

symptôme qui appartienne en propre à l'affection est l'hématémèse. Quelques malades vivent pendant des années présentant de temps en temps des vomissements sanguins plus ou moins répétés, souvent accompagnés de mélena. D'autres succombent rapidement à l'hémorrhagie. Leur affection principale ne les met guère en état de résister longtemps.

On a trouvé à l'autopsie les veines œsophagiennes extrêmement dilatées. Dans un fait de Lediberder, leur diamètre atteignait 21 millimètres. Dans un cas d'Eberth, elles avaient le volume d'une plume d'oie ou d'un crayon; elles étaient de plus fortement sinueuses et très serrées. A 2 centimètres environ au-dessus du cardia, on voyait, sur une de ces anses vasculaires très poëminentes, une déchirure de 2 millimètres de long.

Le diagnostic des varices de l'œsophage n'est pas facile. On l'établira avec quelque probabilité, si l'on se trouve en face d'un malade atteint de cirrhose hépatique, si les hématémèses sont répétées et si l'absence de symptômes gastriques permet d'éliminer une affection ulcéreuse de l'estomac.

Il n'y a pas de traitement chirurgical à prescrire. En présence d'un accident, on se bornera aux moyens hémostatiques vulgaires : eau glacée, ergotine, etc. — Mais tant que la cause persiste, et contre elle la thérapeutique est impuissante, il faudra s'attendre à la reproduction des mêmes phénomènes.

3° Affections inflammatoires.

Bornées à la surface de la muqueuse œsophagienne, comme la plupart le sont : œsophagite simple, folliculeuse, pustuleuse, etc., ou bien développées dans l'épaisseur même de la paroi du conduit, œsophagite phlegmoneuse, les inflammations de l'œsophage n'intéressent le chirurgien qu'au point de vue de leurs conséquences éloignées. Elles peuvent toutes donner naissance à des rétrécissements. Nous reviendrons bientôt sur ce point.

La **péri-œsophagite** n'est pas, à vrai dire, une lésion de l'œsophage lui-même. C'est l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire qui l'entoure. Elle est provoquée par des causes diverses, de telle sorte qu'elle doit être envisagée la plupart du temps comme une complication. On la voit se développer lorsque l'œsophage est

perforé par un corps étranger, par la chute d'une eschare, par une ulcération quelconque. Elle peut être le résultat d'un phlegmon adéno-pathique du voisinage, ou prolonger à l'état de simple fusée un phlegmon péripharyngien.

Caulet, qui a décrit cette affection en 1864, lui distingue deux formes, l'une *circonscrite*, l'autre *diffuse*.

Circonscrite, la maladie se termine ordinairement par l'ouverture du foyer purulent, dans la cavité de l'œsophage, après une courte période inflammatoire caractérisée par des troubles locaux : dysphagie extrême, raideur du cou, douleur entre les épaules et des troubles généraux : fièvre plus ou moins vive.

Diffuse, elle se complique de tous les accidents qui appartiennent aux vastes suppurations du médiastin : perforation de la plèvre, du péricarde, et inflammation des organes du médiastin.

Le diagnostic de cette affection serait presque impossible si on ne la soupçonnait pas à l'avance; on pourrait penser à l'œsophagite dans laquelle, il est vrai, la douleur est moins fixe et la dysphagie moins prononcée, à une compression par une tumeur quelconque, à l'hydrophobie dans quelques cas qui s'accompagnent de phénomènes nerveux très marqués; mais, nous le répétons, la péri-œsophagite est presque toujours secondaire, et il sera généralement facile de remonter à la maladie primitive.

Le traitement chirurgical sera forcément peu efficace : on fera des applications émollientes sur le cou; on nourrira les malades au moyen de la sonde œsophagienne, ou avec des lavements alimentaires. On remplira surtout les indications que peut fournir l'affection primitive cause première de tous les accidents.

4° Tumeurs du pharynx et de l'œsophage.

On a déjà décrit dans le volume précédent les tumeurs des parties supérieure et moyenne du pharynx. La portion inférieure de ce conduit, qui, à tous les points de vue, doit être rapprochée de l'œsophage, va seule nous occuper ici.

