

Chez le malade de Giraldès, — qui mourut d'une affection intercurrente — il existait un petit sac anévrysmal entouré d'un exsudat plastique au milieu duquel étaient englobés le nerf pneumo-gastrique et le nerf laryngé supérieur. Le malade avait eu la voix très rauque. Celui de Joret succomba deux ans et demi après la blessure à une bronchite aiguë. Il avait présenté du ramollissement cérébral et des convulsions épileptiformes. La balle qui avait causé la blessure était logée dans la veine jugulaire et adhérait à sa paroi au moyen d'un tissu cellulaire de nouvelle formation.

On peut prévoir que le diagnostic d'avec un anévrysme artérioveineux de la carotide externe sera quelquefois difficile; mais il s'agit là en somme de lésions très rares, et qui précisément ne peuvent être le point de départ d'aucune intervention opératoire. L'expectation simple est de règle absolue.

## V

## MALADIES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

**Considérations anatomiques :**

Les affections chirurgicales des deux parties supérieures du pharynx : pharynx nasal et pharynx buccal, ont été étudiées ailleurs. Nous nous bornerons donc à rappeler ici les principaux caractères anatomiques de la dernière portion du pharynx et de l'œsophage.

Dans sa portion inférieure ou laryngienne, haute de 5 à 6 centimètres, le *pharynx* a la forme d'un entonnoir qui serait assez bien arrondi, si le larynx à sa partie antérieure ne formait une saillie dans sa cavité. Large en haut, au niveau de l'épiglotte et de la base de la langue, il ne mesure plus que 14 millimètres de diamètre, dans le point où il se continue avec l'œsophage.

L'œsophage commence au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, à 15 centimètres des incisives de la mâchoire supérieure. Il se termine dans l'estomac, au-dessous du diaphragme, après un trajet de 25 centimètres (Mouton). Sa direction est à peu près verticale, mais avec quelques inflexions; d'une manière générale il présente une longue convexité, d'ailleurs légère, du côté droit.

La portion cervicale, seule accessible du dehors, varie très notablement de longueur suivant les individus. Elle ne dépasse jamais 7 à 8 centimètres et peut n'être que de 4 à 5.

Le diamètre du conduit varie notablement. Il est en moyenne de 18 à 20 millimètres. Mais il tombe à 14 millimètres sur trois points, savoir : à son origine, au niveau de son contact avec l'aorte, à son entrée dans l'estomac. Ces données ont été obtenues sur le cadavre, par Mouton, au moyen de moulages. La dilatation brusque de l'œsophage porte facilement les points rétrécis à 18 et 19 centimètres.

Au niveau du cou l'œsophage est placé entre la trachée et la colonne vertébrale, dans un tissu cellulaire lâche, abondant. Les récurrents sont en rapport immédiat avec lui, le droit longeant le bord correspondant, le gauche se plaçant sur la face antérieure du conduit. Dans le thorax, il occupe le médiastin postérieur, répond en avant à la bifurcation des bronches et plutôt à la bronche gauche, puis au péricarde, à droite au feuillet droit du médiastin et par conséquent à la plèvre et au poumon droit, à gauche à la crosse de l'aorte et aux branches qui en naissent, en arrière au canal thoracique, à la veine azygos, aux artères intercostales droites, et à des ganglions lymphatiques qui le séparent de la colonne vertébrale (Tillaux).

Le pharynx à sa partie inférieure tend à se rapprocher de l'œsophage au point de vue de sa structure. Rappelons que ce dernier conduit est tapissé par une muqueuse épaisse, dermo-papillaire à épithélium pavimenteux, et qu'il possède une tunique musculuse très épaisse.

1<sup>o</sup> MALFORMATIONS CONGÉNITALES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

Du côté du pharynx, un seul vice de conformation, mais des plus curieux : c'est une fistule congénitale, dont on trouvera l'histoire un peu plus loin. (Voyez *Fistules du cou*.)

Du côté de l'œsophage, les malformations sont plus nombreuses. On les range sous quatre chefs :

- a. Diverticules de l'œsophage;
- b. Rétrécissements et cloisonnements incomplets;
- c. Oblitération complète et abouchements anormaux;
- d. Absence d'œsophage.

