

pourront être appliquées au niveau de la veine oblitérée si la tension et la sensibilité sont très-vives. Les malades seront plongés dans un bain tiède, dont on prolongera le plus possible la durée; le membre mis dans une position convenable, c'est-à-dire le plus horizontalement possible, et même incliné de bas en haut, sera enveloppé de cataplasmes émollients, ou bien oint de pommades et de liniments narcotiques; le baume tranquille, le laudanum, l'extrait de belladone, sont surtout utilement employés. On entretiendra la liberté du ventre, mais il ne faut guère compter ici sur l'utilité des purgatifs, des diurétiques et des sudorifiques usités dans les hydropisies. Enfin, lorsque la sensibilité du membre est devenue presque nulle, et que la tuméfaction seule persiste, on exercera une compression méthodique à l'aide d'une bande roulée. Les malades pourront même être condamnés à porter un bas élastique pendant un temps indéfini, si la veine ne reprend pas sa perméabilité, ou si les collatérales ne se sont pas développées d'une manière suffisante. Le traitement que j'indique est celui qui convient également dans l'œdème douloureux qui atteint les sujets cachectiques.

Siège. Nature de la maladie. — Les opinions les plus diverses ont été émises sur la nature et sur le siège de l'œdème douloureux : les uns en ont fait une phlegmasie des vaisseaux et des ganglions lymphatiques; d'autres n'y ont vu qu'une sorte de phlegmon diffus ou qu'un état symptomatique d'une phlegmasie des articulations pelviennes ou des parties contenues dans le bassin; quelques-uns ont cru à l'existence d'une sorte d'hydropisie essentielle, opinion que j'ai longtemps adoptée sans en être fort satisfait et à laquelle d'ailleurs j'ai fait moi-même de graves objections. Depuis une trentaine d'années, l'idée que l'œdème douloureux serait l'effet d'une phlébite a compté toujours plus de partisans, elle a fini par être assez universellement acceptée. Cependant l'anatomie pathologique ne la confirme pas. Nous avons vu, en effet, que la phlébite était rarement constatée sur le cadavre; ce qui le prouve d'ailleurs, c'est la terminaison constamment heureuse de la maladie lorsqu'elle est simple. Or, comment supposer qu'une phlébite, surtout puerpérale, pût toujours avoir une solution heureuse lorsqu'elle atteint les veines des membres, tandis que nous la voyons avoir une issue presque toujours fatale quand elle envahit les veines de l'excavation pelvienne? Tout s'explique lorsque au lieu d'une phlébite on consent à ne voir dans l'œdème douloureux qu'une oblitération veineuse consécutive à l'organisation de caillots fibrineux survenant indépendamment de toute phlegmasie des parois veineuses. Le début comme la marche de l'affection excluent l'idée d'une phlébite. C'est brusquement ou à peu près que la lésion s'opère, l'oblitération se fait sans être annoncée par la douleur : on dirait que c'est le sang qui se concrète d'une manière spontanée et sans altération préalable des parois veineuses. Il est d'ailleurs difficile de reconnaître suivant quel mécanisme cette coagulation s'opère. Dire que le sang dans l'état puerpéral est plus concrecible à cause de l'augmentation absolue ou relative de sa fibrine, ce n'est pas beaucoup avancer la solution du problème, car alors pourquoi n'en serait-il pas de même dans les maladies inflammatoires, où cet état du sang est bien plus prédominant encore? et cependant ce n'est jamais alors que le liquide se concrète dans les vaisseaux, mais c'est uniquement chez les sujets affaiblis, cachectiques, atteints de lésions le plus souvent mortelles, c'est-à-dire dans des cas où le sang semble plus appauvri dans tous ses éléments solides, que l'on constate cet accident. On voit donc qu'en y regardant de près, et si l'on ne veut pas se payer de mots, il est impossible, dans l'état actuel des choses, de dire quelle est la cause réelle qui fait que le sang se coagule dans certaines

veines; mais cette coagulation n'en est pas moins constante, et elle explique fort bien tous les symptômes. Si parfois elle a paru manquer, c'est qu'on ne l'a pas toujours recherchée dans les veines de second et de troisième ordre par lesquelles elle commence très-souvent. C'est une faute que j'ai commise moi-même : voilà pourquoi je n'ai plus guère confiance aujourd'hui dans ce fait unique d'œdème douloureux que j'observai à l'Hôtel-Dieu en 1835, et où je crus voir toutes les veines perméables. L'époque éloignée ne me permet pas d'affirmer si l'examen du membre a été fait aussi complètement que je le pratique aujourd'hui.

