

dans les sténoses inodulaires on obtient souvent ainsi des résultats inespérés. Les règles de ces opérations sont exposées dans les traités de chirurgie; je n'ai pas à m'y arrêter.

CHAPITRE III.

ŒSOPHAGISME. — SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La contraction spasmodique de l'œsophage (1) est observée comme **symptôme** dans un assez grand nombre de maladies; les INFLAMMATIONS surtout ulcéreuses de l'œsophage lui-même, du *larynx*, de l'épiglotte, l'HYSTÉRIE, l'ÉPILEPSIE, le TÉTANOS, la RAGE, les altérations de la MOELLE

(1) Synonymie: *Angina convulsiva* (Van Swieten), *Dysphagia spasmodica* (F. Hoffmann), *Spasme de l'œsophage* (J. Frank), *rétrécissement*, *constriction*, *resserrement*, *sténose spasmodique de l'œsophage* (Hamburger), *œsophago-spasmus*, *œsophagisme* (Vogel, Mondière).

F. HOFFMANN, *De morbis œsophagi spasmodicis*, in *Op. omnia*, t. III. — *Diss. de spasmo gulæ inferioris et de nausea*. Halæ, 1733. — VATER, *De deglutitionis difficilis causis abditis*. Vitemberg, 1750. — VAN SWIËTEN, *Comment.*, t. II. Paris, 1771. — COURANT, *De nonnullis morbis convulsivis œsophagi*. Montpellier, 1778. — BLEULAND, *De sana et morbosa œsophagi structura*. Lugd. Bat., 1785. — MONRO, *Diss. de dysphagia*. Edinb., 1797. — E. HOME, *Practical obs. on the treatment of strictures in the urethra and œsophagus*. London, 1803. — PFLEIDERER, *De dysphagia lusoria*. Tübingen, 1806. — ETIENNE, *Considérations générales sur les causes qui gênent ou empêchent la déglutition*. Paris, 1806. — JOURDAN, Art. DYSPHAGIE, in *Dict. des sc. méd.*, X; Paris, 1814. — WICHMANN, *Ideen zur Diagnostik*. Th. III. — WINKE, *Diss. exhibens nonnullos casus dysphagiæ*. Groningæ, 1818. — KUNZE, *De dysphagia commentatio pathologica*. Lipsiæ, 1820. — DAMILANO DI SANFRÉ, *Repertorio med. chir. di Torino*, 1824. — OMBANI, *Storia di accesso letargico ad ogni deglutizione di qualunque sostanza, guarita col metodo endermico* (*Ann. univ. di med.*, 1829). — ABERCROMBIE, *Untersuchungen über die Krankheiten des Magens*, etc. (trad. allemande). Bremen, 1830. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*; IV. Berlin, 1834. — J. FRANK, *Præceps univ. præcepta*.

MONDIÈRE, *Recherches sur l'œsophagisme* (*Arch. gén. de méd.*, 1833). — TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1848. — COPLAND, *Diction. of practical med.*, t. II. — VELPEAU, *Dict. en 30 vol.*, t. XXI. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochens.*, 1851. — FOLLIN, *Des rétrécissements de l'œsophage*, thèse de concours. Paris, 1853. — WUNDERLICH, *Handb. der Pathologie und Therapie*. Stuttgart, 1856. — ROMBERG, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1857. — GENDRON, *Obs. pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement*.

et des VERTÈBRES CERVICALES, les lésions de l'ENCÉPHALE enfin, sont les causes les plus puissantes et les plus ordinaires de ce spasme œsophagien symptomatique qui n'est autre chose qu'un phénomène réflexe. — En outre il peut se montrer en tant que **spasme idiopathique**, et constitue alors l'œsophagisme proprement dit; c'est uniquement de cette dernière forme qu'il est ici question.

Les causes du spasme idiopathique sont peu connues; il se montre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, et n'est guère observé que dans l'âge moyen, quoique Everard Home et Stevenson aient cité des cas où il s'était manifesté dès les premières années de la vie. — Le tempérament nerveux, la grossesse, la ménopause, la disposition arthritique et herpétique (Romberg) ont été tour à tour invoqués comme autant de CAUSES PRÉDISPOSANTES.

