

mort dans l'espace de dix à dix-huit mois. Celle-ci peut survenir par suite de l'affaiblissement progressif dû à l'inanition et à la cachexie; souvent elle est accélérée par quelque complication; comme la pleurésie, la pneumonie, l'hémorrhagie, résultant de la perforation de la plèvre, du poumon, des gros vaisseaux (artère pulmonaire, aorte, sous-clavière, intercostale supérieure, etc.).

TRAITEMENT. — Le traitement est purement palliatif. Il consiste à calmer les douleurs et à entretenir les forces du malade. L'emploi des narcotiques en injections hypodermiques, l'usage prudent de la sonde œsophagienne, les lavements nourrissants répondent à cette double indication. C'est à peine s'il serait permis de tenter l'établissement d'une fistule œsophagienne au cou dans les cas où la tumeur siègerait à la partie supérieure du conduit.

Nous verrons, à l'occasion des rétrécissements de l'œsophage, que l'on a plusieurs fois pratiqué la gastrotomie dans le but de prolonger les jours de sujets atteints de cancer de l'œsophage. Mais les résultats pitoyables de cette opération doivent la faire rejeter dans ces circonstances.

Enfin, dans ces derniers temps, Billroth (1) a pensé, d'après quelques expériences faites sur les animaux, qu'il serait possible de réséquer une portion d'œsophage atteinte de dégénérescence cancéreuse, mais je ne sache pas que cette opération ait été jamais pratiquée sur le vivant.

d. *Tubercules.* — Follin rapporte qu'un homme de soixante-sept ans souffrait depuis longtemps d'un catarrhe, lorsqu'en 1847, il eut une grippe à la suite de laquelle survint de la dysphagie. Le malade mourut d'inanition, et l'autopsie prouva que ce trouble fonctionnel résultait de la présence de tubercules dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Une collection siégeait à la partie supérieure et une autre à la partie inférieure; la première était formée de tubercules crus, la seconde était en partie ramollie; le poumon contenait des tubercules crétacés.

### ARTICLE III

#### VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Nous dirons seulement quelques mots des vices de conformation du pharynx et de l'œsophage, qui, pour la plupart, sont incompatibles avec l'existence, et demeurent au-dessus des ressources de l'art.

Sans parler de l'absence du pharynx et de l'œsophage, de la duplicité de ce conduit qui ne s'observent que dans des monstruosité complexes, la malformation que l'on rencontre le plus habituellement à l'état d'isolement, consiste dans une occlusion plus ou moins étendue du conduit pharyngo-œsophagien. Dans la plupart des cas, l'œsophage se termine

(4) *Archiv für klinische Chirurgie*, 1871, p. 65.

par un cul-de-sac situé à une distance variable du pharynx, en général, au voisinage de la bifurcation de la trachée; la portion stomacale, qui peut manquer, se termine parfois aussi en cul-de-sac, mais le plus souvent elle vient s'ouvrir dans une bronche ou dans la trachée. Les deux portions de l'œsophage sont unies entre elles par un cordon fibreux ou musculoux.

Il est rare que les enfants atteints de ce vice de conformation vivent plus de trois ou quatre jours; cependant l'existence a pu se prolonger pendant sept à huit jours. Le rejet de toutes les substances ingérées, l'impossibilité d'introduire une sonde jusque dans l'estomac, doivent faire soupçonner l'imperforation de l'œsophage. Dans un cas rapporté par Tarnier (4), l'enfant rejetait par la toux une assez grande quantité de mucosités, sans que l'auscultation révélât l'existence de lésions pulmonaires; ce symptôme pourrait faire supposer la communication anormale de la portion stomacale de l'œsophage avec les voies aériennes.

Le seul traitement applicable à ce vice de conformation consisterait dans la gastrotomie. Mais, d'après les expériences faites par Tarnier sur le cadavre, cette opération serait impraticable chez l'enfant nouveau-né, à cause de la petitesse de l'estomac et du volume considérable du foie.

Les difformités congénitales ou acquises du pharynx et de l'œsophage qu'il nous reste à étudier, intéressent plus directement le chirurgien; ce sont: 1° les *dilatations*; 2° les *rétrécissements*.

