

## 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<sup>(1)</sup>. 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.



Le *cancer de l'œsophage*, plus commun chez l'homme, après 50 ans, débute aussi par des signes de dysphagie progressive; mais il s'y joint souvent des douleurs irradiées au cou, au dos, à l'épigastre; l'haleine est souvent fétide; le cathétérisme ramène fréquemment du sang qui peut aussi se trouver dans les vomissements. Des troubles laryngés (immobilité des cordes vocales, voix fausse) par compression du récurrent précèdent quelquefois la dysphagie. L'induration des ganglions cervicaux ou sus-claviculaires dénonce aussi le cancer. L'épithéliome œsophagien évolue rapidement; l'ulcération de la tumeur entraîne quelquefois une rémission trompeuse dans la dysphagie; l'inanition est progressive, la soif est vive, l'abdomen rétracté (par atrophie gastro-intestinale). La mort survient en moins d'un an, quelquefois hâtée par une complication: perforation de la trachée ou des bronches (crise de toux et de suffocation après chaque déglutition); ulcération du poumon (broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire), de la plèvre (pleurésie purulente ou putride), du péricarde, de l'aorte (hémorragie foudroyante); cancer vertébral; *phlegmon péri-œsophagien*. La généralisation, n'ayant pas le temps de se produire, est exceptionnelle. La *tuberculose pulmonaire* est une conséquence fréquente de l'inanition.

**Diagnostic.** — Chez un sujet présentant de la dysphagie œsophagienne, l'examen clinique, général et local, doit décider si le rétrécissement existe ou non; quel est son siège et quelle est sa nature. Un examen méthodique complet doit éliminer les différentes *causes de compression œsophagienne*: adénopathies et tumeurs du médiastin, anévrisme de l'aorte; tumeurs du larynx, du corps thyroïde; épanchement péricardique; et le spasme œsophagien essentiel ou *œsophagisme* (intermittent, chez des sujets jeunes et nerveux). On a vu plus haut (examen de l'œsophage) quels étaient les caractères physiques du spasme. L'*origine cicatricielle* d'un rétrécissement est probable, quand il est multiple, rigide, consécutif à une œsophagite, à un ulcère de l'œsophage, à la syphilis, chez un sujet jeune. L'*origine cancéreuse* est plus vraisemblable, chez un homme d'au moins 50 ans, porteur d'un rétrécissement unique, peu rigide, saignant facilement au cathétérisme, survenu sans motif, surtout s'il coïncide avec une adénopathie ligneuse sus-claviculaire. On a vu (généralités) que l'*œsophagoscopie* permet souvent de constater *de visu* la nature d'un rétrécissement, alors même que les signes fonctionnels et la dysphagie ne sont encore qu'ébauchés.

## CHAPITRE VI

### SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DE L'ESTOMAC

#### EXPLORATION DE L'ESTOMAC

L'examen clinique d'un gastropathe comprend trois étapes: 1° l'*interrogatoire* qui apprend au médecin: les sensations subjectives qu'éprouve habi-

tuellement le malade et les troubles digestifs dont il peut rendre compte (vomissements, renvois, etc.) ainsi que l'évolution des accidents; 2° l'*examen physique* de l'organe (percussion, palpation, auscultation) qui en précise les caractères anatomiques; 3° le *cathétérisme* destiné à déterminer l'état de ses aptitudes motrices et sécrétoires.

**Interrogatoire.** — Le nombre des signes subjectifs provoqués par une gastropathie est limité. Les vomissements, les éructations, le pyrosis, parfois les hématemèses, sont les principaux. Leur groupement et l'état concomitant des autres appareils importent surtout au diagnostic.

Une méthode rationnelle (Soupault) consiste à se faire rendre compte par le malade de tous les malaises gastriques qu'il éprouve de l'heure du réveil à celle du coucher, de façon à apprécier successivement les troubles des périodes de jeûne et des différentes phases de la digestion.

**Troubles à jeun.** — Certains dyspeptiques sont mieux au réveil qu'en tout autre moment; d'autres éprouvent à jeun des malaises vagues (bouche sèche, amère; nausées; pesanteur gastrique; vide dans la tête; courbature, vertiges) généralement d'origine neurasthénique.

Plus rarement, la *douleur* existe à jeun, légère ou très vive (crampe, brûlure), exaspérée ou non par la pression. Intense et sans vomissement, elle reconnaît d'habitude une cause nerveuse, soit fonctionnelle (gastralgie), soit organique (tabes).

Les *éructations* sont communes à jeun, tantôt inodores, d'origine nerveuse si elles sont répétées; tantôt fétides, dues à des fermentations gastriques ou intestinales par stase.

Les *vomissements à jeun* ont une composition variable, formés tantôt d'un liquide demi-épais, filant, grisâtre ou verdâtre (bile), inodore, amer, neutre (pituite des alcooliques par hypersécrétion des glandes muqueuses), propre à *catarrhe gastrique*; tantôt d'un liquide plus aqueux, acide, agaçant les dents, offrant les réactions du suc gastrique (gastrite hyperpeptique, gastro-succorrhée).

Les vomissements peuvent contenir des *aliments* ingérés soit récemment, soit depuis plusieurs jours, quelquefois réduits en pâte, d'une odeur aigrelette (acide chlorhydrique) ou butyrique en l'absence d'acide chlorhydrique (cancer, ulcère très ancien). Accidentels, ils n'indiquent qu'une indigestion passagère; répétés chaque jour ou à divers intervalles, ils signifient obstacle au passage des aliments dans l'intestin (*stase gastrique*). Le pyrosis et les régurgitations, en dehors des périodes digestives, indiquent aussi la stase gastrique.

**Troubles contemporains de l'ingestion et du travail digestif.** — L'*appétit* subsiste souvent chez les dyspeptiques, malgré le rationnement que leur impose la crainte de la douleur. D'autres sont réellement dégoûtés soit de tout aliment, soit surtout des aliments gras et albuminoïdes.

Quelquefois de cause locale (cancer, gastrite, affection du foie), l'*anorexie* dépend bien plus souvent de maladies générales aiguës ou chroniques; d'origine névropathique, elle est inconstante, alternant avec des phases d'appétit