DE L'OBLITÉRATION DES VEINES ILIAQUES ET DE LA VEINE CAVE
INFÉRIEURE

L'oblitération d'une des veines iliaques détermine une infiltration séreuse du membre abdominal correspondant et un développement insolite des veines obturatrices, honteuse, hémorrhoidales, et surtout de la veine tégumentaire abdominale qui, s'anastomosant largement avec sa congénère, permet au sang de refluer dans la veine iliaque du côté opposé.

Lorsque la veine cave inférieure est oblitérée, les deux membres abdominaux, sillonnés parfois de veines variqueuses, s'infiltrent de bas en haut, comme dans les cas de maladies organiques du cœur; plus tard un épanchement ascitique peut se former. Malgré cette lésion, la vie peut néanmoins se prolonger pendant longtemps encore par la possibilité qu'a le sang de revenir vers le cœur par la veine cave supérieure à l'aide des troncs collatéraux intermédiaires.

C'est ainsi que nous avons vu dans des cas pareils, ainsi que M. Raynaud l'a noté le premier, des veines énormes, émanées des tégumentaires et des épigastriques, ayant quelquefois le volume du petit doigt, former un réseau nombreux sous les téguments du tronc, et s'anastomoser largement avec les veines intercostales, avec les mammaires et les veines axillaires elles-mêmes. Mais indépendamment de ces modifications survenues dans les veines superficielles, et qui constituent un des signes diagnostiques de la maladie, on trouve, à l'ouverture des cadavres, une autre circulation supplémentaire au moyen de la veine azygos, qui est alors considérablement dilatée et communique plus largement que de coutume avec les intercostales, avec les lombaires, avec les sinus vertébraux, etc., par lesquels passe en partie le sang venant des extrémités inférieures. Enfin, on découvre quelquefois de larges anastomoses entre les saphènes internes et les veines qui s'introduisent par les échancrures du bassin, et plus souvent peut-être entre les honteuses internes et la mésentérique inférieure, fait que Bérard a soigneusement noté dans un savant article que ce professeur a inséré dans le tome VII du *Dictionnaire de médecine*.

Il est difficile de se rendre compte du mode suivant lequel s'effectue la circulation supplémentaire dans les cas où l'oblitération de la veine cave, en se prolongeant jusqu'à l'embouchure de ce vaisseau dans le cœur, empêche les veines sus-hépatiques de pouvoir s'y dégorger. En considérant l'isolement du système de la veine porte, il faut supposer que le sang s'échappe alors par les anastomoses des veines de l'extrémité inférieure du rectum avec les branches de l'hypogastrique; à moins que, comme dans le cas recueilli par M. Raynaud et publié par lui dans le tome V du *Journal hebdomadaire*, il ne se forme quelque nouveau vaisseau qui, de la surface convexe du foie, se porte directement dans l'oreille droite.