L'imagination paraît exercer une influence positive: la crainte d'être atteint d'hydrophobie, et même chez certains individus la seule impression de la morsure d'un animal non enragé, peut faire naître la constriction spasmodique de l'œsophage. C'est à cette influence de l'imagination, jointe à une susceptibilité nerveuse particulière qu'il faut rapporter sans doute certains cas d'œsophagisme qui ont été considérés, à tort, comme des cas de rage. Tel est, par exemple, le fait signalé par Serres; telle est aussi l'observation de cet individu dont parle Velpeau qui, rentrant en France, après une absence de vingt ans, et apprenant que son frère avait succombé aux suites de la morsure d'un chien, par lequel il avait été également mordu, fut aussitôt pris des symptômes de la rage, et succomba.

Les CAUSES PATHOLOGIQUES sont nombreuses, disparates et pour la plupart contestables; la suppression d'une épistaxis habituelle est mentionnée dans le cas de J. P. Frank, et la disparition de l'œsophagisme à la suite

(*Arch. de méd.*, 1858). — GÖRKE, *De morbis œsophagi*. Vratislaviæ, 1860. — FROELICH, *De œsophagi morbis nonnulla*. Berolini, 1861. — AXENFELD, *Névroses in Path. de Requin*, t. IV. Paris, 1863. — OGLE, *Med. Times and Gaz.*, 1864. — ELVIN SCHMIDT, *De deglutitionis impedimentis*. Berolini, 1865. — HYDE SALTER, *On œsophageal dysphagia* (*Brit. med. Journal*, 1865). — POMER, *On a case of spasmodic stricture of the œsophagus, terminating fatally* (*The Lancet*, 1866). — LE GROS CLARK, *Brit. med. Journ.*, 1869. — HAMBURGER, *Klinik der Œsophagus-Krankheiten* (*Oester. med. Jahrb.*, 1869). — BROCA, *Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Guérison par la dilatation forcée* (*Gaz. hôp.*, 1869). — VIGLA, *Eodem loco*, 1869. — HANDFIELD JONES, *Studies on functional nervous disorders*. London, 1870.

SQUAREY, *Stricture of the œsophagus in Reynold's System of med.* London, 1871. — EATON, *Case of spasmodic stricture of the œsophagus* (*The Lancet*, 1872). — SENEY, *Œsophagisme chronique* (*Thèse de Paris et Arch. gén. de méd.*, 1873). — SMITH CURTIS, *A case of spasmodic stricture of the œsophagus* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1874). — FOOT, *Cases of œsophagismus* (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1874).

d'une application de sangsues aux narines semble autoriser cette induction étiologique. En revanche, dans le cas de Brodie, la cause parut consister en des hémorrhagies rectales abondantes, et la guérison suivit l'ablation des tumeurs hémorrhoidaires internes qui donnaient lieu à l'écoulement de sang.

D'autres causes agissent primitivement sur la membrane musculeuse du conduit pharyngo-œsophagien ; tels sont les mets ou les liquides trop chauds, les épices, les substances âcres ou vénéneuses (tartre stibié, sublimé corrosif, les fruits du *Datura stramonium*, les semences du hêtre, les baies de belladone, le champignon agaric *muscarius*, etc.), les vers, les sangsues tombées dans la gorge. Il se produit vraisemblablement alors une contraction réflexe de l'œsophage, mais l'intensité et la durée du spasme sont souvent hors de toute proportion avec le degré de l'excitation primitive.

Parmi les CAUSES OCCASIONNELLES les plus actives et les plus puissantes sont assurément les émotions morales vives et particulièrement la colère ; l'influence de ces causes est au maximum chez les individus d'un tempérament nerveux, chez les hystériques, et surtout chez les hypochondriaques qui sont particulièrement prédisposés à l'œsophagisme.

Chez les personnes qui ont déjà éprouvé cet accident, la seule appréhension de son retour suffit pour le ramener en effet ; déjà Hoffmann a rapporté un cas de ce genre. Boyer a observé un fait analogue chez une femme hystérique qui, après avoir ressenti quelques picotements dans un mouvement de déglutition, ne pouvait plus avaler d'aliments solides sans éprouver une constriction œsophagienne des plus pénibles. Zimmermann a rapporté un cas plus remarquable encore : son malade ayant senti, en avalant une cuillerée de bouillon, une petite quantité de ce liquide tomber dans le larynx, ne put plus, depuis ce moment, en avaler une seule goutte malgré les plus grands efforts. L'influence de l'imagination, bien positive dans les faits de ce genre, est plus évidente encore dans les cas non moins nombreux, où la représentation psychique de l'acte de la déglutition, la déglutition idéale, si je puis ainsi dire, suffit pour provoquer un accès de spasme œsophagien.

