

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 présente une dilatation totale, cylindrique ou ampullaire, ou une dilatation latérale, sacculaire, diverticulaire, en jabot. Les aliments s'accumulent en quantité parfois très considérable (un litre et plus) dans cette portion élargie du conduit. Sous l'influence de leur séjour prolongé la muqueuse s'altère; des ulcérations de cette membrane et des perforations du conduit se produisent quelquefois.

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 malades 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 déglu-

tion 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 à 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 reparaissent dans la bouche sous l'influence du *vomissement œsophagien*; elles sont bientôt rejetées par le malade. Quelquefois elles ne réapparaissent pas tout de suite; c'est dans le cas où une poche plus ou moins volumineuse existe au-dessus du rétrécissement; mais ils finissent toujours par être rendus. 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 poumon. 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 considé-

nable. 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.

Complication. — 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 hémorrhagie 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. De même que chez les animaux, la section des deux pneumogastriques, quelquefois d'un seul, 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.

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 varie-

raient 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 sonde.

Traitement. — On a essayé dans quelques cas (5 jusqu'à présent) 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 1883. 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.

Le traitement palliatif ordinaire consiste dans le passage d'une sonde œsophagienne au moyen de laquelle on nourrit les malades menacés d'inanition. Il ne s'agit pas ici, comme dans les rétrécisse-

ments 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. Mais il s'agit là, on le comprend, d'un moyen bien précaire. Surviennent 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 les 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.

5° RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE.

Définition. — Le rétrécissement de l'œsophage consiste en une diminution permanente du calibre de ce conduit, produite par une altération organique de ses parois.

Nous éliminons donc par définition un grand nombre d'affections qui, à raison de la dysphagie qu'elles déterminent, simulent le rétrécissement sans présenter aucune altération organique. On peut ranger ces faux rétrécissements sous trois chefs : 1° *Compressions extérieures* produites le plus souvent par des ganglions lymphatiques hypertrophiés, par le corps thyroïde tuméfié, par des tumeurs du médiastin de diverse nature, et spécialement par l'anévrysme de

l'aorte, enfin par l'anomalie qui consiste à voir la sous-clavière droite née sur la partie gauche du tronc aortique, croiser obliquement l'œsophage. L'anomalie artérielle existe bien ; elle n'est même pas très rare ; mais son influence sur la déglutition n'est pas très bien démontrée, quoiqu'on l'ait caractérisée d'un mot assez pompeux : *Dysphagia lusoria*. 2° *Obstruction de l'œsophage* par des corps contenus dans sa cavité. Ce sont des corps étrangers arrêtés dans leur descente, ou des polypes nés sur place. 3° *Spasmes de l'œsophage, œsophagisme*.

L'étude des rétrécissements de l'œsophage n'a été bien faite que dans ce siècle. Après les travaux de Mondière, il faut citer en France les deux ouvrages classiques de Follin, *Thèse de concours*, 1855, et de Béhier, *Conférences de clinique médicale*, Paris, 1864, p. 51. En Allemagne, celui de Zenker et celui de Ziemssen. Un grand nombre de thèses et de mémoires sont venus surtout dans ces dernières années, apporter des faits nouveaux et éclairer la thérapeutique. Citons en particulier L. H. Petit, *Traité de la gastrostomie*, 1879, et Alsberg, *Arch. de Langenbeck*, 1885.

Étiologie. — Le rétrécissement de l'œsophage est l'aboutissant d'un grand nombre d'affections diverses. Mais si nous laissons de côté les rétrécissements congénitaux, dont il a été question précédemment, nous voyons que deux processus conduisent en définitive à la diminution du conduit : la rétraction inodulaire et l'altération des parois par un néoplasme. Laissant encore de côté les néoplasmes, dont l'histoire nous est déjà connue, nous ne nous attacherons qu'au premier de ces processus. Les rétrécissements qu'il produit constituent les rétrécissements simples ou non cancéreux, qui, à tous les points de vue, méritent d'être étudiés à part.

1° La rétraction inodulaire se fait au niveau de pertes de substance ou d'ulcérations résultant de véritables traumatismes. Sous ce chef nous rangeons, à côté des plaies qui quelquefois se sont terminées par rétrécissement, les ulcérations produites par les corps étrangers longtemps fixés dans l'œsophage, et surtout les brûlures par ingestion de liquides bouillants ou caustiques. Ce sont ces dernières qui, sans aucune comparaison, créent le plus de rétrécissements. Deux facteurs entrent ici en action : d'une part la rétraction cicatricielle au niveau des ulcérations elles-mêmes, et d'autre part l'infiltration, entre les membranes de l'œsophage de produits inflammatoires qui d'abord

épaississent les parois et plus tard subissent eux aussi la rétraction inodulaire. Ces dépôts plastiques sous-muqueux se comportent ici comme le font les dépôts du même ordre qui s'observent sous la muqueuse uréthrale.

