

un point de l'œsophage, habituellement par un ganglion lymphatique enflammé qui a contracté des adhérences avec la paroi antérieure de ce conduit. Ce sont les ganglions situés au point de bifurcation de la trachée qui par rétraction cicatricielle à la suite de processus inflammatoires, entraînent le plus souvent la formation de ces petites poches en forme d'entonnoir ; au fond du diverticule on trouve du tissu cicatriciel et même quelquefois une ulcération, dernier vestige de la perforation de l'œsophage par le ganglion suppuré. ROKYTANSKY a trouvé le premier ces diverticules, que ZENKER et ZIEMSEN ont décrits avec soin et désignés, à cause de leur mode de formation, sous le nom de **diverticules de traction**. Ces derniers ne sont pas complètement dépourvus de dangers ; une ulcération ou un corps étranger qui pénètre dans leur cavité peut établir une communication du diverticule avec les tissus voisins, et être ainsi le point de départ d'un abcès du médiastin, d'une pleurésie septique, d'une perforation dans les grands conduits respiratoires et les gros vaisseaux (aorte ou artère pulmonaire), avec terminaison mortelle. Néanmoins les diverticules de traction ont peu d'importance clinique ; ils ne s'accompagnent pas de symptômes particuliers, et l'on ne pourra guère les reconnaître dans les cas où ils donnent lieu aux complications que nous venons d'énumérer. Ils n'offrent, en effet, aucune tendance à s'agrandir.

L'autre forme de diverticules présente un intérêt clinique bien plus considérable. Ce sont des poches volumineuses situées à côté de l'œsophage et que ZENKER et ZIEMSEN ont désignées sous le nom de **diverticules de propulsion**. Nous les désignerons simplement sous le nom de **diverticules**, car si nous reconnaissons qu'ils s'agrandissent essentiellement par pression de dedans en dehors, nous ne saurions, au point de vue étiologique, accorder à cette pression le rôle important que lui font jouer les auteurs que nous venons de nommer.

Ces poches situées à côté de l'œsophage ont, dans la grande majorité des cas, leur orifice de communication au niveau de la paroi postérieure du pharynx, directement au-dessus du point où ce dernier se continue avec l'œsophage. Elles sont en rapport avec la colonne vertébrale dans l'espace de tissu conjonctif rétro-œsophagien, et peuvent s'étendre vers la cavité thoracique jusqu'au point de division de la trachée et même plus bas dans le médiastin. Leur volume varie depuis les dimensions d'une noisette jusqu'à celles d'une tête d'enfant. Aussi longtemps que la poche est vide elle ne détermine aucun symptôme ; mais lorsqu'elle se remplit d'aliments, elle comprime les parties voisines, la trachée, les poumons et l'œsophage lui-même qui s'infléchit et ne laisse plus passer le bol alimentaire. L'orifice du diverticule a un diamètre variable ; les parois peuvent avoir la même épaisseur ou être plus ou moins épaissies que celles de l'œsophage ; le tissu conjonctif environnant se condense en une enveloppe aponévrotique. Dans certains cas il s'agit d'une **pharyngocèle**,

d'une hernie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux à travers les fibres du constricteur inférieur du pharynx ; c'est la forme la plus fréquente ; la poche ne possède pas, par conséquent, d'enveloppe musculaire. Dans d'autres cas, au contraire, la tunique musculaire fait partie des parois du diverticule, mais les fibres en sont dissociées et elles s'atrophient peu à peu par défaut d'usage. La muqueuse peut être normale ou amincie, mais, en général, elle est épaissie, villosité et en partie ulcérée. L'agrandissement de la poche une fois formée est dû sans aucun doute aux aliments qui s'y introduisent. Les symptômes produits par les diverticules ont été observés principalement chez les hommes ayant atteint la 40^e année, et quelquefois bien des années s'écoulent avant que la mort en soit la conséquence.