L'étude du développement de l'œsophage ne fournit pas encore la

clef de toutes ces anomalies. Il reste d'ailleurs quelques incertitudes sur ce point d'embryogénie.

Un embryon de quelques jours présente, comme on le sait, l'aspect d'une petite nacelle, dont les deux extrémités seraient pontées. L'espace ponté supérieur forme une cavité, tapissée par le feuillet interne du blastoderme et terminée en cul-de-sac au niveau de l'extrémité céphalique de l'embryon. On l'appelle *aditus anterior* ou *cavité céphalo-intestinale*. C'est le rudiment de la partie supérieure du tube intestinal. Bientôt sur la partie antérieure de ce pont, au-dessous des vésicules cérébrales qui ont pris un grand développement, se creuse une dépression connue sous le nom de *sinus buccal*. A ce niveau le feuillet externe du blastoderme s'invagine et va à la rencontre du feuillet interne qui tapisse l'*aditus anterior*.

La manière dont se font la rencontre et l'abouchement des deux conduits n'est pas encore interprétée de la même façon par tout le monde.

Selon Kœlliker, dont Sappey, Mathias Duval, Gadiat et beaucoup d'autres partagent l'opinion, le pharynx et l'œsophage se développeraient aux dépens de l'*aditus anterior*. Le sinus buccal formerait seulement la bouche et la partie la plus antérieure du pharynx. Les organes respiratoires apparaîtraient sous la forme d'un tube creux bientôt bifurqué, développé dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'*aditus anterior*.

Selon Ch. Robin, l'*aditus anterior* n'entrerait pour rien dans la constitution du pharynx et de l'œsophage. Cette portion primitive du tube digestif, ne suivant pas l'accroissement rapide que le cou présente à un certain moment chez l'embryon, resterait en arrière. Le sinus buccal, au contraire, s'allongeant de plus en plus à mesure que le cou se développe, formerait le pharynx tout entier. Quant à l'œsophage, il apparaîtrait à l'extrémité du pharynx sous la forme d'un bourgeon creux qui descendrait à la rencontre de l'*aditus anterior*, tandis qu'en avant de lui, sur la paroi antérieure du pharynx, se montrerait un autre bourgeon d'abord unique et plein, bientôt creux et bifurqué. C'est l'origine de la trachée, des bronches et du poumon.

Le pharynx est, comme on le sait, percé à l'origine de fentes transversales qui font communiquer la face externe de l'embryon avec la cavité pharyngienne. Ces fentes disparaissent par la soudure successive des arcs qui les séparent. (Voyez *Fistules congénitales*.)

a. *Diverticules congénitaux de l'œsophage.*

L'existence des diverticules congénitaux ne semble pas établie d'une façon bien certaine; du moins les auteurs ne mentionnent pas d'autopsies probantes faites chez des enfants. Förster et Wernher les considèrent comme liés à des rétrécissements congénitaux. On en aurait trouvé surtout à la partie supérieure de l'œsophage, à son union avec le pharynx; peut-être se forment-ils là par suite de l'oblitération incomplète d'une fente branchiale. (Voyez *Fistules branchiales*.)

b. *Rétrécissements et cloisonnements incomplets.*

On ne les a peut-être pas constatés une seule fois sur le cadavre des enfants; mais on a trouvé, à l'autopsie d'individus plus ou moins avancés en âge, des rétrécissements, tantôt annulaires, tantôt canaliculés, qui semblaient dater de la première enfance, car les individus atteints avaient toute leur vie accusé des troubles de la déglutition. A leur niveau la muqueuse œsophagienne ne présentait du reste aucune altération. Ces rétrécissements siègent surtout à la partie supérieure de l'œsophage, vers son point de jonction avec le pharynx, ou à sa partie inférieure, là où le conduit vient s'aboucher dans l'estomac; mais on en aurait trouvé aussi à la partie moyenne.