On trouve dans le canal pharyngo-œsophagien : 1° des tumeurs sessiles de diverses natures, en dehors du carcinome et de l'épithélioma; 2° des tumeurs polypeuses; 3° des carcinomes et des épithéliomes réunis sous le nom de cancer.

§ 1. — *Tumeurs sessiles autres que le cancer.*

Les unes appartiennent en propre aux parois mêmes du pharynx ou de l'œsophage; les autres, et ce sont les plus nombreuses, ont pris naissance au voisinage de la cavité pharyngienne. Elles l'envahissent en repoussant la paroi devant elles. On les décrit sous le nom de tumeurs rétro-pharyngiennes.

A. — Les tumeurs rétro-pharyngiennes sont le plus souvent des *fibromes* ou des *sarcomes* développés aux dépens des aponévroses de la région ou du périoste des vertèbres. Busch, en 1877, a trouvé un *lipome* volumineux.

Ces tumeurs, tantôt médianes et postérieures, tantôt latérales, repoussent devant elles la paroi du pharynx, comme le font les abcès juxta-pharyngiens, et peu à peu arrivent à combler tout le conduit. Elles peuvent, si elles sont latérales, effacer les dépressions du pharynx, pénétrer dans ses plis et par exemple venir dédoubler le voile du palais.

On les aperçoit plus ou moins facilement au fond de la bouche, selon qu'elles sont plus ou moins élevées. Le doigt porté à ce niveau apprécie leur consistance et l'état lisse ou rugueux de leur surface. On peut constater de cette façon que la paroi pharyngienne ne fait pas corps avec elles et souvent qu'elle a conservé à leur niveau une certaine mobilité.

La gêne que ces tumeurs déterminent est en rapport avec leur volume et leur situation. Postérieures, médianes et profondément placées, elles pressent de bonne heure sur le larynx et amènent rapidement une dyspnée qui s'accompagne souvent d'accès de suffocation surtout nocturnes, et qui oblige parfois à pratiquer la trachéotomie. Latérales, elles peuvent être supportées un peu plus longtemps. La déglutition est naturellement gênée à un haut degré, bientôt absolument empêchée : les veines profondes du cou sont parfois comprimées, ce qui entraîne une exagération du côté de la circulation veineuse superficielle.

B. — Les tumeurs sessiles, autres que le cancer, développées dans l'épaisseur même de la paroi pharyngo-œsophagienne, sont rares.

On cite à peine quelques cas de fibromes, de fibro-sarcomes, de myomes, quelques kystes en général fort petits et qui dans tous les

cas ne dépassent pas le volume d'une noisette, quelques papillomes (Zenker et Ziemssen).

Le traitement de toutes ces tumeurs varie avec le lieu qu'elles occupent. Les tumeurs rétro-pharyngiennes qui proéminent du côté de la bouche peuvent être enlevées souvent par une simple incision pratiquée sur la paroi postérieure du pharynx. Des fibromes, des lipomes et même des sarcomes de cette région s'énucléent parfois avec une extrême facilité. L'existence de prolongements du côté des gaines vasculaires crée seule ici quelque danger.

Lorsque la tumeur est placée trop bas, il faut aller la saisir par une incision extérieure. On fera tantôt l'opération décrite par Maligne sous le nom de laryngotomie sous-hyoïdienne (on dit mieux pharyngotomie sous-hyoïdienne), et tantôt on choisira de préférence l'un des procédés qui conduisent sur le pharynx par une de ses faces latérales. Nous les indiquerons bientôt.

§ 2. — *Tumeurs polypeuses du pharynx et de l'œsophage.*

Les polypes de la partie inférieure du pharynx peuvent être confondus sans inconvénient avec ceux de l'œsophage. Presque tous ces derniers ont bien réellement leur point d'implantation dans la portion terminale du pharynx, au voisinage du larynx. Cette affection est des plus rares. Depuis le travail que Middeldorf leur a consacré en 1857, leur nombre ne s'est guère accru, et Middeldorf en connaissait dix. La structure des polypes n'est pas différente de celle des tumeurs sessiles du pharynx et de l'œsophage. Ce sont des fibromes, des lipomes, des myomes, des myxomes recouverts par la muqueuse normale du conduit. Dans un cas, (Goschler) il s'agissait d'un kyste dermoïde pédiculé.