#### 1° Dilatations.

On doit distinguer les *ectasies* ou *dilatations fusiformes* du pharynx et de l'œsophage, des *dilatations partielles* ou *diverticules* communiquant avec le conduit pharyngo-œsophagien. Les premières sont constituées par toutes les tuniques, tandis que les diverticules sont formés par la hernie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux à travers les fibres musculaires.

La *dilatation fusiforme* de l'œsophage s'observe surtout dans les cas de rétrécissements de la portion inférieure du canal, et peut atteindre des dimensions considérables. Dans certains cas, cependant, il n'existe aucune cause de cette nature, et la dilatation de l'œsophage doit être rapportée, soit à une disposition congénitale, soit à des altérations diverses de la tunique musculaire. Tantôt l'ectasie coïncide avec une hypertrophie de toutes les tuniques; tantôt, au contraire, celles-ci sont uniformément amincies et comme atrophiées.

Les *diverticules* se rencontrent rarement au pharynx; le plus souvent ils siègent à l'union de ce conduit avec l'œsophage, et répondent, soit à la paroi postérieure, soit aux parois latérales. Dans l'œsophage, les

(4) *Acad. de méd.*, 17 juillet 1866.



diverticules se trouvent surtout au voisinage de la bifurcation de la trachée.

La poche formée par le diverticule présente une forme variable, et s'insinue le plus souvent entre la colonne vertébrale et la paroi postérieure du conduit, dans lequel il s'ouvre par un orifice tantôt rétréci, tantôt au contraire plus large que l'œsophage lui-même. La paroi du sac est parfois épaissie par la condensation du tissu cellulaire qui l'en-

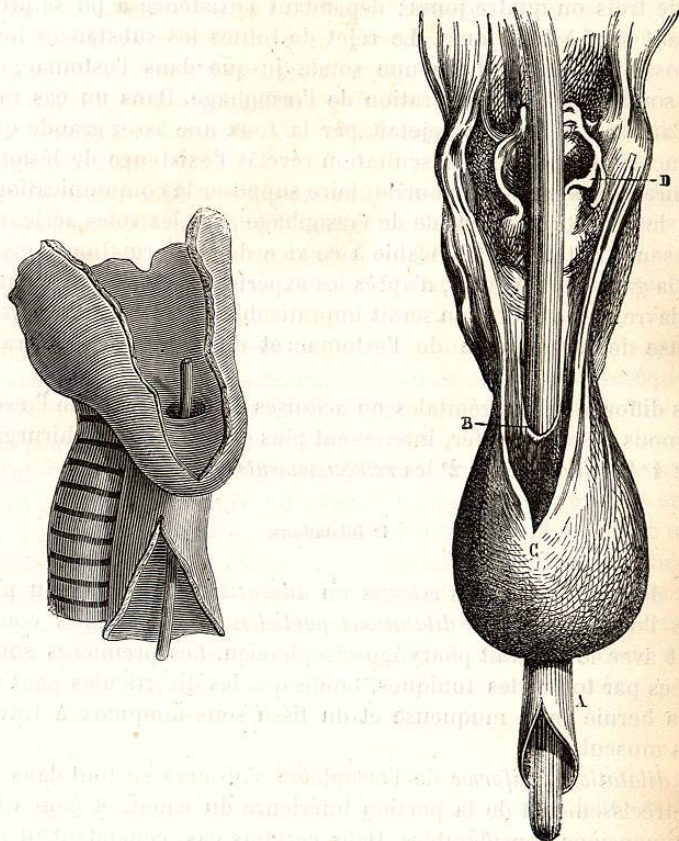


FIG. 29. — Dilatation du pharynx.

FIG. 30. — Poche œsophagienne.

ture; mais la muqueuse est généralement amincie; elle peut être enflammée, ulcérée par le séjour et la décomposition de parcelles alimentaires.

La figure 29 reproduit une pièce du musée de l'hôpital Saint-Georges, et montre une dilatation de la partie inférieure du pharynx, au niveau du bord inférieur du muscle constricteur inférieur. La poche, du volume d'un œuf, est constituée par la muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux, la partie supérieure du pharynx est élargie et les muscles pha-

ryngiens sont hypertrophiés. Il n'existe aucun rétrécissement de l'œsophage.