DE L'OBLITÉRATION DE LA VEINE PORTE

Les accidents produits par l'oblitération de la veine porte sont à peu près les mêmes que ceux que détermine l'oblitération de la veine cave inférieure; il n'y a même entre eux d'autre différence que dans leur marche et dans leur ordre de manifestation: ainsi, lorsque la veine porte est rétrécie ou bien est devenue imperméable, un épanchement séreux se fait dans le ventre, mais ce n'est que consécutivement, car le plus ordinairement c'est après que l'abdomen a acquis un volume considérable que les membres pelviens s'infiltrèrent. L'hydropisie suit une marche inverse si l'obstacle siège uniquement dans la veine cave inférieure. Lorsqu'il existe un obstacle dans la veine porte, le sang reflue en partie dans les veines qui se rendent dans la veine cave inférieure, et l'une des voies nouvelles que suit le sang est fournie par celle des veinules du ligament suspenseur, ainsi que nous l'avons établi plus haut (page 239), d'après les récents travaux de M. Sappey. Dans les cas d'oblitération de la veine porte, les veines sous-cutanées abdominales sont généralement très-dilatées et flexueuses. Cependant il ne faudrait pas, seulement d'après l'état de ces vaisseaux, se prononcer trop affirmativement sur l'existence d'un obstacle dans la veine porte, car nous avons vu que cette dilatation pouvait être produite par l'épanchement ascitique, et résulter de la compression que le fluide accumulé dans le ventre exerce sur les veines de cette cavité. Lorsqu'il en est ainsi, la paracentèse a pour effet constant de faire revenir les veines des parois abdominales à leur volume primitif, tandis que, lorsque la dilatation de celles-ci est symptomatique d'un obstacle permanent, cette dilatation peut diminuer, il est vrai, après la ponction, mais ces vaisseaux conservent néanmoins un volume toujours assez considérable.

DE L'OBLITÉRATION DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE

La veine cave supérieure est au moins aussi souvent obstruée ou oblitérée que la veine cave inférieure; j'ai pu en réunir douze observations. L'oblitération du vaisseau résulte presque toujours (9 ou 10 fois sur 12) de la compression qu'exerce sur lui une tumeur solide, telle qu'un goitre cancéreux pénétrant dans le thorax (Piorry), des ganglions tuberculeux (Reid, Tonnelé), mais surtout une tumeur anévrysmale de l'aorte. Cette dernière altération existait chez six malades. Dans un cas que je crois fort rare, j'ai vu l'obstruction résulter d'un retrait des parois veineuses qui étaient indurées, fibreuses et entourées d'un tissu dur, comme inodulaire, dont l'épaisseur et la rétraction avaient amené l'oblitération presque complète du vaisseau. Ce fait a été publié par le docteur Oulmont, et a été l'objet d'un travail intéressant publié par ce judicieux médecin dans le troisième volume des *Mémoires de la Société médicale d'observation*.

Dans les cas de compression de la veine cave supérieure, on observe un œdème plus ou moins considérable des deux membres supérieurs, œdème quelquefois plus marqué d'un côté que de l'autre: le cou est également tuméfié; la face est bouffie et livide; les lèvres sont gonflées, bleuâtres ou d'un rouge vineux, ainsi que les joues; quelquefois aussi il existe un épanchement simple ou double dans le thorax. Les veines des membres supérieurs, celles du cou et des parois thoraciques, sont volumineuses; il survient beaucoup de dyspnée, même dans les cas (rares d'ailleurs) où l'oblitération de la veine cave ne coïncide avec aucune maladie des poumons, du cœur ou de l'aorte: c'est

en raison de cette gêne qu'éprouvent la respiration et la circulation qu'on voit communément survenir de l'anasarque à une époque encore peu éloignée de la maladie. Enfin quelques malades éprouvent de la pesanteur de tête, de la somnolence, et de temps en temps des accidents apoplectiques; ce qui s'explique par la stase du sang veineux dans les vaisseaux et sinus cérébraux, quelquefois par l'organisation de caillots fibrineux dans ces conduits, comme Tonnelé en rapporte un exemple.

Malgré la persistance de l'altération organique, on en a vu quelquefois les accidents s'amender, l'œdème même disparaître, comme dans une observation de Reid: mais l'amélioration n'est que de courte durée. Si le rétrécissement du vaisseau est considérable, et si à plus forte raison il y a oblitération complète, la mort est inévitable. Jusqu'à présent je ne connais aucun exemple d'individus qui, atteints d'une oblitération de la veine cave supérieure, aient vécu avec toutes les apparences de la santé. J'ai rencontré par contre une fois la plus grande partie de la veine cave inférieure convertie en un cordon ligamenteux, sans donner lieu à aucun trouble du côté des organes circulatoires.