La tumeur, continuellement soumise à des mouvements de traction qui l'allongent et l'attirent par en bas, acquiert une grande longueur. Elle atteint ainsi jusqu'à 10, 15 et même 20 centimètres, avec un diamètre de 1 1/2 ou 2 centimètres.

Les symptômes essentiels sont ceux d'un corps étranger de l'œsophage : douleur perçue par le malade; gêne de la déglutition, qui ne se fait qu'au prix d'efforts plus ou moins considérables et finit par ne plus s'opérer que pour les liquides; toux; vomissements; accès de suffocation causés par le passage des aliments et des boissons

dans les voies respiratoires; dyspnée par compression de la trachée; troubles de la voix sous la même influence, etc.

Un fait intéressant, c'est l'apparition possible dans la bouche d'un polype ordinairement contenu dans l'œsophage et qui s'est trouvé rejeté au dehors dans un effort de vomissement. Dans ces conditions, le polype peut obstruer l'ouverture du larynx et amener par là une suffocation rapide.

Le danger de ces tumeurs réside en somme dans l'inanition et la suffocation à laquelle elles exposent; mais elles sont souvent tolérées pendant longtemps avant de donner lieu à aucun accident sérieux.

Tant que la tumeur n'a pas été aperçue du côté de la bouche, le diagnostic est difficile, incertain même. Le cathétérisme avec la sonde œsophagienne n'est ici d'aucun secours. L'instrument passe à côté de la tumeur sans révéler sa présence par aucun phénomène spécial.

La thérapeutique ne comporte qu'un seul moyen : l'extirpation. Elle a toujours été faite jusqu'ici par la bouche. Pour éviter l'hémorragie après la section du pédicule, on a pratiqué la ligature de ce dernier. Cette opération n'est pas à recommander. On ne manque pas aujourd'hui de moyens d'ablation rapide, qui n'exposent pas à l'hémorragie : serre-nœuds, anse galvanique, thermo-cautère, etc. Leur emploi est facile : le polype est amené au dehors par des vomissements provoqués au moyen de l'émétique; il est saisi avec une pince de Museux ou maintenu avec un fil, et l'on passe autour de lui, pour la porter profondément vers le pharynx, l'anse destinée à diviser son pédicule. Ces manœuvres peuvent n'être pas sans inconvénient. Dans un cas où elles étaient employées pour faire la ligature, le malade se trouva dans un si grand danger de suffocation, qu'on dut faire la trachéotomie (Dallas). Dans un autre (Dubois), la mort se produisit par ce mécanisme.

L'œsophagotomie ne semble cependant indiquée que pour les tumeurs qui ne peuvent pas être amenées au dehors, et qui provoquent des accidents sérieux de suffocation.

§ 3. — *Cancer du pharynx et de l'œsophage.*

a. — *Cancer du pharynx.*

Le cancer primitif du pharynx est encore une affection très rare. Le plus souvent le mal résulte de l'extension d'un cancer de la base de la langue, de l'amygdale ou du larynx. Lorsqu'il est primitif, il

début ordinairement au voisinage du larynx, qui se trouve ainsi de bonne heure envahi par le néoplasme. Le point de départ anatomique semble se trouver dans les glandes de la région. Le diagnostic par la vue, par le miroir laryngien et par le toucher est en général aisé.

Le traitement de ces sortes de tumeurs était jadis à peu près au-dessus des ressources de l'art. Dans ces dernières années, les opérations destinées à extirper une portion plus ou moins considérable du pharynx se sont multipliées en Allemagne. En 1879, au congrès des chirurgiens allemands tenu à Berlin, un certain nombre de faits furent rapportés. On arrive au pharynx par une grande incision pratiquée le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et parallèle profondément au ventre postérieur du digastrique, ou bien par des opérations très complexes qui comportent diverses incisions des parties molles et la section ou même la résection du maxillaire inférieur. En général, les incisions extérieures suffisent. Avec elles Billroth et d'autres ont enlevé une grande partie du pharynx, la partie supérieure de l'œsophage, le larynx et le corps thyroïde. Il est inutile de dire que de semblables opérations présentent une extrême gravité. Langenbeck avait perdu ses trois opérés lorsqu'il vint en 1879 rendre compte de ses tentatives. La mort se produit soit par la formation d'un vaste phlegmon propagé au médiastin, soit par le fait d'une pneumonie qui tient à l'introduction dans les bronches des liquides septiques fournis par la plaie. Au moment de l'opération, le tamponnement de la trachée avec la canule de Trendelenburg est une précaution utile dans laquelle le sang envahirait les voies respiratoires. Ce même tamponnement permet ensuite de faire d'une façon parfaite l'antisepsie. L'alimentation étant assurée par une sonde œsophagienne laissée à demeure, on peut emplir la bouche et le pharynx avec de la gaze iodoformée.