c. *Oblitérations avec abouchements anormaux.*

Ce sont les anomalies les plus intéressantes de beaucoup, et les plus nombreuses. Paul Reynier en rapporte quinze exemples dans sa thèse d'agrégation (1885), Kœnig les décrit d'après quatorze cas. Le plus souvent l'œsophage se trouve divisé en deux portions. La supérieure se termine, vers la portion moyenne de la trachée, par un cul-de-sac musculoux plus ou moins dilaté. L'inférieure, partant du cardia, remonte vers la trachée et prend fin ordinairement à la face postérieure de celle-ci, au niveau de sa bifurcation. Quelquefois elle s'insère sur une des bronches; on l'a vue remonter à 2 centimètres au-dessus de la bifurcation des bronches. Là où elle se met en rapport avec le conduit aérien, la portion inférieure de l'œsophage pré-

sente presque toujours une ouverture par laquelle elle communique avec lui. On peut, en introduisant un stilet dans le cardia, le conduire à travers la portion inférieure de l'œsophage, jusque dans la trachée et le larynx. Souvent un cordon fibreux joint les deux bouts séparés de l'œsophage; tout moyen d'union peut faire défaut. Chez quelques enfants on a trouvé, avec un œsophage à peu près normal, une fissure trachéo-œsophagienne (Tarnier, Lamb). Le sujet observé par ce dernier vécut six semaines et succomba à une pneumonie. Dans un fait semblable décrit par Houston, l'œsophage présentait au niveau de sa communication avec la trachée un long diverticule qui descendait jusqu'à la bifurcation des bronches.

Il est clair que l'origine de ces diverses anomalies se trouve dans un trouble de l'évolution embryonnaire. Par elles se démontrerait, s'il était nécessaire, la solidarité qui existe entre la trachée et l'œsophage au point de vue de leur développement.

Les enfants qui sont atteints de ces monstruosités en présentent quelquefois d'autres; mais le plus souvent ils sont bien conformés par ailleurs. L'œsophage est-il oblitéré, ils meurent fatalement d' inanition, au bout d'un petit nombre de jours. Ceux qui présentent seulement des fissures trachéo-œsophagiennes ne sont guère mieux partagés. A chaque déglutition, ils introduisent le lait dans les voies respiratoires, d'où des accès de suffocation et une toux au milieu de laquelle le lait qui a pu être avalé se trouve forcément rejeté. S'ils survivent quelque peu, une pneumonie les enlève.

On a pu pendant la vie faire le diagnostic, en tenant compte des symptômes et de ce fait capital qu'une sonde œsophagienne ne peut être poussée à plus de 10 ou 12 centimètres de la pointe de la langue.

Le musée Dupuytren contient quelques pièces intéressantes de cette anomalie, entre autres celle de Périer (n° 75 du catalogue Houell).

d. *Les absences complètes de l'œsophage*, quelquefois de l'œsophage et du pharynx, sont rares et liées ordinairement à d'autres monstruosités.

#### 2° RUPTURES SPONTANÉES. — VARICES.

On trouve dans la littérature chirurgicale une douzaine de cas de *ruptures spontanées* de l'œsophage. Dans les deux tiers des cas, les

malades étaient des hommes dans la force de l'âge, mais adonnés à la boisson pour la plupart.

L'accident se produit toujours de la même façon. Le malade a une indigestion à la suite d'un bon repas ou d'un excès de boisson; au milieu des nausées ou des vomissements, il est pris tout d'un coup d'une douleur vive dans la région thoracique et tombe en défaillance. La rupture s'est produite. Le sujet d'une observation célèbre de Boerhaave, l'amiral Vassenaer avait provoqué lui-même les vomissements pour débarrasser son estomac après un repas trop copieux.

A la suite de la rupture se produisent quelques vomissements sanguinolents, et bientôt de l'emphysème au niveau de la base du cou. Ce sont les gaz de l'estomac infiltrés dans le médiastin antérieur qui viennent se montrer là.

Le malade tombe rapidement dans un état d'adynamie profonde. Il respire péniblement, se refroidit, présente une anurie complète et succombe. La mort arrive ordinairement entre 24 et 48 heures. Dans un cas rapporté par Fitz (1877) elle ne se produisit qu'au bout de six jours.

La lésion anatomique consiste en une rupture linéaire, une fente de l'œsophage, située le plus souvent au voisinage du cardia, et l'entamant quelquefois. La fente peut avoir 1 centimètre à peine ou 3, 5 et jusqu'à 8 centimètres. Elle a toujours été trouvée longitudinale, sauf dans le fait de Boerhaave où elle coupait transversalement l'œsophage. Elle fait communiquer la cavité de l'œsophage avec le tissu cellulaire du médiastin. Parfois la plèvre même est déchirée. Le tissu cellulaire du médiastin, ou la cavité pleurale contiennent avec une certaine quantité de sang épanché des aliments et des boissons.