Lorsque la veine cave supérieure est oblitérée, le sang des parties supérieures revient au cœur par la veine cave inférieure: c'est la veine azygos, dont le volume peut être plus que quintuplé (Marjolin), qui transporte ainsi le sang de haut en bas; en même temps toutes les branches qui aboutissent aux divers points de sa longueur sont également très-dilatées; on peut donc dire que dans ces cas tout le sang du corps (si l'on excepte celui des veines cardiaques) passe par la veine cave inférieure.

DE L'OBLITÉRATION DES SINUS DE LA DURE-MÈRE

Tonnelé a prouvé qu'il pouvait se former pendant la vie, dans les sinus cérébraux et dans le reste du système veineux encéphalique, deux ordres de concrétions, les unes purement sanguines, les autres formées par une matière concrète exhalée par la membrane enflammée. (Voy. *Phlébite*.) Les premières reconnaissent d'ordinaire pour cause des circonstances mécaniques propres à diminuer ou à intercepter complètement le cours du sang: tel est, par exemple, un rétrécissement de la veine cave supérieure ou de la jugulaire interne, qui force le sang à stagner dans les sinus de la dure-mère. Lorsqu'un ou plusieurs de ces conduits sont oblitérés, les veines du cerveau se gonflent et peuvent même se rompre; de la sérosité, et parfois du sang, s'infiltrent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, s'épanchent dans les ventricules, dans la cavité arachnoïdienne, et quelquefois sous le cuir chevelu. Les malades éprouvent des accidents en rapport avec ces altérations: ce sont parfois du délire et des convulsions, plus souvent c'est un état comateux; mais aucun de ces signes ne se présente avec des caractères particuliers capables de faire diagnostiquer la nature de la maladie.

Quels que soient les sinus affectés, le traitement des oblitérations de ces canaux n'est que palliatif. Il faut s'attacher à donner une position convenable aux parties pour empêcher le plus possible la stase du sang; dans quelques cas, on devra faire les frictions excitantes; enfin, quand la congestion veineuse devient excessive, il faut y remédier par l'application de sangsues.

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DES TUBES AÉRIENS

Des obstacles très-variés peuvent gêner ou même empêcher l'entrée de l'air dans les tuyaux aériens; car, indépendamment des phlegmasies, du croup et

des productions polypeuses, il existe plusieurs autres causes que nous devons mentionner ici particulièrement.

Une des plus communes est la diminution du calibre produite par une compression extérieure. En effet, la trachée, les bronches et leurs ramifications principales sont souvent comprimées, aplaties par des tumeurs de diverses natures; la première l'est souvent par un goitre volumineux; toutes le sont fréquemment par des anévrysmes de l'aorte, par des ganglions tuberculeux. Les ulcérations, celles surtout que produisent la syphilis et la morve, peuvent, en se cicatrisant, amener une diminution considérable du calibre de la trachée par suite de la fâcheuse propriété qu'a le tissu inodulaire de se rétracter. M. Reynaud a souvent rencontré les ramifications bronchiques oblitérées par suite de la coarctation de leurs parois et de leur transformation en cordons solides; enfin M. Gintrac a publié en 1844, dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, le fait curieux d'un enfant de huit ans, qui avait toujours eu de la dyspnée, qui mourut suffoqué, et à l'autopsie duquel on trouva, comme explication des troubles fonctionnels observés pendant la vie, une hypertrophie des fibrocartilages de la trachée et des bronches, ce qui avait occasionné un rétrécissement considérable de ces conduits.

Le rétrécissement peut être plus ou moins considérable; une ou plusieurs bronches peuvent être tout à fait oblitérées, mais la trachée, on le conçoit, ne peut être que rétrécie; elle l'est parfois à un degré si considérable, qu'une sonde de femme peut à peine la traverser. Le rétrécissement est plus ou moins étendu; le tuyau aérien, diversement déformé, peut présenter au-dessus et au-dessous de l'obstacle une ampliation plus ou moins grande, conséquence de la difficulté que l'air éprouve à pénétrer pendant l'inspiration, et à sortir pendant l'expiration; ajoutons que la trachée, bridée par des adhérences, comprimée ou perdue au milieu de tissus malades, est souvent à peu près immobile.

