

orifices ovalaires (*yeux*) au-dessous desquels se trouve une extrémité conique pleine. De même forme et de mêmes dimensions, les *bougies* sont pleines ou à canal central fermé. Sondes ou bougies, capables de franchir en partie un rétrécissement, n'en indiquent pas le siège précis. L'*explorateur à boule olivaire*, dont l'olive seule explore, est préférable. Il consiste en une longue tige de baleine, terminée : en haut par un anneau, en bas par un pas de vis qui s'adapte à des olives de divers volumes (en ivoire, en métal ou en gutta-percha).

On prévient d'abord le sujet du sentiment de strangulation avec nausées qu'éveillera l'arrivée de la sonde dans le pharynx, en insistant sur la possibilité d'atténuer cette impression par l'exécution, pendant l'examen, de mouvements respiratoires larges et ininterrompus.

Le sujet assis, le thorax verticalement appuyé sur une chaise à dossier droit, le visage tourné en haut, rejette la tête légèrement en arrière. Il est bon qu'un aide, placé derrière le patient, fixe la tête de ce dernier, en l'appuyant contre son corps et plaçant une main de chaque côté du maxillaire inférieur. On assoit les grands enfants sur les genoux d'un second aide, tandis qu'un seul aide suffit à tenir les plus petits de la même façon que pour l'examen de la gorge, et en usant de l'ouvre-bouche. On opère ensuite comme il suit :

L'index gauche, insinué jusqu'à la base de la langue, la déprime et l'attire à lui; le cathéter, tenu avec trois doigts de la main droite, comme une plume à écrire, à environ 10 centimètres de l'olive, est glissé le long de l'index gauche, jusqu'à la paroi postérieure du pharynx; la main droite, se relevant alors, par un mouvement de bascule, porte l'olive, derrière l'index gauche et derrière l'épiglotte, dans l'œsophage : il ne reste plus alors qu'à pousser assez vite le cathéter, sans force ni à-coup, en saisissant sa tige de plus en plus haut.

Le seul écueil à éviter est l'introduction du cathéter dans la glotte. Ce danger est presque nul avec le cathéter à olive qui suit de lui-même la paroi postérieure du pharynx. Quand une grosse olive vient buter sur la glotte, une apnée subite, avec cyanose, en témoigne aussitôt. L'entrée dans le larynx de la bougie pleine à extrémité conique provoque aussi d'emblée la suffocation. Les sondes creuses, demi-molles, en se coulant sur la paroi postérieure du pharynx, pénètrent plus aisément dans les voies aériennes. Si la dyspnée et la cyanose font redouter une fausse route, on peut, avant de poursuivre l'introduction, approcher de l'orifice de la sonde la flamme d'une bougie qui, si la sonde est dans la trachée, sera attirée par l'air inspiré et repoussée par l'air expiré. Cependant, ce signe pouvant exister même quand la sonde est dans l'œsophage n'offre pas une valeur absolue. Ces accidents, du reste, ne se produisent guère que dans les cas d'anesthésie pharyngo-laryngée, pathologique (diphthérie) ou provoquée (bromure à haute dose ou badigeonnage de cocaïne); aussi est-il préférable, sauf chez les sujets très émotifs ou hyperesthésiques, de se passer d'anesthésie préalable.

Résultats du cathétérisme explorateur. — Chez un sujet sain, le cathéter progresse du pharynx à l'estomac, sans obstacle ni douleur. L'*œsophagite* ou une *ulcération* se traduit par une douleur au passage du cathéter,

généralement en un point limité et constant. La présence de sang sur l'olive indique l'existence probable d'une ulcération.

Le *rétrécissement* est dénoncé par l'arrêt de l'olive au point rétréci qu'elle ne peut franchir. On saisit alors la tige du cathéter au point où elle touche les incisives et, l'ayant retiré, on mesure la distance de ce point à l'extrémité de l'olive, distance qui, réduite de 15 centimètres (des dents à l'entrée de l'œsophage), permet d'apprécier le siège probable du rétrécissement. Avant d'en affirmer l'existence, on s'assure que l'arrêt de l'olive ne tient ni à un diverticule œsophagien (très rare), ni à un spasme hystérique (bien plus commun).

Y a-t-il *diverticule œsophagien*, l'olive est arrêtée mais non serrée, et reste libre comme dans une cavité; de plus, si elle évite l'orifice du diverticule, elle arrive aisément à l'estomac.

En cas de *spasme*, en un ou plusieurs points, l'olive rencontre un peu de résistance ou est arrêtée; en général, l'obstacle, dont le siège varie d'un examen à l'autre, cède à une pression douce et soutenue. Plus fixe et plus rebelle, le *spasme hystérique*, offrant un siège constant pour chaque cas, ne cède pas à une pression même prolongée. Mais il manque, certains jours, et cède parfois mieux à une grosse olive qu'à une petite.