Il est difficile d'admettre qu'un œsophage sain puisse ainsi se rompre dans un effort de vomissement. Mais quelle est la lésion prédisposante? On ne peut pas parler ici d'un *ramollissement de l'œsophage* analogue au ramollissement gélatiniforme de l'estomac. Cette lésion a été, il est vrai, rencontrée quelquefois surtout chez des individus qui sont morts après une longue agonie, pendant laquelle le suc gastrique a pu refluer vers l'œsophage; mais rien dans ces données ne peut s'appliquer aux cas qui nous occupent. Ici les malades sont non pas des agonisants, mais des hommes vigoureux (Koenig). Il est probable que, dans bon nombre de cas, l'œsophage était au moins ulcéré, peut-être atteint de néoplasie.

On ne saurait prescrire aucun traitement chirurgical. Tout au plus pourrait-on songer à placer dans l'œsophage une sonde à demeure.

Les varices de l'œsophage ont été bien décrites et rattachées à la cirrhose hépatique pour la première fois par Fauvel (1858). Klebs, en 1868, fournit quelques détails sur leur anatomie pathologique. Dans ces dernières années les recueils en ont enregistré plusieurs exemples. Dussaussy, en 1877, fit des varices œsophagiennes le sujet de sa thèse inaugurale. Ces varices siègent au voisinage du cardia d'une façon exclusive. La raison en est facile à comprendre. Si l'on compare la disposition des veines à l'extrémité inférieure de l'œsophage et à la partie terminale du rectum, on trouve entre elles une assez grande analogie. La partie inférieure de l'œsophage envoie le sang veineux dans le système porte par l'intermédiaire de la veine coronaire stomacique. Le reste du conduit le déverse dans les veines thyroïdiennes inférieures, péricardiques et dans la grande azygos. C'est ainsi que la partie inférieure du rectum est en connexion à la fois avec la circulation porte par les hémorroïdales supérieures et avec la circulation générale par les hémorroïdales moyennes et inférieures. Les mêmes causes produisent aux deux extrémités du tube intestinal les mêmes effets. Lorsque la circulation de la veine porte est embarrassée, le sang qu'elle contient cherche à s'échapper par la circulation collatérale. Il rentre dans la circulation générale en dilatant toutes les veines qui communiquent avec les rameaux porte périphériques. Les individus affectés de varices œsophagiennes sont tous en même temps atteints de cirrhose ou de quelque autre affection conduisant comme elle à l'atrophie du foie. L'hépatite syphilitique a été notée particulièrement dans un bon nombre de cas, et Leduc récemment (1881) a publié un fait intéressant qui se rapporte à ce processus. Il faut citer comme une exception une observation d'Eberth (1880) dans laquelle le foie ne parut en aucune façon altéré. Le seul symptôme qui appartenait 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 mélœna. 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 proéminentes, 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.

### 5<sup>o</sup> 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 **Péricœsophagite** 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 diversés, 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 adénopathique 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 périœsophagite 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<sup>e</sup> 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<sup>o</sup> des tumeurs sessiles de diverse nature, en dehors du carcinome et de l'épithélioma; 2<sup>o</sup> des tumeurs polypeuses; 3<sup>o</sup> 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 eux 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 Malgaigne 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 et permettent de l'extirper en totalité ou en partie. 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 ou 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 ils 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'hémorrhagie 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'hémorrhagie : 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 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 débute 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 sans 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.** — Le *carcinome*, pour Cornil et Ranvier, ne se développe jamais primitivement dans l'œsophage; mais il peut gagner cet organe après avoir pris son point de départ dans le pharynx, le cardia, les ganglions lymphatiques ou le tissu conjonctif du médiastin. L'*épithélioma* au contraire apparaît souvent à l'œsophage en tant que tumeur primitive. C'est lui qui constitue presque tous les cancers de ce conduit. Il peut se présenter sous la forme d'*épithélioma pavimenteux* ou sous la forme d'*épithélioma lobulé*.

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 nécroscop-

rique 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 gangréneuses 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 diverse nature.

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 perfore, 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 gangréneuses 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