Pour un certain nombre de diverticules on doit sans doute admettre une origine traumatique, une rupture de la tunique musculaire, avec hernie de la muqueuse à travers la solution de continuité. Un corps étranger peut aussi se créer une petite poche et donner ainsi naissance à un diverticule. Dans d'autres cas il y a lieu de songer à un affaiblissement local de la paroi du conduit, soit par paralysie, soit à la suite de processus inflammatoires. Pour une série d'autres diverticules on doit admettre une cause congénitale, une anomalie dans le développement ; les diverticules siégeant haut dans le pharynx s'expliquent par le fait que l'on a trouvé chez des fœtus une hernie de la paroi du conduit à ce niveau ; quant aux diverticules situés plus bas jusqu'à l'œsophage, ils seraient dus à des anomalies dans l'oblitération des fentes branchiales (WERNER).

Cependant on ne peut expliquer ainsi les ectasies et les diverticules situés plus bas dans l'œsophage, de même qu'un certain nombre de rétrécissements qui sont sans aucun doute congénitaux. Ici il faut accuser des anomalies survenues dans la première période fœtale, alors que le tissu embryonnaire qui servira à former la trachée et l'œsophage, ne s'est pas encore différencié.

On voit des enfants venir au monde vivants avec des vices de développement qui peuvent nous fournir l'explication d'un grand nombre de ces affections congénitales. C'est pourquoi nous allons en donner une courte description.

Un enfant nouveau-né meurt d'inanition au bout d'une semaine ; à l'autopsie on trouve que le pharynx avec une portion plus ou moins grande de l'œsophage se termine en cul-de-sac, tandis que le bout inférieur de ce conduit s'ouvre dans les bronches ou la trachée par un orifice plus ou moins grand. Les deux bouts de l'œsophage sont assez souvent réunis par un cordon musculaire en contact avec la face postérieure de la trachée. Rarement le bout inférieur du conduit fait défaut et l'estomac est fermé au niveau du cardia.

On comprend dès lors que les diverticules et rétrécissements siégeant au niveau du cartilage cricoïde et du point de bifurcation de la trachée puissent être ramenés à des degrés moindres de ces vices de développement. Si la séparation de la trachée reste incomplète, les adhérences persistantes entre ce conduit et l'œsophage pourraient bien, à mesure que ce dernier s'accroît, donner lieu tantôt à des rétrécissements locaux, tantôt à des dilatations en forme de diverticules. Quant aux diverticules ayant soi-disant succédé à une contusion,

on ne peut guère les expliquer qu'en admettant qu'il existait déjà une disposition anormale d'origine congénitale.

§ 89. — Suivant le siège et la largeur de leur orifice, les diverticules ont une tendance plus ou moins grande à se remplir d'aliments, ce qui nous explique toute leur symptomatologie. Quelquefois les symptômes ne surviennent que d'une façon périodique, ou bien le malade sait, par une pression exercée sur un point précis du cou, empêcher l'entrée des aliments dans le diverticule.

Lorsque le diverticule est rempli de masses alimentaires, le malade réussit encore souvent à en vider le contenu par une pression sur le cou; sinon la poche se dilate de plus en plus par l'introduction de nouvelles substances et fait saillie à côté de l'œsophage dans le tissu conjonctif rétro-viscéral. Elle comprime ainsi l'œsophage lui-même ainsi que la trachée; lorsqu'elle est située dans la cavité thoracique, elle peut aussi exercer une compression sur les poumons. Les aliments séjournent plus ou moins longtemps dans le sac diverticulaire, puis sont rejetés par régurgitation et par pression; ils sont le plus souvent dans un état d'altération qui se traduit même parfois par une odeur putride. Au cou on constatera la présence d'une tumeur dont la consistance molle, ressemblant à celle du jabot de la poule, aidera à poser le diagnostic. La tumeur est sujette à des variations; elle est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, et la palpation donne un bruit particulier dû au mélange de liquide et de gaz dont est formé le contenu. La sonde peut être aussi utilisée pour le diagnostic; dans les ectasies, malgré les fortes flexuosités du conduit, la sonde pénètre facilement et on peut lui imprimer des mouvements étendus; dans les diverticules on peut également, il est vrai, introduire une sonde et la faire mouvoir dans une cavité, mais on ne réussit pas à la faire pénétrer plus profondément. Un signe caractéristique du diverticule, c'est que tantôt la sonde est arrêtée dans la poche diverticulaire, et tantôt elle pénètre librement jusque dans l'estomac en passant à côté de l'orifice du diverticule. La sonde doit être maniée avec prudence. Chez un de mes malades un cathétérisme fait sans aucune espèce de violence fut suivie de fièvre et d'une pneumonie avec expectoration de mauvaise odeur; à mon grand contentement cette complication se termina heureusement au bout de quelques jours.