Le rétrécissement et son siège reconnus, reste à en déterminer le degré et la nature. Le cathétérisme, tenté d'abord avec la plus grosse olive, est ensuite essayé avec des olives de calibre décroissant, jusqu'à réussite; la première qui franchit le rétrécissement en donne le calibre intérieur. La nature de la sténose ne peut être déduite que des commémoratifs et des signes concomitants. Rarement, une sonde à orifices latéraux ramène une parcelle de tumeur que l'on peut examiner histologiquement.

Le cathétérisme sert aussi à rechercher les corps étrangers de l'œsophage, mais l'*œsophagoscopie* fournit, à cet égard, des données bien plus précises.

Œsophagoscopie. — L'instrument le plus maniable est celui de *Rosenheim*; il consiste en un tube de métal uni et mince, dont l'extrémité, renflée et mousse, est coupée perpendiculairement à son axe: ce tube reçoit un mandrin débordant en bas de 4 à 5 centimètres par un bout en gomme, et dont le bout supérieur se fixe solidement par une vis à une longue gouttière métallique; la vis desserrée, le mandrin s'enlève et peut faire place à un *électroscope* assez large, ainsi que la gouttière, pour permettre l'introduction dans le tube de petits instruments que manie la main droite, sous le contrôle du regard, tandis que la gauche maintient le tube. Cette exploration offre les mêmes contre-indications que le cathétérisme.

Technique. — Le malade doit être à jeun; il est même préférable, avant l'examen, de laver l'estomac et, s'il y en a, les dilatations ou diverticules de l'œsophage. Le cathéter à olive vérifie ensuite la liberté du conduit, ou constate le degré et le siège des obstacles. Il est bon, à l'exemple de Rosenheim, de cocaïniser le pharynx et même l'œsophage, en y injectant 1 gramme d'une solution à 1 ou 1,5 pour 100, à l'aide d'une seringue spéciale. Celle-ci est munie d'une longue canule en gutta-percha terminée par un renflement percé

d'une dizaine d'orifices; l'ayant introduite aussi loin que possible, on la retire, tout en poussant lentement le piston de la seringue. On touche le pharynx avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne à 20 pour 100. La longueur et le calibre des instruments employés doivent être conformes aux dimensions de l'œsophage (*largeur moyenne* : 15 millimètres pour l'homme; 11^{mm},5 pour la femme; moins pour l'enfant. *Longueur moyenne*, 45 centimètres. Il faut en avoir de dimensions inférieures et supérieures).

Le malade est disposé sur un fauteuil à examen gynécologique, mais le dos sur les coussins (le bas du thorax un peu relevé), le bassin et les jambes sur le dossier et la tête pendante en avant du lit, ou maintenue par un aide. Le tube avec son mandrin est introduit dans la bouche, très largement ouverte, pendant que l'index de la main gauche relève le larynx et dirige dans l'œsophage la partie molle du mandrin. Quelques mouvements de déglutition, et parfois, de légères modifications à l'attitude de la tête et du thorax favorisent l'introduction. En l'absence de tout obstacle, on enfonce jusqu'à ce que le mandrin pénètre dans l'estomac; quand on l'a retiré, on voit le cardia qui vient de se fermer.

Chez les rares malades ne tolérant pas la position horizontale, ou dont le cou est trop long pour permettre l'arrivée de l'index gauche au larynx, on peut introduire le tube dans la position assise, comme un cathéter, et ne faire prendre le décubitus qu'après pénétration du tube dans l'œsophage.

L'instrument arrivé au cardia, et le mandrin enlevé, on observe, après le cardia, toute la longueur de l'œsophage, à mesure que l'on retire le tube, ayant soin, par des inclinaisons convenables, de maintenir le centre du canal dans le champ de l'instrument. Un tampon d'ouate monté sur une longue pince enlève le sang ou le mucus qui pourrait souiller le tube.

Résultats de l'œsophagoscopie. — La muqueuse œsophagienne paraît rouge pâle sur toute sa longueur. Fermée par le constricteur du pharynx, l'extrémité supérieure de l'œsophage bâille légèrement dans les inspirations profondes. Les parois de la *portion cervicale*, appliquées l'une à l'autre, forment, en s'écartant devant le tube, un court entonnoir terminé par une fissure ronde, ou plutôt transversale. Dans le *thorax*, l'ouverture de l'œsophage est triangulaire ou quadrangulaire. *Du diaphragme au cardia*, la lumière du canal forme un entonnoir terminé par un orifice en étoile ou en rosette. Le cardia est constamment fermé par une contraction musculaire. L'expiration rapproche les parois de l'œsophage; l'inspiration les écarte. Sa paroi antérieure est soulevée par les battements du cœur et les pulsations de l'aorte. Les *mouvements péristaltiques* sont surtout éveillés par la déglutition ou les efforts de vomissement.