b. — *Cancer de l'œsophage.*

Anatomie pathologique. — La forme histologique habituelle est représentée par l'épithélioma pavimenteux; exceptionnellement, on observe l'épithélioma cylindro-prismatique, qui reconnaît une origine glandulaire (Ch. Robin, Hanot).

Le cancer se rencontre dans tous les points de l'œsophage, mais il est difficile de dire d'une façon certaine quel est son siège le plus

fréquent. Les statistiques fournies par les divers auteurs ne s'accordent en aucune façon là-dessus.

Il est bien rare que le néoplasme apparaisse à l'examen nécroscopique sous la forme d'un simple îlot occupant une portion seulement de la périphérie du conduit; il est bien plus rare encore que l'on trouve deux ou trois foyers de cette nature, et tout à fait exceptionnel qu'il existe une forme diffuse à noyaux disséminés dans une grande étendue, ou sur toute l'étendue de l'œsophage. Dans l'immense majorité des cas, le cancer est limité à un seul foyer, et il affecte la forme annulaire ou canaliculée sur une longueur de 2 à 10 centimètres.

Tout d'abord la muqueuse seule est envahie. Elle est dure, épaisse de 5 à 8 millimètres et davantage; sous l'influence de ce gonflement, la lumière du canal est en grande partie effacée, et ce qui persiste du conduit est formé par un tube rigide, très défavorable à l'exercice de la déglutition.

Plus tard le tissu cellulaire sous-muqueux qui de bonne heure s'est épaissi, puis la tunique musculaire, sont envahis à leur tour. Lorsque la masse du cancer s'est accrue, il survient souvent une ulcération des portions primitivement atteintes, des destructions gangreneuses de ces parties qui rétablissent pour un temps la lumière du conduit et rendent la déglutition plus facile.

Les ganglions lymphatiques péri-œsophagiens et péri-trachéaux, de la poitrine ou de la base du cou, suivant le point où siège le mal, sont en général pris d'assez bonne heure. Ils forment des tumeurs secondaires qui se comportent à la façon de la tumeur principale, comprimant les organes voisins, ulcérant leurs parois, et déterminant la production de fistules de diverses natures.

Cet envahissement des parties voisines est un des caractères les plus curieux et les plus importants du cancer de l'œsophage. En rapport immédiat avec la trachée, les bronches, la plèvre et le poumon, la tumeur prend des adhérences avec ces parties, les envahit, les perforé, et établit des communications entre elles et le conduit œsophagien. Il y a donc des fistules trachéo-œsophagiennes, broncho-œsophagiennes, pleuro-œsophagiennes, et même pneumo-œsophagiennes, car on a vu l'œsophage communiquer par un trajet de ce genre avec des cavités gangreneuses du poumon. De la même façon le péricarde peut être envahi. De la même façon encore l'œsophage

contracte des adhérences avec une oreillette du cœur, avec les gros vaisseaux du médiastin : aorte, artère pulmonaire. On aura une idée de la fréquence de ces complications par le relevé de Lacour. Sur 75 cas où les détails étaient suffisants, Lacour a trouvé : cancers sans fistules 24, avec fistules 51. De ces 51 fistules, 17 étaient œso-trachéales, 10 œso-vasculaires, 7 œso-médiastines, 5 œso-pulmonaires, 4 œso-bronchiques, 4 œso-pleurales.