Nous donnons également (fig. 30) un exemple de diverticule œsophagien, emprunté à Ludlow et reproduit dans la thèse de Follin. Une sonde est engagée dans l'œsophage A; le pharynx est ouvert pour laisser voir la sonde et l'ouverture supérieure du larynx D. On voit l'orifice B qui fait communiquer la poche C avec l'œsophage.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Il est remarquable que des dilations même étendues du conduit œsophagien ne se soient révélées pendant la vie par aucun symptôme. Cependant, dans la plupart des cas, on observe des troubles de la déglutition dus à la perte plus ou moins complète de la puissance musculaire dans les parties atteintes de dilatation. Lorsque celle-ci siège dans la portion cervicale de l'œsophage, les troubles de la déglutition sont plus prononcés; le malade exécute des mouvements anormaux, et cherche par des pressions extérieures à faire cheminer le bol alimentaire. Les troubles de la déglutition varient d'ailleurs d'un moment à l'autre; quelques malades facilitent le passage des aliments en comprimant un point du cou. On observe souvent des régurgitations alimentaires et parfois une véritable rumination, suivie d'une nouvelle mastication. Les aliments accumulées dans le sac sont parfois à peine altérés ou subissent au contraire un commencement de décomposition qui se traduit par une odeur désagréable.

Enfin, on peut observer divers troubles résultant de la compression qu'exerce la poche distendue sur les organes voisins et plus spécialement sur les organes respiratoires.

Le diagnostic des diverticules pharyngo-œsophagiens est toujours plus ou moins obscur. On pourra en soupçonner l'existence lorsque aux symptômes précédemment indiqués se joint la présence d'une tumeur molle, pâteuse, située sur les côtés de la trachée, et susceptible de se vider par compression.

En l'absence de ce signe, on pourrait attribuer les troubles de la déglutition à un rétrécissement du conduit pharyngo-œsophagien, et cette erreur me paraît avoir été souvent commise. Le cathétérisme viendra fournir un nouvel élément de diagnostic. Parfois, lorsque le sac est vide, la sonde passera à côté de son ouverture et glissera facilement jusque dans l'estomac. Dans ces cas, le résultat négatif de l'exploration servira du moins à écarter l'idée d'un rétrécissement que les troubles de la déglutition pourraient faire soupçonner. D'autres fois, la sonde pénétrant dans le sac et y étant arrêtée, on pourrait croire à l'existence d'un rétrécissement. Mais alors tantôt le sac est large et la sonde qui y est engagée peut exécuter des mouvements plus ou moins étendus, ce qui n'existe pas dans le cas d'obstacle dû à un rétrécissement; tantôt la poche est étroite et la sonde, quel que soit son petit calibre, est toujours arrêtée au même point sans pouvoir arriver jusqu'à l'estomac, ce qui ne pourrait s'expliquer que dans l'hypothèse d'un rétrécissement



extrêmement serré, incompatible avec le trouble léger de la déglutition. Enfin, dans le cas de poches pharyngo-œsophagiennes, on parvient souvent à éviter l'ouverture du sac et par suite l'obstacle qui arrêta la sonde, en donnant à celle-ci une courbure spéciale.

L'auscultation de l'œsophage permet encore de compléter le diagnostic. Le passage des boissons à travers l'ouverture, lorsque celle-ci est petite, détermine un bruit de glouglou très-fort, souvent accompagné d'un sifflement assez aigu, sur lequel Hamburger a insisté, et qui serait l'indice fréquent d'un diverticulum à ouverture étroite.

PRONOSTIC. — Les dilatations pharyngo-œsophagiennes peuvent persister pendant très-longtemps sans déterminer d'accidents graves. Par suite des difficultés croissantes de la déglutition, les malades finissent par succomber à l'inanition; parfois la mort est déterminée par quelque complication résultant de l'ulcération et de la perforation de la poche.