SYMPTOMES.

Le début est ordinairement brusque ; le premier phénomène est une *dysphagie*, qui apparaît sous forme d'accès quelquefois très-éloignés ; la douleur est intense, constrictive, brûlante ; la déglutition est gênée, mais non pas impossible ; ces nuances au surplus sont subordonnées à l'idiosyncrasie du sujet. Certains malades avalent plus facilement les aliments solides que les boissons ; mais le plus ordinairement les liquides seuls

peuvent être ingérés. La température des substances introduites dans l'œsophage influe aussi quelquefois sur la constriction spasmodique de ce conduit ; ainsi il est des personnes qui avalent facilement les boissons chaudes, tandis qu'elles rejettent les boissons froides (Th. Percival, Bleuland) ; d'autres fois, c'est l'inverse qui a lieu, et l'on a vu souvent l'ingestion d'eau glacée faire cesser le spasme. Dans certains cas, plus rares à la vérité, la dysphagie ne se montre qu'au moment de la déglutition de la dernière bouchée (Spiess) ; Hoffmann cite l'exemple d'une femme qui fut longtemps tourmentée par un œsophagisme, remarquable en ce que dans le commencement il n'y avait que le dernier bol alimentaire qui fût arrêté dans l'œsophage, et pour le faire descendre, elle était obligée d'ingérer beaucoup de liquide.

Outre ces variétés relatives à la nature des substances et au moment de leur ingestion, il est d'autres modalités symptomatiques qui sont en rapport avec le *siège du spasme*. Les deux sièges de prédilection sont la partie supérieure de l'œsophage avec participation du segment inférieur du pharynx, ou bien la partie inférieure du conduit œsophagien. — Dans le premier cas la déglutition est difficile, douloureuse, et parfois tout à fait impossible ; dès que l'aliment arrive dans le pharynx, il provoque une contraction réflexe instantanée donnant la sensation d'un corps étranger et souvent accompagné de rigidité des muscles de la langue et du cou. Ce ténisme pharyngo-œsophagien détermine le plus souvent l'expulsion immédiate des substances ingérées. — Lorsque le spasme occupe la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage, les aliments arrivent sans difficulté jusqu'à ce niveau, mais ils s'y arrêtent en causant une sensation de corps étranger rapportée par les malades à la région interscapulaire, à la pointe du sternum, ou à l'épigastre ; et alors, ou bien ils finissent par passer dans l'estomac après des efforts répétés de déglutition ; ou bien ils sont rejetés par une sorte de vomissement œsophagien, accompagné d'une expulsion de gaz, ou de l'expulsion d'un mucus glaireux et abondant. — Lataurette a observé un fait dans lequel le bol alimentaire était ramené sans douleur dans la bouche et parvenait dans l'estomac après une seconde déglutition. Dans un autre cas (Courant), les aliments restaient enfermés pendant quelque temps dans l'œsophage, étaient ramenés successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, puis enfin rejetés tout à coup avec violence ou précipités dans l'estomac.

Avec ces symptômes de dysphagie coïncident un certain nombre de PHÉNOMÈNES SECONDAIRES, qui peuvent persister durant tout le cours de la maladie, mais qui sont toujours exagérés par les efforts de déglutition ; ce sont la contraction des muscles cervicaux et en particulier des sternomastoïdiens et des trapèzes, la douleur en ceinture au niveau des épaules, le rejet plus ou moins abondant de salive et de mucosités, les efforts de régurgitation et parfois l'angoisse respiratoire, les lipothymies

ou même la syncope. Ces symptômes secondaires sont plus fréquents quand le spasme occupe la partie inférieure de l'œsophage; ils n'appartiennent pas en propre au spasme du pharynx, comme Hoffmann l'avait supposé.