Il est à peine besoin de dire que de bonne heure le nerf pneumogastrique, ou les récurrents, suivant le siège du mal, sont comprimés et envahis souvent, tantôt par la tumeur elle-même, tantôt par des tumeurs ganglionnaires secondaires.

Quelquefois la colonne vertébrale a été atteinte et le canal vertébral pénétré par le néoplasme. La généralisation du cancer s'observe assez rarement, au point de vue clinique, quoique Pétri dise que les métastases se rencontrent dans plus de la moitié des cas.

Au-dessus de sa partie rétrécie, l'œsophage présenterait le plus souvent, d'après Béhier, une dilatation totale, cylindrique ou ampullaire, ou une dilatation latérale, sacciforme, diverticulaire, en jabot. Les aliments s'accumuleraient en quantité parfois très considérable (1 litre et plus) dans cette portion élargie du conduit. Sous l'influence de leur séjour prolongé, la muqueuse s'altérerait, des ulcérations de cette membrane et des perforations du conduit se produiraient quelquefois par ce procédé. En réalité, ces dilatations au-dessus du cancer sont très rares, si même elles existent réellement.

Symptômes. — Les phénomènes symptomatiques dépendent : 1° de la tumeur elle-même; 2° des lésions de voisinage; 3° de l'état général.

1° *Du côté de la tumeur.* Si la tumeur siège à la partie supérieure de l'œsophage, on peut sentir que la base du cou est *gonflée* et *indurée* profondément.

Beaucoup de malades accusent une *douleur* le plus souvent en rapport avec le siège du mal, quelquefois dorsale, ou sternale. Ordinairement sourde, elle prend parfois le caractère cardialgique. Ziemssen dit qu'elle s'exagère fréquemment pendant la nuit. La douleur est en somme un symptôme variable, et inconstant dans le cancer de l'œsophage.

Les *troubles dysphagiques* sont plus importants, et cependant il ne faut pas croire qu'ils se présentent avec régularité. Certains ma-

lades les éprouvent à peine. Aussi décrit-on une forme latente dans laquelle les malades arrivent aux complications les plus graves ou à la cachexie, sans que le médecin ait eu l'esprit attiré par des phénomènes dysphagiques sur l'existence d'une tumeur œsophagienne. La plupart du temps ils sont très marqués et très importants : la déglutition alors est douloureuse et empêchée. L'empêchement n'est pas en rapport forcé avec le degré de rétrécissement. Il dépend pour une bonne part chez certains malades d'un spasme pharyngien et œsophagien. Une grosse sonde œsophagienne peut traverser sans peine un conduit qui ne laissera pas passer les bouchées les plus petites et les mieux mastiquées. Chez d'autres malades, la dysphagie est régulière et progressive. Elle s'est opposée d'abord au passage des bols volumineux, plus tard les petits, enfin les liquides eux-mêmes finissent par être arrêtés. Les malades font de vains efforts pour avaler. Ils s'appliquent longuement à mâcher et insaliver les aliments; ils accompagnent chaque bouchée d'une gorgée de liquide. Peine inutile. Au bout de quelques instants, les substances alimentaires qui avaient un instant franchi le pharynx reparassent dans la bouche sous l'influence du vomissement œsophagien; elles sont bientôt rejetées par le malade. Quelquefois elles ne réapparaissent pas tout de suite; mais elles finissent toujours par être rendues. Aux aliments s'ajoute une quantité plus ou moins considérable de mucus épais et filant, mêlé à la salive et à quelques filets de sang.

2° Les *symptômes de voisinage* les plus ordinaires s'observent du côté des voies respiratoires. Ce sont des troubles de la respiration et de la voix.

La *dyspnée* est commune; elle peut aller jusqu'à la suffocation. Elle a conduit quelquefois à la trachéotomie. Sa cause réside surtout dans les compressions qu'exercent sur la trachée ou les bronches soit la tumeur elle-même, soit des masses ganglionnaires voisines, soit la portion de l'œsophage dilatée au-dessus du rétrécissement. La lésion des récurrents ou des pneumo-gastriques peut jouer aussi un certain rôle, tant par la gêne mécanique résultant de la paralysie des cordes vocales, que par les troubles circulatoires qu'elle entraîne du côté du poulmon. On a trouvé du *cornage* dans quelques cas, d'ailleurs rares.