La muqueuse est gonflée, œdématisée, très rouge, injectée, dans l'*œsophagite aiguë*. Elle est œdématisée, mais blanche, sillonnée de varicosités et enduite de mucus, dans le *catarrhe chronique*.

La descente aisée du tube, très mobile dans l'œsophage, dont la muqueuse forme des plis très saillants, indique la dilatation du conduit.

Les figures œsophagoscopiques du *rétrécissement* sont caractéristiques. La

sténose, généralement cervicale, située au-dessus de la bifurcation de la trachée, forme, sur le fond rose de la muqueuse, des traînées fibreuses blanches, allongées ou radiées, le tissu cicatriciel augmentant à mesure qu'on approche du rétrécissement, qui, lui-même, présente l'aspect, soit d'un entonnoir terminé par un orifice arrondi ou ovale, soit d'un museau de tanche (quand il s'invagine dans la portion dilatée qui le précède). Lorsque la cicatrice est très superficielle, le rétrécissement, à lumière parfois excentrique, figure un diaphragme; quand la cicatrice infiltre profondément les parois, le rétrécissement paraît plus fixe et plus rigide.

L'œsophagoscopie permet, avant que le cathétérisme ne révèle rien d'anormal, de reconnaître le cancer de l'œsophage. Au début, existe un rétrécissement à lumière irrégulière, parfois crevassée. On peut observer : une nodosité en demi-noisette; un îlot semi-lunaire ou annulaire; parfois une simple saillie de la paroi. La muqueuse est alors : soit tout à fait normale; soit pâle, blanc jaunâtre, ou plus rouge que normalement; ou, plus souvent, sombre, violacée, sillonnée de vaisseaux dilatés. On peut encore voir : des hémorragies punctiformes sous-épithéliales; des amas de petites excroissances papillaires (langue de chat), des bandes ou des taches blanches, par épaissement de l'épithélium, ou des granulations d'origine glandulaire. Ailleurs, la muqueuse est atteinte de catarrhe et le tube est arrêté par un entonnoir infranchissable à plis radiés.

Un rétrécissement cicatriciel peut se traduire par des images analogues aux précédentes. Aussi accordera-t-on plus de valeur à la constatation de *saillies en chou-fleur* ou d'une *ulcération*, lisse, granuleuse ou végétante, recouverte à sa surface de sanie purulente ou jaune grisâtre, intéressant soit un point limité, soit tout le pourtour du rétrécissement. L'ulcération, occupant la lumière même de la sténose, est dénoncée par des lambeaux de muqueuse flottant librement au-dessus. Les bords de l'ulcération cancéreuse se continuent, non avec la muqueuse saine, comme ceux de l'ulcère simple, mais avec la surface néoplasique, rouge grisâtre et inégale. Il est des cas, où le contact du tube provoque un suintement sanguin continu; d'autres, où il est souillé, à chaque inspiration, par une sanie purulente s'échappant du point rétréci. Dans les cas douteux, on peut, à travers l'œsophagoscope, prélever avec une longue pince une parcelle de tumeur, pour l'examiner au microscope.

L'outillage et la technique de l'œsophagoscopie ont encore été perfectionnés par Killian (de Fribourg-en-Brisgau) et par Guisez (de Paris) à qui est dû un nouveau modèle d'éclaireur qui rend l'exploration bien plus aisée (1).

L'œsophagoscopie facilite beaucoup la recherche des *corps étrangers de l'œsophage*; qu'ils soient volumineux et arrêtés dans la partie supérieure, ou petits et implantés en un point quelconque de la muqueuse.

(1) Voy. *Presse médicale*, 26 décembre 1905, 25 février et 4 mars 1905.

CHAPITRE V

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DE L'ŒSOPHAGE

I. — ŒSOPHAGITE

Tantôt traumatique, consécutive à l'ingestion de liquides bouillants ou caustiques, tantôt secondaire à une infection (muguet, diphtérie, variole, fièvre typhoïde), l'œsophagite frappe surtout le tiers supérieur de l'œsophage. Quand l'inflammation est très aiguë, le malade souffre à l'épigastre et entre les épaules, surtout au passage du bol alimentaire, de boissons trop chaudes ou trop froides ; il accuse souvent, en outre, des spasmes et des régurgitations alimentaires.

La présence de corps étrangers dans l'œsophage peut engendrer non seulement l'œsophagite, mais l'ulcération des vaisseaux œsophagiens, et, par suite, de graves hématomés. Les *escarres* succédant à l'ingestion de caustiques, peuvent, en tombant, entraîner des perforations mortelles ; en cas de survie, la guérison laisse des sténoses cicatricielles plus ou moins serrées. L'œsophagite peut aboutir encore à des collections purulentes sous-muqueuses ou péri-œsophagiennes que font soupçonner le redoublement de la dysphagie et l'apparition de la fièvre. Le pus des abcès sous-muqueux se fait jour dans l'œsophage et est rejeté par régurgitation, à moins qu'il ne tombe dans l'estomac. Les suppurations péri-œsophagiennes, en s'étendant aux tissus du médiastin, entraînent les plus graves désordres.

