

tout au moins passagères. Mais l'issue finale est le plus souvent funeste, du chef de la nature de la maladie fondamentale.

Le traitement est avant tout *mécanique*. Abstraction faite des opérations à tenter en vue d'enlever des productions morbides, etc., il y a à considérer surtout la *dilatation méthodique et progressive* du rétrécissement. C'est dans la sténose cicatricielle qu'elle atteint ses plus beaux résultats. Néanmoins, dans les rétrécissements d'une autre nature, d'origine carcinomateuse par exemple, on peut parfois par cette méthode procurer des améliorations notables, quoique momentanées.

Pour pratiquer le cathétérisme, on emploie de préférence les sondes œsophagiennes flexibles, dites sondes anglaises, qu'on fait de toute épaisseur. Dans les sténoses très étroites, on doit parfois faire les premières tentatives avec des cordes de boyau. Les bougies flexibles en baleine et munies d'olives en ivoire de différent calibre, qu'on peut y visser, sont plus dangereuses à raison de leur dureté, mais d'un autre côté elles répondent parfaitement au but. Le cathétérisme s'opère pendant que le malade est assis droit sur sa chaise, la tête légèrement penchée en arrière. On introduit dans le pharynx l'index et le médius de la main gauche, lesquels servent à guider la sonde préalablement graissée, par-dessus la base de la langue et l'épiglotte jusque dans l'œsophage. Il est clair qu'il ne faut jamais y aller rudement, car la perforation de la paroi de l'œsophage est à craindre, surtout en cas de carcinome mou et ulcéré et de sténose par compression d'un anévrysme de l'aorte. Cependant un fait semblable est heureusement un événement rare.

Quand le rétrécissement peut être franchi, les bons effets du cathétérisme ne tardent pas à se montrer. Après l'opération, les malades avalent presque toujours mieux qu'auparavant et réclament d'ordinaire eux-mêmes la répétition de la manœuvre. On peut, dans certaines circonstances, confier la sonde œsophagienne aux mains des malades intelligents. Ils la manient quelquefois avec plus d'habileté que le médecin. On aura recours au cathétérisme tous les jours une et au maximum deux fois jusqu'à ce qu'on parvienne dans des cas favorables à introduire des bougies de plus en plus grosses. Les malaises du malade diminuent alors rapidement et l'état général se relève à vue d'œil avec la reprise de l'alimentation.

Si, en cas de rétrécissement considérable, les malades sont incapables de déglutir nonobstant la réussite du cathétérisme, il y a lieu d'introduire des aliments liquides dans l'estomac par le moyen de la sonde. Dans ces conditions il n'y a rien comme nourriture de préférable au lait auquel on associe des œufs crus, du sucre, du vin, etc. On se sert très convenablement pour l'alimentation par la sonde, des différentes farines lactées et de la

légumineuse de HARTENSTEIN dont la consistance se prête bien à ce mode d'ingestion et qui a une valeur nutritive relativement élevée.

Si l'on ne parvient pas à nourrir les malades au moyen de la sonde, il ne reste plus que deux voies ouvertes quand on ne veut pas les laisser périr sans faire un dernier effort pour leur venir en aide : l'œsophagotomie dans les rétrécissements situés à l'entrée de l'œsophage, voire l'opération de la fistule gastrique, puis l'alimentation par le rectum.

Attendu que pour ce qui concerne les deux opérations susdites, nous renvoyons aux traités de chirurgie, il n'y a plus que quelques remarques sur l'alimentation par le rectum, qui peuvent encore trouver place ici. On ne doit jamais s'en promettre de brillants résultats. Il est probable qu'on réussit à prolonger un peu la vie de cette manière, mais il est impossible de la conserver indéfiniment par ce procédé. Par contre, nous attachons beaucoup de prix à l'effet moral que l'alimentation par le rectum exerce sur les malades qui ne peuvent presque rien prendre en dehors de cela. Ils voient par là qu'on fait quelque chose pour eux, à l'effet de ne pas les laisser mourir de faim sans les secourir.

Pour faire des *injections nutritives*, on se sert simplement de lait, d'œufs mollets, de vin, auxquelles substances on ajoute de la pepsine artificielle et de la poudre pancréatique, dans l'espoir d'en accélérer la résorption. Les lavements de chair pancréatique introduits dans la thérapeutique par LEUBE, constituent une préparation plus compliquée, mais aussi plus appropriée. La prescription donnée par LEUBE est la suivante : on prend environ 150 grammes de viande de bœuf finement coupée et puis hachée menu, qu'on mêle à 50 grammes environ de chair pancréatique (de veau) dégraissée et très finement réduite, on y verse 100 grammes d'eau tiède et on remue de manière à former une pâte qu'on injecte dans le rectum au moyen d'une clysopompe ou d'une pompe foulante construite à cet effet, et après qu'on aura au préalable lavé l'intestin par une injection d'eau simple. Ces injections doivent être renouvelées tous les jours.

CHAPITRE QUATRIÈME.

CANCER DE L'ŒSOPHAGE.

Étiologie et anatomie pathologique. Le cancer de l'œsophage est la plus importante des affections de cet organe et celle qu'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique. Nous venons de voir dans le chapitre précédent que les rétrécissements de l'œsophage d'origine cancéreuse sont les plus nombreux.