La *toux* ne manque guère. Elle dépend surtout des lésions nerveuses déjà indiquées, des troubles pulmonaires, et bien souvent

d'une fistule œso-trachéale ou œso-bronchique, par laquelle se déversent dans les voies respiratoires les produits de l'ulcération cancéreuse, les liquides et même des parcelles solides de matières ingérées. Une *expectoration* purulente, fétide, l'accompagne.

La *voix* est toujours altérée à un degré plus ou moins considérable. Elle commence souvent par être bitonale, ou rauque, bientôt elle diminue de hauteur; elle finit par disparaître complètement dans bien des cas. Ces lésions, comme Lacour l'a fait ressortir dans sa thèse inaugurale, sont sous la dépendance de deux causes différentes : la lésion des récurrents qui entraîne la paralysie facile à constater au laryngoscope de l'une des cordes vocales ou des deux, ou bien la propagation au larynx du cancer œsophagien.

5° Les *symptômes généraux* appartiennent à la cachexie cancéreuse ou à l'inanition. En tant que cachectiques, les malades présentent de la fièvre hectique, de l'œdème des jambes, de l'ascite dans quelques cas; ils maigrissent rapidement. Mais cet amaigrissement est surtout dû à l'inanition. Le moment arrive en effet où les malades n'absorbant plus aucune nourriture sont réduits à l'autophagie. Leurs fonctions sont réduites au minimum. Leur urine est rare, colorée, fétide. Ils perdent alors chaque jour de leur poids d'une façon régulière, et si quelque cause accidentelle ne vient pas hâter leur fin, ils succombent vers le moment où celui-ci s'est réduit de 40 pour 100.

Complications. — Sous l'influence de la communication qui s'établit entre l'œsophage et le péricarde ou la plèvre, naissent naturellement des péricardites et des pleurésies purulentes. Ces affections prennent une grande intensité et se terminent rapidement par la mort, lorsque des aliments déglutis ou injectés au moyen de la sonde par une fausse route pénètrent dans ces grandes séreuses. On connaît d'assez nombreux exemples de ces accidents. — L'ouverture des vaisseaux du médiastin : aorte, artère pulmonaire, voire même (un seul cas) artère intercostale, donne lieu à une hématomèse ou à une hémorragie collectée dans l'estomac. Les deux sont rapidement mortelles. — La gangrène pulmonaire est souvent observée. Ses symptômes sont généralement peu marqués, les forces baissent plus vite, l'haleine devient plus fétide, et c'est tout. Quelquefois cependant s'observent un point de côté, de la fièvre, une exagération de la dyspnée, de la cyanose des extrémités, des crachats noirâtres et fétides. La mort dans tous les cas ne se fait pas beaucoup attendre.

La simple inanition pourrait suffire à expliquer la production de cette gangrène. Chez les aliénés qui refusent de manger et que l'on ne nourrit pas de force, elle s'observe assez souvent. Quelquefois la cause de la gangrène est plus voisine. Par propagation directe d'un cancer œsophagien, se forme une lésion pulmonaire qui s'ulcère, se gangrène et entraîne dans son évolution nécrotique une partie d'un lobe pulmonaire. Enfin on a plus d'une fois rapporté la gangrène du poumon à des lésions des pneumogastriques, quelquefois d'un seul. La section des pneumogastriques s'accompagne d'ecchymoses sous-pleurales, d'infarctus et même de gangrènes pulmonaires étendues (Schiff, Traube, Claude Bernard, Vulpian); de même le cancer de l'œsophage, en détruisant les pneumogastriques chez l'homme, produirait des lésions semblables. Desnos (1879) s'est fait le défenseur de cette idée. La tuberculose pulmonaire hâte souvent la fin des malades (Peter, Porchaire).

Pronostic. — Le cancer de l'œsophage est une affection à marche généralement rapide. Il se termine dans un délai qui dépasse bien rarement une année, soit par une des complications que nous avons indiquées, soit par cachexie ou par inanition.