La compression des tuyaux aériens, en diminuant le volume d'air qui pénètre dans la poitrine, rend le murmure respiratoire faible ou nul, en même temps que la percussion donne une sonorité moins parfaite. Si la compression porte sur la trachée, ces phénomènes existent dans toute l'étendue du thorax; les malades accusent en même temps une dyspnée qui est en rapport avec le degré de compression; chaque inspiration, presque toujours plus pénible que l'expiration, est marquée par un sifflement ou par un bruit rauque, semblable à celui que font entendre les chevaux cornards. Si la compression n'atteint qu'une bronche, ou si un corps étranger est engagé dans sa cavité, le bruit respiratoire est affaibli seulement dans le côté correspondant; enfin, si la compression ou l'oblitération n'affecte qu'une ramification, le bruit d'expansion ne sera affaibli ou suspendu que dans les portions du poumon qui en dépendent, car il n'existe point ici, comme pour le système artériel, de voie anastomotique qui puisse ramener l'air dans les cellules pulmonaires.

La dyspnée est un symptôme constant qui varie suivant le siège et l'étendue du rétrécissement, elle est en général considérable lorsque la lésion occupe la trachée. Elle est continue, mais de temps en temps il y a des accès de suffocation souvent presque subits, pouvant être provoqués par une fluxion de la muqueuse ou par un bouchon de mucus adhérent qui vient diminuer plus ou moins la lumière du tuyau coarcté.

A la page 368 du précédent volume j'ai déjà recherché à quels signes on pourrait distinguer un rétrécissement de la trachée d'avec l'angine laryngée œdémateuse; en traitant plus tard de l'anévrysme de l'aorte et de la phthisie bronchique, nous verrons comment on pourra déterminer si la compression de la

trachée tient à une de ces causes. Les antécédents des sujets et l'étude des symptômes concomitants permettront enfin de déterminer les cas où le rétrécissement peut être une conséquence de la syphilis ou de la morve.

DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE

Causes. Anatomie pathologique. — L'œsophage peut être rétréci par suite d'un développement incomplet, d'un arrêt de développement, mais ce rétrécissement congénital est peut-être le plus rare de tous. Presque toujours les rétrécissements de l'œsophage sont produits par l'induration, par l'augmentation d'épaisseur des parois de l'organe. Ces altérations sont quelquefois le résultat d'une inflammation, simple ou chronique: tels sont les rétrécissements qu'on voit survenir parfois chez les individus qui ont avalé des caustiques, des corps brûlants ou glacés, ou chez ceux qui ont conservé pendant plus ou moins longtemps dans l'œsophage quelque corps étranger, tel qu'un fragment d'os, une épingle, une arête de poisson, une pièce de monnaie, etc. Le rétrécissement résulte ici tantôt d'un épaississement des parois, tantôt de ce que les tissus ayant été plus ou moins profondément détruits, il en est résulté une cicatrice bridée rétractile comme tous les tissus inodulaires. M. Sédillot a aussi décrit des rétrécissements *atrophiques*, sans transformations morbides appréciables, mais les faits qu'on a publiés ne sont pas concluants. On a parlé aussi de rétrécissements par hypertrophie simple des membranes, surtout par hypertrophie de la tunique musculaire. Sans en nier la possibilité d'une manière absolue, on peut dire pourtant que c'est là une des espèces les plus rares. Il y a dans la science quelques faits qui pourraient, en outre, autoriser à penser que certains rétrécissements pourraient être l'effet d'une infection vénérienne, mais rien n'est encore bien démontré à cet égard. Dans la plupart des cas, les rétrécissements œsophagiens sont dus à la production, dans les parois de l'organe, d'un tissu hétéromorphe. Presque toujours c'est le squirrhe, et surtout l'encéphaloïde; les tubercules y sont presque inconnus, il en est de même des acéphalocystes, qui, à la rigueur, pourraient se développer dans la paroi de l'œsophage. Citons enfin seulement pour mémoire le cas où le calibre du conduit est rétréci par la compression qu'exerce une tumeur voisine, comme le corps thyroïde augmenté de volume, les ganglions tuberculeux, et surtout, ce qui est le plus commun, une dilatation anévrysmale de la crosse de l'aorte et de la portion pectorale descendante de ce vaisseau.