ÉTIOLOGIE. — On doit admettre qu'un certain nombre de diverticules pharyngo-œsophagiens reconnaissent une cause tératologique. Pour ceux qui occupent le pharynx et la portion cervicale de l'œsophage, on peut rattacher leur origine à un trouble survenu dans l'occlusion des fentes branchiales, et nous avons déjà signalé ce fait dans l'étude des fistules congénitales du cou. De même pour les diverticules situés plus bas, au voisinage de la division de la trachée, il est permis d'invoquer une évolution anormale dans l'acte de séparation de l'œsophage et de la trachée.

Mais, à côté de ces diverticules congénitaux, il en existe d'autres qui se sont manifestement développés à un âge plus ou moins avancé. La pathogénie de ces sacs pharyngo-œsophagiens est à peu près inconnue. Dans un certain nombre de cas, les symptômes se sont montrés immédiatement après un traumatisme, une chute, un coup sur la poitrine. On peut supposer, dans le cas où la maladie s'est développée après la naissance, que la tunique musculuse a subi une atrophie partielle dont le point de départ échappe complètement. Il va sans dire que nous laissons de côté ces dilatations sacciformes, placées au-dessus des rétrécissements et dont la pathogénie se conçoit aisément.

TRAITEMENT. — Il est presque entièrement palliatif et consiste à prévenir l'accumulation des aliments dans le sac, soit à l'aide de la compression lorsqu'il est accessible, soit à l'aide de la sonde œsophagienne. Une intervention chirurgicale directe, destinée à obtenir l'oblitération de la poche, nous paraît devoir être bien exceptionnellement indiquée; et nous n'oserions recommander la pratique conseillée par Kluge, savoir de mettre la poche à nu pour la lier ou l'exciser. Cette opération qui, à notre connaissance, n'a pas encore été pratiquée, serait seulement justifiée dans les cas où le diagnostic étant parfaitement établi, les troubles fonctionnels offriraient une intensité assez grande pour mettre en danger les jours du malade.

## 2° Rétrécissements.

Quoique signalés dès l'antiquité, surtout au point de vue des troubles fonctionnels qu'ils déterminent, les rétrécissements de l'œsophage n'ont été étudiés d'une manière satisfaisante que dans le cours du siècle dernier et mieux encore à une époque plus rapprochée de nous. C'est principalement aux recherches de Mondière, de Follin, de Béhier, de Hamburger, que l'on doit de pouvoir tracer aujourd'hui une description à peu près complète de cette affection.

FOLLIN, *Des rétrécissements de l'œsophage*, thèse de concours. Paris, 1853. — ROUSSELOT-BEAULIEU, *Des rétrécissements de l'œsophage*, thèse de Paris, 1864. — BEHIER, *Des rétrécissements de l'œsophage*, in *Conférences de clinique médicale*. Paris, 1864, p. 51. — MANSIÈRE *Des rétrécissements intrinsèques de l'œsophage*, thèse de Paris, 1865. — SENEY, *Contribution à l'étude du rétrécissement spasmodique de l'œsophage*, thèse de Paris, 1873.

Diverses conditions morbides peuvent entraîner à leur suite la diminution du calibre de l'œsophage, aussi distingue-t-on plusieurs variétés de rétrécissements de ce conduit. Nous laisserons de côté les rétrécissements que l'on pourrait appeler *extrinsèques*, et qui sont dus à la présence d'un corps étranger obstruant la lumière du canal, ou d'une tumeur le comprimant de dehors en dedans; il en sera seulement question à l'occasion du diagnostic. Quant aux rétrécissements que l'on a désignés sous le nom d'*intrinsèques*, et qui sont produits par une cause résidant dans les parois même du canal, ils peuvent être divisés en *inflammatoires*, *spasmodiques* et *organiques*. Quoique l'inflammation joue un rôle important dans la genèse de la plupart des rétrécissements organiques, ainsi que nous le verrons plus tard, on est convenu de réserver le nom de rétrécissement inflammatoire à celui qui accompagne l'œsophagite aiguë. Nous ne devons donc pas nous en occuper ici, et nous décrirons seulement les rétrécissements *spasmodiques* et *organiques*.