Dans le degré le plus accentué du mal, le patient est dans un état vraiment pénible; l'intensité de la douleur œsophagienne provoque des contractions réflexes violentes, étendues aux muscles cervicaux et inspirateurs; la face exprime l'abattement ou l'angoisse, les veines du cou sont turgescentes, l'oppression est extrême, le pouls est petit et fréquent; parfois même il y a du délire ou des convulsions générales. La déglutition est alors réellement impossible, à tel point que la seule vue des aliments ou des boissons suffit pour réveiller le spasme et faire éclater les accidents que la dysphagie provoque. C'est à cette forme de l'œsophagisme que Hamburger a donné le nom de NÉVRALGIE ÉPILEPTIFORME DU NERF VAGUE. La crainte aidant, chez certains malades dont l'imagination est vivement frappée, on peut voir se développer les symptômes alarmants de l'hydrophobie (Barbantini).

Le plus souvent la contraction musculaire qui produit le spasme est momentanée et cesse avec l'accès; dans d'autres cas, elle persiste comme affection chronique du tissu musculaire (Romberg) donnant lieu à ce que l'on a appelé le RÉTRÉCISSEMENT SPASMODIQUE DE L'ŒSOPHAGE. — Ces spasmes fixes, présentant des rémissions plus ou moins prolongées, mais jamais d'intermittences nettes, sont extrêmement rares; Hamburger, dans l'espace de plusieurs années, n'a pu en observer que deux exemples. Dans ces cas, il n'y a jamais de douleur, même pendant la déglutition; la dysphagie est constante, mais l'intensité en est très-variable. Le rétrécissement spasmodique de l'œsophage présente une marche toujours lente, cependant sa durée excède rarement plusieurs mois. Les symptômes inquiètent plus les malades par leur persistance que par leur intensité; ils ne sont jamais accompagnés de contractions réflexes menaçantes, et la guérison est la règle dans tous les cas.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

Le diagnostic de l'œsophagisme ne présente ordinairement pas de difficultés sérieuses. La soudaineté du début, les circonstances étiologiques, l'intermittence des accidents, la coexistence des phénomènes secondaires et des autres désordres nerveux sont de puissants auxiliaires; mais ils ne suffisent pas toujours pour différencier le spasme de l'œsophage des autres affections de ce conduit. D'ailleurs l'œsophagisme avec ses rémissions et ses exacerbations peut être lié à une altération organique commençante, de sorte que les irrégularités dans la marche des accidents ne permettent pas d'affirmer l'existence d'un spasme essentiel.

Le cathétérisme de l'œsophage est un complément nécessaire pour assurer l'exactitude du diagnostic. L'introduction méthodique d'une sonde d'assez gros calibre poussée avec ménagement dans l'œsophage et parcourant ce conduit sans rencontrer d'autre obstacle que des arrêts momentanés, démontrera l'absence de tout rétrécissement organique.

Dans la PARALYSIE de l'œsophage, le cathétérisme est plus facile, il n'y a point de régurgitation des aliments, et de plus les boissons en arrivant dans le conduit devenu inerte et flasque y produisent un bruit particulier et caractéristique, analogue à celui que l'on entend chez les agonisants. Enfin la paralysie est permanente, le spasme rémittent.

Dans ces derniers temps, Hamburger et avant lui Natanson, ont accordé à l'auscultation de l'œsophage une grande importance pour le diagnostic des affections de ce canal. Le lieu le plus favorable pour pratiquer cette exploration stéthoscopique est le côté gauche de la région cervicale en arrière de la trachée, depuis l'os hyoïde jusqu'à la clavicule, ou bien la colonne vertébrale de la première à la huitième dorsale, le long du rachis. Les bruits perçus, résultant surtout du conflit de l'air et d'un liquide, l'examen doit se faire pendant la déglutition d'une cuillerée d'eau; mais on peut pratiquer aussi l'auscultation œsophagienne pendant le cathétérisme. — La déglutition normale produit un fort gargouillement au niveau de l'os hyoïde et un bruit de glissement doux le long de l'œsophage. Un bruit plus ou moins modifié et en sens inverse se produit dans la régurgitation, et le point où il commence correspond en général au siège du rétrécissement. — Dans le rétrécissement au début, l'air refoulé par le bol alimentaire trouvant un obstacle, remonte en traversant le liquide et produit un léger glou-glou. C'est un véritable gargouillement si le rétrécissement est plus prononcé; quand il est confirmé, ce sont des bruits divers de régurgitation bruyante.