En général, on ne trouve qu'un seul rétrécissement: dans quelques cas rares, il en existe plusieurs à une certaine distance les uns des autres; cette disposition, d'ailleurs, ne se rencontre guère que lorsque la maladie a une origine inflammatoire. La coarctation, qui le plus souvent n'a que 1 ou 2 centimètres de longueur, s'étend quelquefois dans une étendue cinq ou six fois plus grande. Quant au degré du rétrécissement, il varie depuis la simple diminution du calibre de l'œsophage jusqu'à son entière oblitération.

La plupart des rétrécissements organiques de l'œsophage occupent la partie supérieure de ce conduit, puis le cardia, c'est-à-dire les points qui sont naturellement les moins larges; les parties intermédiaires sont beaucoup moins souvent affectées.

Chez les sujets qui succombent avec un rétrécissement de l'œsophage, on trouve la portion du conduit supérieure à l'obstacle plus ou moins dilatée,

tandis que la partie qui est au-dessous est revenue sur elle-même et comme rétractée. La dilatation peut être partielle et n'affecter que les points les plus voisins de l'obstacle, elle a alors la forme d'une poche; d'autres fois elle est générale et peut remonter jusqu'au pharynx. Les parties de l'œsophage qui sont ainsi dilatées ont ordinairement leur épaisseur, et s'il existe quelque changement, on les trouve plus souvent épaissies qu'amincies. Cet épaississement porte sur la muqueuse, qui est rouge, grenue, fongueuse, parfois érodée, ulcérée. Les fibres musculaires sont aussi hypertrophiées, car la nutrition a dû nécessairement s'accroître par suite des contractions énergiques auxquelles elles se livrent pour faire franchir l'obstacle aux aliments, ou pour les expulser au dehors lorsque ceux-ci s'accumulent au-dessus.

Ces dilatations consécutives au-dessus de l'obstacle sont presque toujours cylindriques, mais parfois elles sont sacciformes. L'œsophage est dilaté sur un seul côté; il représente alors une sorte de poche qui descend plus ou moins bas, et qui, en se remplissant d'aliments, peut, en comprimant un autre point de l'œsophage, occasionner un nouvel obstacle.

J'ai dit que la partie de l'œsophage située au-dessous du rétrécissement était communément plus rétrécie, mais sans changement de structure. D'après Cooper cependant, il ne serait pas rare d'y constater des ulcérations, ce qu'il attribue aux efforts de vomissements.

L'œsophage rétréci peut, par suite des progrès du travail ulcératif, communiquer avec la trachée, avec l'aorte, avec la plèvre, avec un abcès du poulmon, avec le tissu cellulaire du cou ou des médiastins. On rencontre surtout ces communications dans le cours des rétrécissements cancéreux, et de ceux qui, produits par l'inflammation, sont déterminés par la présence d'un corps étranger. Dans ce dernier cas, la communication anormale s'établit souvent au moyen d'un abcès.

Symptômes. Marche. — Les individus atteints de rétrécissement de l'œsophage éprouvent de la gêne dans la déglutition des aliments solides. Le bol alimentaire, arrivé sur le point coarcté, s'y arrête pendant quelque temps; les malades ont alors une sensation pénible, et parfois une véritable douleur, qu'ils rapportent au cou, derrière le sternum ou le long du dos, suivant le siège de l'altération. Après des efforts de contraction plus ou moins prolongés, les aliments finissent par franchir l'obstacle. Si plusieurs rétrécissements existent à la suite les uns des autres, les malades ont la sensation que le bol alimentaire est arrêté plusieurs fois avant de tomber dans l'estomac. Ils cherchent alors à activer sa marche en ingérant de l'eau, et, si l'obstacle siège à la partie supérieure de l'œsophage, en exerçant de fortes pressions sur les parties latérales et inférieure du cou. La dysphagie augmentant, les liquides, quoique pris par petites cuillerées, finissent par être eux-mêmes difficilement avalés; quand ils franchissent l'obstacle, ils font souvent entendre une sorte de gargouillement particulier. Lorsque le rétrécissement est arrivé à ce degré, les aliments solides s'accumulent au-dessus du point malade, et sont ensuite rejetés, tantôt sans peine et par une sorte de régurgitation, d'autres fois par des efforts convulsifs du pharynx et de l'œsophage, avec un sentiment d'oppression extrême, et même de suffocation. Les aliments sont rejetés peu après leur ingestion, lorsque le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'œsophage; mais dans les cas où la coarctation est voisine du cardia, les substances alimentaires peuvent demeurer deux ou trois heures dans l'œsophage dilaté, et nonobstant un séjour aussi prolongé, on trouve, lorsqu'elles ont été vomies, qu'elles ont subi fort peu d'altération. Cependant il paraît que, dans quelques