2° Cette rétraction au second degré joue encore un rôle important dans les différentes altérations *inflammatoires et ulcéreuses* qui conduisent elles aussi au rétrécissement. Les plus souvent citées sont : l'*œsophagite simple aiguë*, l'*œsophagite phlegmoneuse* (abcès dans les parois de l'œsophage), le *catarrhe chronique* des buveurs d'alcool, l'*œsophagite folliculeuse* décrite par Mondière, caractérisée par l'inflammation et l'ulcération des glandes œsophagiennes (elle se verrait au cours des maladies infectieuses), un *ulcère rond de l'œsophage* analogue à celui de l'estomac (Rokitansky, Bucquoy, Debove, Reher, etc.), les manifestations diverses de la *variole*, de la *diphthérie* (vraisemblablement bien rare), de la *tuberculose*, de la *syphilis* (tubercules et gommès). Dans un grand nombre de faits on se trouve en présence de rétrécissements dont la cause échappe complètement. D'après une statistique de Gauthier, sur 87 cas l'étiologie était inconnue 40 fois.

Il faut considérer comme fort douteux les rétrécissements par hypertrophie partielle, et notamment par hypertrophie musculaire, signalés dans quelques observations ; quant aux rétrécissements dits cartilagineux, dont les exemples ne sont pas très rares, surtout si l'on se reporte à une époque un peu lointaine, il semble certain qu'ils appartiennent aux cancers de l'œsophage.

Anatomie pathologique. — Dans tous les rétrécissements ordinaires de l'œsophage, nous trouvons donc la muqueuse et souvent avec elle les membranes sous-jacentes altérées par un travail de cicatrisation. L'étiologie du rétrécissement — supposé qu'elle soit connue — ne peut pas faire prévoir qu'elle sera sa forme ou son étendue. Il est certain cependant que les plus graves succèdent ordinairement à l'action des substances caustiques.

Le rétrécissement œsophagien est unique ou multiple. Il est plus ou moins étendu en longueur. Parfois il occupe presque toute la hauteur de l'œsophage. Dans d'autres cas il se limite à une portion seulement du conduit ; c'est ce qui s'observe surtout pour les rétrécissements généralement cervicaux, qui succèdent aux plaies de l'œsophage et aux ulcérations produites par les corps étrangers. Il siège

alors sur quelques centimètres de long ou sur un espace encore plus restreint, quelquefois sur un point, pour ainsi dire. Sa gravité dépend moins de l'étendue en longueur que de la profondeur des lésions. Ici la muqueuse a été à peine entamée, et c'est surtout l'infiltration sous-muqueuse qui domine, là c'est la muqueuse tout entière qui a disparu sur une étendue plus ou moins considérable; ailleurs la cicatrice a comblé une perte de substance qui intéressait toutes les tuniques de l'œsophage. La forme du rétrécissement varie nécessairement beaucoup suivant ces divers cas. Souvent c'est un canal plus ou moins long, parfois un anneau circulaire; il s'agit alors de rétrécissements que l'on peut appeler réguliers. D'autres sont irréguliers, excentriques (Trélat), avec une bride latérale, avec une disposition valvulaire de la muqueuse, etc. On a quelquefois trouvé un simple accolement de la muqueuse d'un côté à l'autre. Tantôt la surface de l'œsophage est lisse au niveau du point rétréci, tantôt elle est altérée, fongueuse, polypeuse.

Au-dessus du rétrécissement, le conduit subit une dilatation qui, généralement admise et parfaitement logique, ne paraît pas aussi commune que celle des rétrécissements cancéreux. Le séjour des matières alimentaires à ce niveau entraîne ces altérations inflammatoires et ulcéreuses qu'il faut toujours s'attendre à trouver en arrière des rétrécissements des conduits naturels. Quelquefois des perforations spontanées se produisent; mais les lésions dont nous parlons favorisent surtout la perforation accidentelle pendant le cathétérisme. Au delà du rétrécissement l'œsophage semble revenu sur lui-même. Il est plus étroit.