Dans le cas où l'œsophagisme est peu intense, on entend également à chaque déglutition un léger frottement; si le spasme est plus accentué, le frottement perçu à l'auscultation pendant les efforts de déglutition des liquides offre la rudesse d'un vrai bruit de râpe; la déglutition devient-elle impossible, on peut encore percevoir la régurgitation sonore. Telles sont les principales données que fournit ce nouveau mode d'exploration; mais elles ne me paraissent pas avoir pour le diagnostic de l'œsophagisme la portée clinique qui leur est attribuée par Hamburger.

Le pronostic du spasme œsophagien est rarement grave; cependant on connaît quelques cas de mort; mais cette terminaison n'a guère été observée que dans l'hydrophobie non rabique chez des sujets très-fortement impressionnés.

Toutefois il n'est pas fait mention d'accidents hydrophobiques dans l'observation rapportée par Pomer en 1866, relative à un homme de 48 ans qui mourut d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage; l'examen

microscopique ne révéla chez lui l'existence d'aucune lésion appréciable. Dans un cas cité par Howship, l'œsophage présentait dans un point limité une coarctation intense et sans altération de tissu. Quant aux faits observés par Baillie, Monro et Ch. Bell ils sont fort contestables.

Enfin la maladie peut être chronique et présenter une désespérante opiniâtreté. On l'a vue persister près de 15 ans (Seney), et Lasègue a rapporté un fait d'œsophagisme d'une durée presque indéfinie (près de 30 ans).

TRAITEMENT.

L'indication thérapeutique la plus urgente est de pourvoir à l'alimentation des malades, laquelle est parfois rendue presque impossible par la violence de la dysphagie.

Le CATHÉTÉRISME de l'œsophage n'est pas seulement le meilleur moyen de nourrir le patient; il constitue aussi l'une des plus précieuses méthodes de traitement. On se servira de préférence de sondes de gros calibre, car les petites réveillent quelquefois la contraction réflexe des fibres musculaires du conduit œsophagien, ou exagèrent le spasme quand il existe déjà. Il faut avoir soin d'introduire la sonde avec lenteur et de la maintenir patiemment en présence de l'obstacle jusqu'à ce qu'on soit parvenu à le franchir; une fois ce résultat obtenu, on laissera pendant quelque temps le cathéter engagé dans la portion spasmodiquement rétrécie. Il a suffi dans certains cas de la simple introduction de la sonde œsophagienne pour faire cesser définitivement le spasme (Boudard), mais le plus souvent le cathétérisme a dû être répété plusieurs fois pour produire une guérison complète et durable. Si la sensibilité de l'œsophage rendait l'introduction de la sonde douloureuse, ou même impossible, on pourrait, suivant le conseil de Mondière, enduire le cathéter d'extrait de belladone. A ce traitement mécanique, il sera bon d'associer certains médicaments internes; les préparations opiacées à hautes doses semblent avoir donné d'excellents résultats. Johnston ne craignit pas de faire prendre 15 gouttes de teinture thébaïque toutes les quatre heures, et à la sixième prise, le spasme, qui était des plus violents, cessa pour ne plus reparaitre. La *juquame*, la *belladone*, l'*acide cyanhydrique* (Mac Swiney) ont été également administrés avec succès. J'ai réussi parfaitement chez un malade, âgé de 52 ans, par l'emploi simultané de pilules de belladone et d'iodure de potassium. Hamburger a rapporté deux exemples analogues.

Dans le cas où la gêne de la déglutition est portée à ses degrés extrêmes, on peut recourir avec avantage aux *injections hypodermiques* de morphine ou d'atropine. L'électricité a paru donner quelques résultats satisfaisants (Duncan, Th. Percival, Courant, Hunter, Monro), mais on

a rarement aujourd'hui recours à ce moyen. — Les boissons froides ou l'ingestion de fragments de *glace* ont été réellement utiles dans certains cas; Jobert a guéri un spasme œsophagien rebelle par la cautérisation ponctuée au fer rouge, sur le devant du cou et de la poitrine. Enfin Broca a employé dans un cas la dilatation forcée à l'aide de pinces dont les branches restent écartées de 6 centimètres; le succès fut complet et ne s'est pas démenti depuis six ans.