cas, elles ont présenté un commencement de digestion, mais cela ne se remarque guère que dans une petite partie de la masse, et seulement dans ses couches les plus superficielles.

Dans l'intervalle des repas, lorsque l'œsophage est vide d'aliments, les malades sont en général tranquilles; la plupart ne souffrent pas ou souffrent peu; ils ont plutôt le sentiment d'une gêne que d'une douleur véritable: cependant, dans les cas de rétrécissement cancéreux surtout, il se fait dans les parties altérées une exhalation de mucosités filantes qui, après s'être accumulées en certaine quantité, sont rejetées ensuite avec des efforts souvent inouïs, et qui fatiguent beaucoup le patient.

Dans les rétrécissements de l'œsophage, les malades maigrissent promptement; le dépérissement est surtout rapide quand la coarctation est de nature cancéreuse, car alors, indépendamment du trouble qui résulte de la privation des aliments, il y a encore l'influence que la diathèse cancéreuse exerce sur la constitution.

Complications. Terminaisons. — Divers accidents peuvent se déclarer lorsque, par suite du progrès du travail ulcératif, une communication s'établit entre l'œsophage et les parties voisines. Ainsi, lorsque l'œsophage, la trachée, ou bien les bronches communiquent ensemble, la déglutition est suivie immédiatement de quintes de toux violentes et d'une oppression extrême; les malades meurent suffoqués par suite de la pénétration des aliments dans les voies aériennes. Si la perforation a lieu dans la plèvre, on voit se manifester tous les signes d'une pleurésie suraiguë, avec hydro-pneumothorax. Si la communication s'établit avec le poulmon, le tissu de cet organe s'enflamme, et la phlegmasie détermine promptement la formation d'un abcès, ou bien le poulmon se réduit en ce point en putrilage, en gangrène, comme je l'ai vu dans un cas que j'ai rapporté en 1833 dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il en est de même lorsque les liquides ingérés dans l'œsophage s'infiltrent dans le tissu cellulaire du cou ou du médiastin postérieur; il survient alors un abcès gangréneux promptement mortel. Enfin, la communication de l'œsophage avec l'aorte a pour résultat une hémorrhagie foudroyante. M. Vigla a étudié, dans les *Archives* de 1846, la plupart des communications morbides qui peuvent s'établir entre l'œsophage et les organes voisins.

La mort peut être produite par les diverses complications que je viens d'énumérer, et par d'autres encore, qui sont moins immédiatement liées que les précédentes à la maladie. Le plus ordinairement, pourtant, les individus succombent dans le marasme et par inanition.

Diagnostic. — La difficulté permanente de la déglutition au-dessous du pharynx ne laisse aucun doute sur l'existence d'un rétrécissement de l'œsophage. Le cathétérisme de ce conduit permet de déterminer la profondeur à laquelle l'obstacle est situé, circonstance sur laquelle on pourrait être induit en erreur si l'on ne fondait son jugement que sur la sensation de certains malades qui, quoique atteints d'un rétrécissement de la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage, localisent néanmoins souvent la gêne qu'ils éprouvent, soit au cou, soit derrière la première pièce du sternum. L'exploration du cou ne devra jamais être négligée, car en repoussant la trachée à droite et en enfonçant les doigts dans l'intervalle compris entre cet organe et le bord interne du sterno-mastoïdien, on a pu saisir certaines indurations de la partie supérieure de l'œsophage. On devra en pareil cas faire exécuter au malade des mouvements de déglutition dans le but de raccourcir l'œsophage et de l'attirer vers le pharynx.