Symptômes. — La *dysphagie* est le symptôme capital. Ici elle ne fait jamais défaut. On la voit s'établir progressivement, et se prononcer de plus en plus à mesure que les parties lésées du conduit œsophagien subissent leur rétraction graduelle. Au début, des bols assez volumineux passent encore, mais avec effort; plus tard, le malade doit se contenter de petites bouchées bien mastiquées et bien insalivées. A la fin, les liquides seuls traversent le rétrécissement, et même ils peuvent être complètement arrêtés eux-mêmes. Cette marche progressive est souvent troublée par des accès de spasme œsophagien qui pendant quelque temps aggravent singulièrement la dysphagie, puis disparaissent et la laissent à son degré primitif. — Pour faciliter la déglutition, le malade fait des efforts violents et

prolongés avec les muscles du pharynx; il prend des positions particulières, fléchissant le plus souvent avec force la tête sur la poitrine; il presse avec ses doigts à la base du cou sur la partie supérieure de l'œsophage. Tous ces moyens ne réussissent que peu de temps.

Les aliments accumulés au-dessus du rétrécissement sont rendus, quelquefois avec des efforts de toux qui les font jaillir par la bouche et par le nez (vomissement œsophagien); c'est ce qui arrive surtout quand le rétrécissement est placé un peu haut. Lorsque l'obstacle siège plus bas, ils sont ramenés vers la bouche par la contraction antipéristaltique de l'œsophage dans une sorte de rumination.

La *douleur* est loin d'être constante dans les rétrécissements simples de l'œsophage; elle se fait sentir au moment du passage des aliments, et vraisemblablement dépend d'une ulcération ou d'une simple fissure du conduit. Elle peut s'irradier entre les deux épaules, vers l'oreille, vers l'épigastre; mais souvent elle manque complètement.

Marche et terminaison. — La marche naturelle du rétrécissement œsophagien est essentiellement progressive. La dysphagie va sans cesse en croissant. Elle devient absolue, et le malade est condamné à l'inanition. Il succombe s'il ne peut être secouru efficacement, en présentant tous les phénomènes que l'on a depuis longtemps observés chez les animaux inanitiés (Chaussat). Les gangrènes qui marquent la dernière période de l'inanition, gangrènes pulmonaires et autres, s'observent ici comme chez les animaux. La mort est hâtée quelquefois par des accidents locaux : inflammations et perforations de la poche œsophagienne au-dessus du rétrécissement.

Diagnostic. — La dysphagie est, ainsi que nous le disions, le symptôme capital du rétrécissement. C'est elle qui fera penser à cette lésion. Mais une foule d'affections diverses peuvent produire la dysphagie,

Il est clair que si le malade a avalé quelque temps auparavant une substance caustique, le doute est levé. Si les malades sont jeunes, nerveux, hystériques, s'ils ont été pris brusquement de dysphagie, si cette dysphagie est variable, intermittente, on pensera nécessairement à l'*œsophagisme*. En dehors de ces cas, l'étude des commémoratifs et l'examen du malade ont encore une réelle importance : âge, maladies antérieures, symptômes actuels, rien ne

sera négligé; mais, souvent, il faut en convenir, ces renseignements ne seront pas de la moindre utilité.

C'est de l'examen direct que le diagnostic reçoit son principal éclaircissement. Le cathétérisme au moyen d'une sonde œsophagienne, et de préférence avec une tige de baleine portant une boule d'ivoire, fait reconnaître s'il existe ou non un obstacle physique au passage des aliments. Par là seront éliminées, s'il pouvait après l'examen du malade subsister quelque doute dans l'esprit de l'observateur, les *dysphagies par paralysie* qui s'observent à la suite d'altérations diverses des centres nerveux, de la paralysie labio-glosso-laryngée par exemple, et celles qui succèdent aux angines graves. L'œsophagisme lui-même ne sera définitivement diagnostiqué que par ce moyen. Le soupçonne-t-on, on fera le cathétérisme de préférence avec une sonde volumineuse, poussée avec lenteur, et maintenue par une pression douce mais continue au niveau des parties qui résistent. Un œsophage qui repousserait à une sonde de petit calibre introduite sans ménagement, se laissera souvent traverser sans difficulté si l'on prend les précautions que nous indiquons. Après un premier cathétérisme, on pourra presque toujours en pratiquer un autre sans rencontrer le moindre obstacle; mais l'œsophagisme n'est pas guéri pour cela. Les accidents reparaitront bientôt avec ce caractère d'irrégularité qui leur appartient en propre.