## a. Rétrécissements spasmodiques.

Le rétrécissement spasmodique de l'œsophage, désigné aussi sous le nom d'*œsophagisme*, consiste en une constriction plus ou moins complète et durable du conduit pharyngo-œsophagien, et pouvant ou produire une dysphagie absolue ou empêcher seulement la déglutition des aliments solides ou liquides. Il importe, pour caractériser plus complètement ce que l'on doit entendre par rétrécissement spasmodique de l'œsophage, d'ajouter à la définition précédente, empruntée à Mondière, que cette constriction du conduit pharyngo-œsophagien ne s'accompagne d'aucune altération organique appréciable. En effet, toute lésion, inflammatoire ou autre, des parois de l'œsophage détermine à peu près



constamment un spasme de la tunique musculuse dont les effets viennent s'ajouter aux troubles fonctionnels qui existaient déjà par le fait de la lésion des parois. Mais, dans ce cas, l'élément spasmodique joue un rôle accessoire, et son importance disparaît devant la lésion matérielle des parois.

ÉTIOLOGIE. — L'œsophagisme, le plus souvent lié à un état névropathique général, s'observe surtout chez les sujets nerveux, irritables, et principalement chez les femmes hystériques. Cependant la maladie peut se montrer chez des individus n'ayant présenté jusqu'alors aucune manifestation névropathique. Dans l'un et l'autre cas, le début reconnaît souvent une cause déterminante appréciable; telles sont : les émotions vives, l'action du froid. Dans d'autres circonstances, le spasme de l'œsophage paraît être sympathique ou réflexe, et succède à l'altération d'un autre organe; c'est ainsi qu'on a signalé des cas d'œsophagisme à la suite de maladies du larynx et du poumon, de l'utérus, de l'estomac, des dents et des oreilles. Seney, dans sa thèse, rapporte une belle observation de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, qui paraît reconnaître pour cause une amygdalite à répétition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On a signalé, dans quelques autopsies de sujets qui auraient été atteints de rétrécissements spasmodiques de l'œsophage, la présence de diverticules de la muqueuse à travers les fibres musculaires, de dilatations sacciformes de l'œsophage produites par les efforts répétés de la déglutition; mais on doit se demander si ces lésions sont réellement secondaires ou si, au contraire, elles ne sont pas primitives. Ne pourrait-on pas supposer, en effet, que ces diverticules pharyngo-œsophagiens, dont le diagnostic est si obscur, ont été pris pour des rétrécissements spasmodiques, en raison des troubles de la déglutition qu'ils déterminent et qui, d'ailleurs, peuvent être bientôt aggravés par la contraction réflexe des parties voisines de l'œsophage. Quelques faits que j'ai observés me porteraient à croire que cette confusion a pu être faite.

SYMPTOMATOLOGIE. — Hamburger distingue les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage en *fixes* et *migratoires*. Ces derniers qui s'accompagnent de phénomènes nerveux plus ou moins complexes, présentent comme caractère essentiel de disparaître avec l'appareil symptomatique de la névrose qui les a produits. Leur étude est du domaine de la médecine. Nous devons seulement nous occuper des rétrécissements spasmodiques qui présentent une plus grande fixité et dont les symptômes peuvent offrir, pendant un temps plus ou moins long, des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

La maladie débute ordinairement d'une manière subite au milieu d'un repas. Cependant le rétrécissement spasmodique de l'œsophage peut présenter un début lent et graduel. Le malade accuse d'abord, au moment de la déglutition, une sensation de gêne, quelquefois même de douleur, sur le trajet de l'œsophage; le bol alimentaire semble s'arrêter