Diagnostic. — Il peut être difficile pour plusieurs raisons. Chez certains malades, ainsi que nous le disions, le cancer est véritablement latent. La dysphagie, la dyspnée, les signes de lésions de voisinage, tout manque à peu près complètement. Le malade s'affaiblit, maigrit rapidement, présente bientôt de l'œdème des malléoles. On reste dans l'incertitude jusqu'au moment où se montre quelque phénomène nettement rattachable à l'œsophage : dysphagie, régurgitation habituelle, etc. Chez d'autres malades, l'affection évolue et arrive à entraîner les complications dont il a été question plus haut sans que l'idée de cancer se soit présentée à l'esprit de l'observateur. C'est ainsi que des fistules œso-trachéales ont pu faire croire à de la bronchite chronique, à de la phthisie, à une laryngite. C'est ainsi encore que l'on a vu des gangrènes pulmonaires ou des péricardites sans les rattacher à leur véritable cause. La toux, la paralysie des cordes vocales, font penser à un anévrysme de l'aorte ou à une tumeur du médiastin.

Mais toutes ces diverses affections ont leurs signes propres et, pour peu que les troubles dysphagiques apparaissent, l'hypothèse d'un rétrécissement œsophagien ne peut manquer d'être faite. Elle

est confirmée par l'exploration au moyen de la sonde œsophagienne. Elle le serait encore par l'auscultation de l'œsophage, si ce moyen était plus employé et s'il avait la valeur qu'Hamburger lui décerne. L'application de l'oreille permettrait de reconnaître un foyer au niveau duquel s'entendent le mieux les bruits œsophagiens; là se trouverait le siège du rétrécissement. Quant à ces bruits eux-mêmes, ils varieraient avec le stade du rétrécissement : simples bulles dans un premier degré, gargouillements ensuite, ils finiraient par constituer une régurgitation sonore très nette.

Nous insisterons dans le chapitre suivant sur le diagnostic différentiel des divers rétrécissements de l'œsophage. Il suffit d'indiquer dès à présent que celui du rétrécissement cancéreux se fonde sur les commémoratifs qui excluent les causes habituelles des autres rétrécissements, sur l'âge du malade, l'état général, la nature des matières vomies, le saignement facile du rétrécissement pendant le cathétérisme et l'engagement dans les yeux de la sonde de parcelles que le microscope permet de déterminer comme des fragments d'épithélioma. Cette fragilité même du cancer œsophagien doit mettre en garde contre l'abus du cathétérisme. Les fausses routes ne sont pas rares et nous avons déjà rappelé que souvent on a injecté par la sonde des substances alimentaires dans le péricarde ou dans la plèvre.

Traitement. — On a essayé, dans quelques cas où le cancer siégeait à la portion cervicale de l'œsophage, de pratiquer une opération curative. Czerny, dans une opération rapportée en 1877 par le *Centralblatt für Chirurgie*, a pu réséquer 6 centimètres de l'œsophage, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, et enlever ainsi un cancroïde en partie ulcéré qui déterminait une oblitération complète du conduit. Le bord inférieur de l'œsophage fut réuni à la peau par huit points de suture. On établit ainsi une fistule dans laquelle était maintenue une sonde qui servait à alimenter la malade. Czerny se proposait de faire plus tard une opération complémentaire pour rétablir la continuité du conduit; mais on ne sait pas si cette opération a été faite. Au bout de cinq mois, la malade était forte et bien portante. Les conditions anatomiques étaient ici très favorables à l'ablation. La tumeur n'avait pas contracté d'adhérences au voisinage; il n'y avait pas de ganglions. Il en était tout autrement dans une deuxième opération entreprise par Bergmann en 1885. L'extirpation de l'œsophage rencontra de grandes difficultés par suite de

L'extension du mal au pharynx et de la présence de ganglions. La malade succomba le cinquième jour à un vaste phlegmon du cou et à la médiastinite. Billroth, Israël, Roux (de Lausanne), ont pratiqué des opérations semblables; elles ne donnent que des succès de peu de durée, auprès de bien grands délabrements. Marwedel a réuni récemment 7 cas d'œsophagectomie précoce avec 3 morts opératoires, et Keinecke a obtenu aussi un succès.