II. — ŒSOPHAGISME

L'œsophagisme, ou spasme de l'œsophage, est tantôt *symptomatique* d'une lésion œsophagienne, inflammatoire (œsophagite) ou organique (ulcère, cancer, cicatrice) ; tantôt *sympathique* ou réflexe, éveillé par certaines affections gastriques, laryngées ou utérines ; tantôt enfin *essentiel*, chez les nerveux, les hystériques et les hypocondriaques. C'est cette dernière forme qu'il importe surtout de connaître.

Le spasme survient brusquement, quelquefois motivé par une contrariété ou la vue de certains mets, soit dès la première bouchée, soit au milieu du repas. Le spasme est tantôt absolu et entraîne la régurgitation, tantôt relatif, laissant finalement passer le bol alimentaire, mais à force de liquide et d'efforts de déglutition. En même temps, le malade éprouve de l'angoisse, de l'oppression, de la constriction cervicale. Le cathéter subit, devant le spasme, un arrêt tantôt absolu, tantôt passager et disparaissant après un certain délai. On a vu qu'entre les crises le passage peut être très aisé, et quelquefois davantage pour une grosse olive que pour une petite.

III. — ULCÈRE DE L'ŒSOPHAGE

L'ulcère de l'œsophage est une affection rare, généralement méconnue sur le vivant. Plus commune chez l'homme, la lésion siège surtout au voisinage du cardia et semble attribuable aux mêmes causes que l'ulcère gastrique. Les signes principaux en sont : la *douleur*, la *dysphagie* et l'*hématomèse*.

La *douleur* siège à l'épigastre, derrière le sternum, irradiant parfois entre les épaules, le long du rachis, vers les hypocondres, au-dessus des mamelons ; elle est vive, brûlante et suit presque immédiatement la déglutition. La *dysphagie* entrave la déglutition des solides d'abord, puis des liquides ; comme dans le rétrécissement, elle entraîne des régurgitations et cause une inanition progressive. Le cathétérisme éveille, dès que l'olive atteint le cardia, une douleur déchirante derrière l'appendice xiphoïde, ou dans le dos.

Les *hématomèses* sont abondantes, provenant en général des plexus veineux péri-œsophagiens ; elles peuvent résulter de la perforation de l'aorte et sont alors foudroyantes.

La mort est le résultat soit de l'inanition, soit d'une complication (hématomèse ; perforation du péricarde, des plèvres, de la bronche droite ; gangrène pulmonaire). La cicatrisation s'observe, mais entraîne souvent le rétrécissement⁽¹⁾. L'ulcère de l'œsophage est généralement pris pour : une œsophagite ; un rétrécissement, cicatriciel ou cancéreux ; un ulcère de l'estomac ; à moins qu'il ne passe tout à fait inaperçu. Les hématomèses éveillent l'idée de variées œsophagiennes. L'œsophagoscopie, quand elle est possible, permet seule un diagnostic précis.

IV. — RÉTRÉCISSEMENT ET CANCER DE L'ŒSOPHAGE

La sténose organique de l'œsophage est tantôt *cicatricielle*, due à l'évolution fibreuse d'une œsophagite ou d'une infiltration gommeuse ; tantôt *néoplasique*, due au développement d'un épithéliome de la paroi.

La *dysphagie progressive* est le signe fondamental du rétrécissement œsophagien ; elle n'est d'abord provoquée que par les aliments solides, puis bientôt aussi par les liquides. Les ingesta, mêlés à des mucosités filantes, sont l'objet de régurgitations suivant la déglutition de plus ou moins près, selon que le rétrécissement siège plus ou moins bas, et qu'il est ou non surmonté d'une dilatation du conduit. Les aliments sont rendus tantôt intacts, tantôt plus ou moins macérés par la salive. La rétro-dilatation, quand elle est considérable, intra-thoracique et distendue, engendre de la dyspnée ; si elle occupe la région cervicale, elle se traduit, sur les côtés du cou, par des tumeurs oblongues que le malade cherche à vider par pression. En l'absence d'intervention, le rétrécissement cicatriciel aboutit à la mort par inanition. La jeunesse des sujets qu'il frappe, et les commémoratifs (traumatisme, corps étranger de l'œsophage, ingestion de substances caustiques) permettent généralement de remonter à sa cause.

(1) DEBOVE, Du rétrécissement primitif de l'œsophage. *Soc. méd. des hôp.*, 15 avril 1885.