et résiste aux tentatives réitérées de déglutition; si cet état persiste, il survient de la toux, des efforts de vomissements et parfois un hoquet fatigant. Tantôt la déglutition finit par s'accomplir et le calme renaît; tantôt il y a rejet des aliments, soit par un effort de vomissement, soit par une sorte de régurgitation. L'époque du rejet des aliments est variable; lorsqu'elle a lieu tardivement, après quelques heures ou même le lendemain, on doit soupçonner l'existence d'une dilatation œsophagienne que d'autres signes énumérés précédemment permettent parfois de reconnaître. On observe d'ailleurs une foule de variations dans le degré de la dysphagie, variations qui dépendent des conditions physiques ou morales dans lesquelles se trouve le malade, de la nature et des qualités des aliments ingérés. Une maladie intercurrente, une émotion, une préoccupation morale, peuvent aggraver l'œsophagisme. Chez quelques sujets, le spasme diminue ou cesse lorsqu'ils mangent lentement, avec la précaution de réduire les aliments en minces parcelles. Quelquefois la dysphagie ne se montre qu'au commencement des repas; parfois, au contraire, elle ne se fait sentir que pour le dernier bol alimentaire qui se trouve arrêté dans l'œsophage. Tantôt la déglutition des liquides s'opère mieux que celle des solides, tantôt c'est le contraire qu'on observe. Enfin, on a remarqué que les aliments chauds ou tièdes passent plus facilement.

Suivant la plupart des auteurs, le caractère essentiel du rétrécissement spasmodique de l'œsophage est sa courte durée. La maladie peut se reproduire à intervalles plus ou moins rapprochés, mais, suivant Béhier, les cas d'œsophagisme à longue durée doivent être considérés comme des erreurs de diagnostic. Cette opinion a été combattue par Seney, qui rapporte dans sa thèse une observation de rétrécissement spasmodique ayant persisté durant plusieurs années avec des alternatives d'aggravation et de rémission. Il est vrai de dire que, dans ce fait, il existait une dilatation de l'œsophage et que cette lésion, primitive ou consécutive, peut expliquer la persistance des troubles de la déglutition. Il en était de même chez une malade que j'ai observée dernièrement. Aussi serai-je disposé à adopter l'opinion du professeur Béhier, que je compléterai en disant que ces prétendus rétrécissements spasmodiques à longue durée ne sont peut-être autre chose que des poches œsophagiennes.

DIAGNOSTIC. — Quoique les variations et les intermittences des troubles de la déglutition doivent faire soupçonner la nature du rétrécissement spasmodique, il est nécessaire cependant, pour établir le diagnostic, de pratiquer le cathétérisme. L'introduction de la sonde œsophagienne permet souvent de reconnaître un obstacle dans un point toujours le même, et l'obstacle vaincu, le spasme cesse ou diminue notablement. Tantôt le rétrécissement se laisse franchir avec la plus grande facilité; tantôt il est impossible d'en trouver l'orifice ou de le traverser avec l'instrument, puis le lendemain ou le surlendemain la sonde passe aisément. C'est précisément dans ce dernier cas qu'il est parfois difficile d'établir



le diagnostic entre le rétrécissement spasmodique et le diverticule œsophagien, d'autant mieux que l'un et l'autre peuvent coexister, quelque soit leur ordre de subordination. J'ai signalé les principaux signes à l'aide desquels ce diagnostic peut être établi. L'auscultation de l'œsophage peut également être utile.

PRONOSTIC. — Généralement considéré comme peu grave, le rétrécissement spasmodique de l'œsophage peut cependant entraîner des troubles graves de la nutrition lorsqu'il persiste longtemps, et entrave l'alimentation. Le docteur Albert, cité par Mondière, a vu une hystérique chez qui le spasme dura huit mois, et qui ne pouvait avaler que du bouillon; aussi était-elle réduite à une extrême maigreur. Enfin, H. Power (1) a publié une observation prise dans le service de W. Brinton, dans laquelle un rétrécissement spasmodique de l'œsophage s'est terminé par la mort. J'ajouterai que le pronostic serait singulièrement aggravé s'il était démontré que le spasme de l'œsophage peut être l'origine du développement de diverticules œsophagiens.

TRAITEMENT. — Le traitement médical est ici très-utile, et l'on s'accorde à reconnaître les bons effets des médicaments antispasmodiques. La belladone, l'asa fœtida, la valériane, et surtout le bromure de potassium, ont donné de bons résultats dans le traitement de l'œsophagisme.