Le cathétérisme fournit donc avec une certitude suffisante cette notion qu'il existe ou qu'il n'existe point un obstacle physique au cours des aliments dans le conduit œsophagien. Il nous renseigne encore sur le siège de cet obstacle. Supposons que la sonde soit arrêtée à 25 centimètres des dents incisives de la mâchoire supérieure. On n'a qu'à retrancher 15 centimètres pour la distance qui sépare ces dernières du commencement de l'œsophage. L'obstacle se trouve donc à 10 centimètres du bord inférieur du cartilage cricoïde. Par le même procédé on déterminera sans peine l'étendue, l'étranglement et le nombre des rétrécissements. Ces explorations sont basées sur les mêmes principes qui nous guident dans l'étude des rétrécissements de l'urèthre. Comme pour ces derniers on a proposé de déterminer la forme du rétrécissement au moyen de sondes emplastiques; mais ce mode d'exploration ne jouit d'aucune faveur.

L'exploration de l'œsophage au moyen des sondes prête malheureusement à plus d'erreurs que l'exploration de l'urèthre. Tout

d'abord, on peut être trompé par les *compressions extérieures* qui s'exercent sur le conduit et qui créent un obstacle au passage de la sonde aussi bien qu'à celui des aliments. Kœnig indique, d'après Travers et Wernher l'épaississement du cartilage cricoïde; mais ce sont surtout les tumeurs du médiastin; anévrysme de l'aorte avant tout, puis tumeurs ganglionnaires et abcès ossifluents, qui pourraient en imposer et faire croire à un rétrécissement. On doit s'efforcer, comme nous l'avons déjà dit, de reconnaître avant toute exploration s'il n'existe pas en dehors de l'œsophage une maladie capable de produire la dysphagie. Une poche œsophagienne, disposition heureusement rare, peut arrêter la sonde.

Enfin la nature même du rétrécissement ne peut pas être reconnue par le cathétérisme. Qu'il s'agisse d'un rétrécissement simple ou d'un cancer l'obstacle opposé au passage de la sonde est le même. On dit que le cathéter peut ramener quelques débris d'une tumeur dont l'examen microscopique fera reconnaître la nature; mais c'est là un moyen de diagnostic peu ordinaire et dont il ne faudrait pas abuser. En fait, pour séparer le rétrécissement cancéreux, il faut surtout avoir recours à l'étude clinique du malade. Les douleurs, les hémorrhagies, l'évolution rapide, la cachexie, les troubles de la voix, les engorgements ganglionnaires le caractérisent suffisamment dans la plupart des cas.

Le cathétérisme œsophagien, en tant que manœuvre d'exploration est donc un peu incertain. Il faut reconnaître qu'il a un désavantage plus sérieux encore: il n'est pas sans danger. Rien de plus commun que les fausses routes aboutissant soit au tissu cellulaire du médiastin, soit à la plèvre, soit au péricarde. Quelquefois dans les rétrécissements cancéreux la sonde amène la rupture d'un gros vaisseau précédemment envahi par la tumeur. Enfin le passage seul de la sonde, même sans fausse route, expose, ainsi que Billroth l'a montré, à la formation d'abcès périœsophagiens.

Malgré tout, le cathétérisme de l'œsophage s'impose toujours comme moyen de diagnostic, lorsque l'examen du malade ne fournit pas la cause d'une dysphagie constatée chez lui.

Nous répéterons ici ce que nous disions plus haut de l'auscultation de l'œsophage dans ce cas. Elle est rarement employée, et ne semble pas fournir de renseignements bien positifs.

Pronostic. — Sans atteindre à la gravité spéciale du cancer de l'œsophage, le rétrécissement simple ou inodulaire constitue encore

dans le plus grand nombre de cas une affection extrêmement sérieuse. Par exception, on rencontre des cas légers dont le traitement triomphe aisément; ordinairement la rétraction s'exerce d'une façon progressive et presque invincible. Quand le chirurgien est appelé près du malade, l'oblitération de l'œsophage est quelquefois si complète qu'il est impossible de pratiquer le cathétérisme. Le patient dans ces conditions est condamné à périr rapidement d'inanition, si l'on ne pratique pas une bouche stomacale par laquelle on continuera à le nourrir.