L'ablation d'une tumeur intra-thoracique de l'œsophage ne saurait

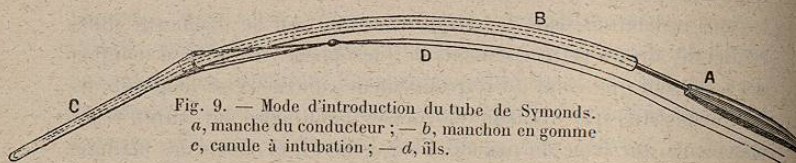


Fig. 9. — Mode d'introduction du tube de Symonds.
a, manche du conducteur; — b, manchon en gomme
c, canule à intubation; — d, fils.

être proposée, quoique Quenu et Hartmann aient fait voir que ce conduit pouvait être abordé sans lésion d'un organe important.

Le traitement palliatif ordinaire consiste dans le passage d'une sonde œsophagienne au moyen de laquelle on nourrit les malades



Fig. 10. — Canule à intubation (Symonds).

menacés d'inanition. Il ne s'agit pas ici, comme dans les rétrécissements dont nous parlerons plus loin, de rétablir par la dilatation le calibre du conduit.

Le danger des cathétérismes répétés fait préférer dans un grand nombre de cas la sonde à demeure passée par le nez ou l'œsophagotubage qu'on réalise avec une canule courbe qu'on fait glisser sur un conducteur jusqu'au niveau du rétrécissement et qu'on fixe au moyen de fils ramenés par le nez (Simonds, Renvers). Mais il s'agit là, on le comprend, d'un moyen bien précaire. Survienne un accident; que la sonde soit rejetée ou retirée par le malade, on pourra se trouver dans l'impossibilité de la remettre. Bien plus précaire encore est l'alimentation au moyen de lavements nutritifs.

On a essayé de deux opérations destinées l'une et l'autre à permettre l'introduction des aliments dans l'estomac par une fistule.

L'œsophagostomie est l'opération par laquelle on établit au-dessous du cancer une fistule œsophagienne. On conçoit que l'occasion de la pratiquer soit rare. La portion cervicale de l'œsophage n'est pas bien longue. Les opérateurs ont toujours eu de la peine à arriver sur le conduit, qui se trouvait immobilisé derrière la trachée par des adhérences que la tumeur avait contractées. La *gastrostomie*, malgré l'opposition qui lui a été faite par beaucoup de chirurgiens, est de plus en plus mise en pratique. Les résultats des premières opérations étaient peu encourageants (55 morts rapides sur 40 opérations, L.-H. Petit). Ils sont devenus un peu meilleurs. Sur 157 cas réunis par Gross (1885), nous trouvons 95 morts plus ou moins rapides sur lesquelles, d'après l'auteur, 51 seulement seraient imputables à l'opération; 42 opérés auraient réellement profité de l'intervention. En règle générale, dans le cancer de l'estomac on ne peut pas espérer, après la gastrostomie, une survie de plus de six mois. Mais elle ne donnera quelque résultat qu'à la condition d'être précoce, c'est-à-dire exécutée dès qu'il y a de la difficulté pour la déglutition des liquides.

Elle donnera surtout de bons résultats si on la pratique de façon à créer une bouche aussi petite que possible. La pratique actuelle consiste à établir une simple fistule, dans laquelle on ne laisse à demeure aucun corps étranger, drains ou obturateurs quelconques. Depuis quelque temps, pour assurer la rétention des liquides gastriques, on s'efforce de former dans l'épaisseur de la paroi abdominale un trajet oblique réunissant l'ouverture extérieure à la cavité de l'estomac. Le malade est alimenté au moyen d'une sonde molle de petit calibre, introduite dans l'orifice aussi souvent qu'il est nécessaire de le faire.

On se trouvera bien de pratiquer l'opération en deux temps toutes les fois que les circonstances le permettent. L'estomac fixé à l'avance et visible sous la forme d'une petite ampoule de la dimension d'une noisette à peine dans la plaie abdominale bien réunie, est ponctionné au bout d'un temps variable, avec un bistouri fin. Cette petite ouverture suffira à l'introduction de la sonde.

La création de l'orifice stomacal a pu être quelquefois retardée au delà de toute prévision. La fixation de l'estomac entraîne souvent la diminution du spasme œsophagien.