Quant au traitement chirurgical, il consiste dans l'emploi plus ou moins fréquemment répété du cathétérisme, à l'aide d'instruments divers, destinés à pratiquer la dilatation lente ou brusque de la portion rétrécie. Nous reviendrons plus tard, à l'occasion du traitement des rétrécissements organiques, sur les divers procédés de dilatation. Nous devons seulement signaler ici la *dilatation brusque*, qui paraît plus spécialement convenir au spasme, et qui a réussi entre les mains du professeur Broca (2), chez une femme atteinte de rétrécissement spasmodique d'origine hystérique. La dilatation fut pratiquée brusquement à l'aide d'une longue pince à articulation extérieure.

Dans un cas de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, consécutif à une ulcération laryngienne, et dans lequel l'introduction d'un instrument était absolument impossible, le docteur J. Watson, de New-York (3), pratiqua l'œsophagotomie, et durant trois mois fit passer des aliments dans l'estomac à travers l'ouverture artificielle.

#### b. Rétrécissements organiques.

Nous comprenons sous ce titre les rétrécissements produits par une altération organique des parois œsophagiennes. L'étude précédemment faite des pseudoplasmes de l'œsophage nous dispensera de décrire ici les

(1) *The Lancet*, janvier 1866.

(2) *Société de chirurgie*, 23 juin 1869.

(3) Gross, *System of surgery*, t. II, p. 558.

rétrécissements *cancéreux* et ceux qui sont dus aux *polypes* de ce conduit; il en sera seulement question au sujet du diagnostic.

ÉTILOGIE. — Les rétrécissements organiques de l'œsophage peuvent succéder à l'action de causes traumatiques produisant des solutions de continuité, des pertes de substance plus ou moins étendues des parois œsophagiennes, comme à la suite de plaies par instruments tranchants, de plaies par armes à feu, de déchirures produites dans les tentatives d'extraction de corps étrangers. Enfin, Water (1) a cité un cas de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage consécutif à l'expulsion d'un polype de ce conduit.

La réparation de ces plaies, de ces pertes de substances, entraîne la formation d'un tissu cicatriciel, rétractile, qui amène à sa suite une diminution de calibre du conduit.

Dans d'autres circonstances, le rétrécissement reconnaît pour cause une inflammation des tuniques œsophagiennes, suivie d'une infiltration de lymphe plastique, d'une modification dans la structure et les propriétés physiologiques des tissus, qui se traduisent d'abord par l'induration des parois, puis par la rétraction lente de ces mêmes parois, et enfin par le rétrécissement du conduit; tels sont les rétrécissements qui succèdent aux différentes formes d'*œsophagites*, soit traumatiques, soit spontanées (ingestion de liquides trop chauds, de solutions caustiques légères, abus des boissons alcooliques, corps étrangers, etc.).

Mais, dans le plus grand nombre de cas de rétrécissements organiques graves, ces deux modes pathogéniques coexistent. en ce sens que le rétrécissement succède en même temps à la formation d'un tissu cicatriciel et à l'organisation de produits inflammatoires infiltrés dans l'épaisseur des tuniques. C'est, en effet, à cette double cause qu'il faut attribuer le développement des rétrécissements que l'on observe si fréquemment à la suite de l'ingestion accidentelle de liquides brûlants ou de substances caustiques. Les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, les solutions caustiques de potasse et de soude sont les liquides dont on observe le plus souvent les effets. Ces liquides caustiques déterminent ordinairement la formation d'eschares dont l'élimination s'accompagne d'une violente inflammation. Nous devons encore signaler ici les rétrécissements qui surviennent à la suite du séjour prolongé dans l'œsophage de corps étrangers qui ont déterminé des ulcérations, des pertes de substance, et ont longtemps entretenu une phlegmasie chronique des parois.

Il faudrait probablement aussi ranger dans cette classe certains rétrécissements rares de l'œsophage, et qui semblent le résultat d'inflammations ulcéreuses, d'origine spontanée. Ainsi, Gendron et Trousseau (2) ont cité deux cas de rétrécissements œsophagiens consécutifs à la

(1) *De deglutitionis difficilis causis abditis*. Halleri *Disput. med.*, t. I, p. 577.

(2) Cités par Béhier, *loc. cit.*, p. 119.