Si le rétrécissement n'est pas arrivé à ce point, on peut espérer de le faire disparaître ou de diminuer au moins son étroitesse par un traitement convenable; mais il faut ici une grande patience, la sténose tendant toujours à se reformer. Le traitement, quel qu'il soit, n'est malheureusement pas inoffensif par lui-même. Les manœuvres que l'on emploiera exposeront forcément à l'inflammation, à la supuration périœsophagienne, à la perforation du conduit.

Traitement. — Les *moyens médicaux* sont à peu près insignifiants; cependant, à l'exemple de Behier, on peut recommander la belladone contre le spasme qui accompagne le rétrécissement. Le cathétérisme par là se trouvera fort simplifié. Si l'on ajoute à cela l'emploi de l'opium pour calmer la soif et la faim, l'usage des lavements nutritifs, on aura indiqué tous les moyens, bien faibles à la vérité, que l'on peut mettre en usage.

Le *traitement chirurgical* est plus important. Dans la plupart des cas le chirurgien s'efforce de rétablir le calibre de l'œsophage; dans d'autres désespérant d'y arriver, il renonce à s'occuper du rétrécissement et se borne à créer une bouche artificielle par laquelle les aliments seront introduits dans le tube digestif.

A. — On s'attaque au rétrécissement en suivant différentes méthodes, qui sont toutes, ainsi que Kœnig le fait remarquer, la reproduction des méthodes employées pour le canal de l'urèthre; ce sont : 1° la cautérisation du rétrécissement; 2° le cathétérisme forcé; 3° la divulsion; 4° la dilatation; 5° l'œsophagotomie interne.

La *cautérisation*, qui semble avoir été mise en usage pour la première fois par Palletta, en 1789, est généralement repoussée aujourd'hui. Elle a été pourtant employée avec quelque succès en Angleterre, par Andrew, Ch. Bell, E. Homes, et en France par Gendron. Mais les observations déjà anciennes n'établissent pas d'une façon

certaine qu'il s'agissait bien de véritables rétrécissements; la méthode elle-même est difficile à appliquer. Comment être sûr qu'un caustique porté au bout d'une baleine ira atteindre précisément le point rétréci? Ce procédé est donc justement abandonné. Peut-être pourrait-il revivre sous la forme de la cautérisation électrolytique. Vantée pour l'urèthre par plusieurs opérateurs, l'électrolyse est recommandée par Boeckel et par d'autres pour l'œsophage.

Le *cathétérisme forcé* sans conducteur est une opération dangereuse, qui expose singulièrement aux fausses routes. On ne saurait donc le recommander. Von Bergmann récemment a employé pourtant ce moyen avec succès, mais dans un cas particulier. Se trouvant en présence d'un rétrécissement infranchissable, placé assez bas dans l'œsophage, Bergmann pratiqua la gastrostomie avec l'espoir d'arriver à faire par le cardia la dilatation rétrograde. Il ne put y parvenir malgré des explorations qui durèrent trois mois. Comme on sentait au niveau de la paroi postérieure de l'estomac le bout de la sonde, séparé du doigt par une assez grande épaisseur de parties molles, Bergmann se décida à pousser l'instrument avec violence. Le rétrécissement fut perforé; la sonde pénétra dans l'estomac. Le trajet, dilaté d'abord avec l'éponge préparée, le fut plus tard avec des sondes de diamètre croissant et la guérison s'obtint.

La *divulsion* se pratique au moyen de longues pinces à branches parallèles (Broca) ou de dilateurs divers, imités presque tous de ceux qui sont employés pour le canal de l'urèthre (Fletcher, Schutzenberger, Le Fort). Efficace dans bien des cas, cette méthode peut être dangereuse. Comment oser l'employer si le diagnostic de la nature du rétrécissement n'est pas parfaitement établi?

La *dilatation progressive* est de toutes les méthodes la plus usitée et la moins dangereuse. On peut la faire sur conducteur en glissant sur une tige mince préalablement introduite dans le rétrécissement, une boule dilatatrice percée d'un trou pour laisser passer la tige conductrice (Verneuil), ou si l'on juge cette précaution inutile, la pratiquer directement. On emploie beaucoup à cet usage la tige de baleine munie à son extrémité d'un pas de vis sur lequel peuvent se visser des boules d'ivoire ou de buis de diamètre croissant. Lorsqu'on arrive à des boules assez volumineuses, la trachée peut se trouver comprimée pendant que l'instrument est dans l'œsophage, et le larynx en quelque sorte accroché quand on le retire. Pour remédier à ces