D'après la description que nous venons de donner on comprend que, dans certains cas, l'affection qui nous occupe gêne fort peu le malade, qui peut vivre 30 ou 40 ans après l'apparition des premiers symptômes, tandis que dans d'autres cas elle entraîne en peu de temps le plus haut degré d'inanition; en outre, dans les diverticules principalement, les masses alimentaires en décomposition ulcèrent et perforent les parois et sont le point de départ d'un abcès rétro-viscéral se terminant le plus souvent par la mort. D'autres malades vivent longtemps dans d'affreux

ses souffrances; ils sont continuellement tourmentés par une faim qu'ils ne peuvent jamais satisfaire complètement. Même lorsqu'ils sont en état de s'accorder une nourriture de choix, c'est à peine si la faim est apaisée pendant une heure.

§ 90. — Dans beaucoup de formes légères d'ectasie les malades ne vont pas consulter de médecin. D'ailleurs le traitement est ici bien limité; on se contentera de dilater les rétrécissements, s'il en existe; on conseillera au malade de manger lentement et de vider la poche par des pressions sur le cou; enfin on pourra être appelé à alimenter le malade au moyen de la sonde œsophagienne. Par contre dans les formes graves de diverticules, un traitement opératoire doit sans aucun doute être conseillé lorsque le diagnostic est certain.

Déjà KLUGE avait conseillé de mettre le sac à découvert à l'aide d'une incision et de le lier au niveau de son collet. On pourra, dans le cours de l'opération, décider s'il ne serait pas préférable de sectionner le collet du diverticule et d'enlever ce dernier, puis de fermer par des sutures la plaie de l'œsophage. Pendant les huit premiers jours le malade sera nourri à l'aide de la sonde œsophagienne.

L'excision du sac peut être pratiquée avec le plus de sûreté lorsqu'on a préalablement établi une fistule stomacale d'après la méthode de VERNEUIL ou de TRENDELENBURG. Dans ces conditions on peut extirper le sac d'une façon tout à fait aseptique. Nous ne croyons pas que cette extirpation présente des difficultés. Lorsque la plaie du cou est guérie, et que, par le cathétérisme, on a constaté la perméabilité de l'œsophage, on peut ensuite provoquer la guérison de la fistule stomacale.

Corps étrangers du pharynx et de l'œsophage.

§ 91. — Les corps étrangers les plus différents ont déjà été trouvés dans le pharynx et l'œsophage. La plupart d'entre eux y arrivent avec les aliments et les boissons; toutefois on ne manque pas d'exemples nombreux d'individus chez lesquels des objets avalés dans un but de suicide se sont fixés dans l'œsophage; c'est ce qu'on observe principalement chez les aliénés. On voit même des saltimbanques, dans le but d'amuser le public, introduire dans l'œsophage des objets capables de blesser ce conduit, comme des couteaux, des fourchettes, des sabres.

Pour que l'on ait une idée de la variété des objets qui ont été avalés accidentellement ou volontairement, je donne ci-après la classification qu'en a faite ADELMANN:

1) Corps à surface rugueuse, formée de pointes et d'arêtes tranchantes: fragments d'os, arêtes de poisson, tuyaux de pipes, aiguilles, épines, clous, éclats de bois, bouts de sonde, flèches, chevilles, épis de graminées, hameçons, rateliers, obturateurs, pièces de monnaie, couteaux, fourchettes.

2) Corps à surface lisse.