistant dans l'hypertrophie de la partie musculaire du conduit située au-dessus de la stricture; il se développe là, jusqu'à un certain point, une hypertrophie compensatrice. Mais si, d'une part, l'hypertrophie permet une somme de travail plus grande qui facilite la descente du bol alimentaire, d'autre part l'épaississement de la tunique musculaire peut augmenter la rigidité du conduit et constituer ainsi un obstacle au passage des aliments. Cet inconvénient est encore plus marqué lorsqu'il existe une ectasie de la partie de l'œsophage située au-dessus de la stricture.

Les altérations particulières de la muqueuse et des autres tissus de l'œsophage que nous avons décrites à propos de l'œsophagite phlegmoneuse, s'observent aussi quelquefois à un moindre degré dans les ulcérations circonscrites. Celles-ci donnent parfois naissance à des infiltrations de pus sous la muqueuse et à des phlegmons circonscrits péri-œsophagiens, qui peuvent à leur tour s'ouvrir dans l'œsophage. Ainsi se forment des plis et des sillons tandis qu'on observe en même temps un haut degré de rigidité du conduit par suite de l'infiltration inflammatoire diffuse des parois dans le voisinage du point malade.

Si nous relatons ici toutes ces conditions mécaniques plus ou moins accessoires, mais qui peuvent jouer un certain rôle dans les rétrécissements de l'œsophage, c'est qu'elles constituent la seule base anatomique de l'altération si souvent décrite autrefois sous le nom de « stricture calleuse. » Or les recherches récentes de ZENKER et de ZIEMSEN ne nous autorisent plus à admettre une stricture calleuse dans le sens que l'on attachait autrefois à cette désignation, c'est-à-dire un obstacle notable au passage des aliments par le seul

fait qu'un catarrhe chronique s'accompagne d'une tuméfaction de la tunique musculaire ainsi que de la sous-muqueuse et de la muqueuse. Lorsqu'un buveur affecté d'un catarrhe de l'œsophage, se plaint de troubles graves pouvant être rapportés à un rétrécissement, il se peut que, dans certains cas, il faille en chercher la cause dans les altérations succédant aux ulcérations catarrhales à la période de cicatrisation; mais le plus souvent les troubles en question devront faire soupçonner un carcinome au début, ayant déjà amené un certain degré de rigidité et de rétrécissement du conduit.

En rapport avec les causes habituelles des rétrécissements que nous venons de faire connaître, on observe les formes suivantes de cicatrices de l'œsophage.

1. Des **cicatrices étendues**, longues de un à huit centimètres et même davantage, s'étendant parfois à tout l'œsophage et formant des strictures d'une rigidité extraordinaire, qui ne laissent passer qu'une sonde d'un très petit calibre. Ce canal étroit peut même se fermer complètement. Dans ces cas la perte de substance avait été plus ou moins profonde et intéressait toute la circonférence du conduit.

2. Des **cicatrices en forme d'anneau étroit**, dues probablement à des pertes de substance ayant cette même forme. Lorsque la destruction de la muqueuse, sur un point circonscrit, n'intéresse pas toute la circonférence du conduit, le rétrécissement qui en résulte peut présenter néanmoins la forme annulaire. Mais dans ce cas on peut observer diverses formes de strictures, principalement à la suite de cautérisations accidentelles de l'œsophage par des substances chimiques.

Nous répétons encore une fois que les rétrécissements les plus fréquents sont ceux produits par des substances caustiques. Beaucoup plus rares sont les rétrécissements reconnaissant comme cause l'une ou l'autre des lésions inflammatoires que nous avons décrites plus haut. Enfin on aura rarement occasion de diagnostiquer une stricture congénitale. Dans nombre de cas, on ne réussit pas à trouver la véritable cause, et il faut alors songer à la syphilis; cette maladie, il est vrai, crée bien plus souvent des obstacles en déterminant des ulcérations secondaires du pharynx, mais elle a été aussi quelquefois une cause de rétrécissement de l'œsophage (VIRCHOW, WEST).

§ 76. — Les **symptômes** de rétrécissement de l'œsophage sont très variables, suivant la forme et le degré de la coarctation. D'une manière générale, ils consistent dans une difficulté de déglutition pour les aliments solides ou liquides, et il est à remarquer que quelquefois les substances dures sont avalées plus facilement que les substances molles, contrairement à ce qu'on pourrait supposer. Dans les cas extrêmes le malade ne peut plus avaler qu'un peu de liquide et encore avec beaucoup de peine. On observe ensuite des phénomènes dus à une ectasie du conduit au-dessus de la stricture. Lorsque celle-ci siège à un niveau élevé, les aliments sont à peine introduits qu'ils sont rejetés rapidement par saccades.

Si le point rétréci est situé plus bas, et qu'il existe une ectasie du conduit au-dessus de ce point, on observe assez souvent des symptômes de rumination.

Les vomissements, la douleur et autres symptômes semblables sont trop indéterminés pour pouvoir être utilisés en vue du **diagnostic**. Pour le chirurgien, le véritable moyen de diagnostic c'est la sonde, que l'on introduit de la manière indiquée plus haut; on se servira soit d'un tube élastique, soit d'une tige de baleine munie, à son extrémité, d'une boule en ivoire, dont on aura à sa disposition plusieurs numéros de volume différent. À l'aide du cathéter à boule, on peut déterminer le siège et le degré du rétrécissement; par la longueur du chemin parcouru jusqu'à ce que l'olive redevienne libre dans l'œsophage, on peut connaître la longueur de la portion rétrécie, et si l'olive est de nouveau serrée plus loin, on sait qu'il existe un second rétrécissement. Cependant il ne faut pas trop exiger de la sonde exploratrice; souvent cet instrument ne peut nous fournir les renseignements désirés qu'après des examens réitérés, dans lesquels on procédera avec une grande prudence. C'est ainsi, par exemple, qu'une petite sonde peut être arrêtée par un pli membraneux, tandis qu'on pourra faire passer une sonde d'un plus gros calibre. Pour avoir une idée exacte de la forme particulière du rétrécissement dans un cas donné, il faut s'attacher à l'ensemble du tableau morbide, y compris l'anamnèse.

§ 77. — L'importance du sujet exige que nous donnions encore quelques détails relatifs au **diagnostic**. Dans quelques rares cas on a observé des symptômes de rétrécissement très prononcés dus à un épaississement et à une ossification non inflammatoires de la tête du cartilage cricoïde (TRAVERS, WERNHER). Un point important pour le diagnostic, dans ces cas, c'est que l'on réussit à introduire la sonde en dirigeant le bout de l'instrument du côté gauche, tandis qu'avec les doigts on éloigne le larynx de la colonne vertébrale. Mais c'est le carcinome de l'œsophage qui est la cause la plus fréquente des difficultés de diagnostic; quelquefois même ces difficultés sont insurmontables. On devra prendre en considération l'anamnèse et se rappeler que le **plus grand nombre des rétrécissements se développant lentement après la quarantième année, sont des carcinomes**. Quelquefois on pourra aussi hésiter entre un rétrécissement spasmodique et un rétrécissement inflammatoire. Encore ici, c'est l'anamnèse qui décidera, car l'on sait que la forme spasmodique survient par accès chez les personnes nerveuses affectées d'hystérie et d'hypocondrie.

Mais souvent ce sont des causes extérieures au conduit qui viennent par compression donner lieu aux phénomènes de rétrécissement. Tels sont les goîtres qui, d'une façon anormale, se développent circulairement autour de l'œsophage; de même une tumeur isolée de la glande thyroïde peut comprimer la face postérieure de ce conduit (*Voir glande*