Nous connaissons peu de chose sur l'*étiologie* du cancer de l'œsophage. Nous n'insisterons pas, comme on l'a fait souvent, sur la question de savoir si des irritations mécaniques, thermiques et chimiques de la muqueuse peuvent avoir causé le développement du cancer. C'est à cet ordre de causes qu'on croit pouvoir rapporter la fréquence proportionnellement plus grande du carcinome œsophagien chez les buveurs. Dans quelques cas les malades attribuent eux-mêmes leur mal à une cause occasionnelle déterminée, un corps étranger demeuré en place, la déglutition d'une bouchée trop volumineuse ou trop chaude, etc. Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible, dans un cas donné, de dire quel prix il faut attacher à de pareilles assertions. Par analogie avec ce qui a lieu pour le cancer de l'estomac (v. plus loin), il est intéressant de faire observer que, d'après quelques auteurs, le carcinome de l'œsophage se développe sur de vieilles cicatrices d'ulcères.

Comme tout carcinome d'ailleurs, celui de l'œsophage atteint de préférence l'*âge avancé*, entre 40 et 60 ans environ. Chez les *hommes* il est notablement plus fréquent que chez les femmes.

Vu la structure anatomique de l'épithélium dans le canal œsophagien, le cancer primitif de l'œsophage est toujours un *cancer épithélial pavimenteux*. C'est tantôt une tumeur ferme, dure, riche en tissu connectif, tantôt une intumescence molle, succulente, pauvre en fibres conjonctives (*squirrhe* et *fungus médullaire* des anciens auteurs). En général, le néoplasme embrasse sous forme d'anneau tout le pourtour de l'œsophage et a une hauteur (longueur) de 3 à 10 centimètres environ. Dans de rares cas cependant une partie encore plus considérable de l'œsophage, et presque toute l'étendue de la muqueuse est envahie par la dégénérescence. La plupart des cancers du canal œsophagien ont leur siège dans son *tiers inférieur ou moyen*; dans le tiers supérieur ils sont beaucoup plus rares.

Symptômes et complications. Les symptômes du cancer de l'œsophage sont généralement ceux d'un rétrécissement à marche lente et progressive avec toutes ses conséquences. Nous pouvons donc renvoyer au chapitre précédent pour ce qui concerne la plupart des détails. Exceptionnellement pourtant on rencontre des cas de carcinome en plaque qui occasionnent si peu de troubles de la déglutition que la maladie de l'œsophage risque de passer inaperçue. Plusieurs fois nous avons observé de vastes carcinomes secondaires du foie, puis des cas de gangrène pulmonaire (v. ci-dessous) dont l'affection causale primitive qui n'était autre qu'un carcinome en plaque de l'œsophage, avait fait son parcours clinique sans déterminer de symptômes et avait par conséquent échappé au diagnostic.

Ce qui caractérise les phénomènes de rétrécissement dus au cancer de

l'œsophage, c'est l'amélioration notable mais apparente qui se déclare parfois *spontanément*. Cette amélioration tient à ce que le néoplasme en s'ulcérant se désagrège souvent à sa surface et tombe par morceaux. La tumeur cancéreuse se transforme en un ulcère cancéreux et on comprend que cette transformation facilite momentanément la déglutition.

Pendant le cours du cancer de l'œsophage, des symptômes cliniques importants peuvent surgir du chef de certains *processus secondaires*. Signalons d'abord la *propagation directe du cancer aux organes avoisinants*. Le cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage s'étend parfois à la *partie cardiaque de l'estomac*. Dès lors il peut se manifester à l'épigastre une tumeur accessible à la palpation. Le plus souvent pourtant l'extension du néoplasme au ventricule demeure latente.

La transmission plusieurs fois observée du cancer à la paroi *trachéale et bronchique* avoisinante est un fait clinique très important. S'il se fait une perforation dans ces organes, il en résulte presque infailliblement, par l'aspiration de parcelles putréfiées de la tumeur ou de débris alimentaires qui traversent le pertuis, une *gangrène pulmonaire* qui d'ordinaire entraîne promptement la mort. On a noté également la propagation du cancer à la *plèvre*, et la perforation de celle-ci, comme aussi du *péricarde* et de l'*aorte*, etc. Aux quelques cas isolés, rapportés jusqu'ici, de communication néoplasique à la *colonne vertébrale* avec compression de la moëlle épinière et *paraplégie* consécutive, nous pouvons ajouter un exemple tiré de notre propre observation. Mentionnons encore l'altération assez fréquente subie par l'un des *nerfs récurrents* avec *paralysie de la corde vocale*, constatable au laryngoscope. Le rapport intime qui existe entre le nerf récurrent et l'œsophage explique comment ce nerf peut être compromis par le néoplasme lui-même ou par le processus inflammatoire qui l'entoure quelquefois.

Des *métastases cancéreuses* se déclarent assez souvent dans des organes éloignés et peuvent occuper le premier plan du tableau morbide. Elles occupent le plus souvent le foie, le poumon, puis le rein, le pancréas, les os, le cerveau, etc.

Disons enfin que la *gangrène pulmonaire* constitue une complication du cancer de l'œsophage relativement fréquente et d'une importance clinique majeure. Nous avons déjà rapporté qu'elle peut se produire à la suite de la communication de l'œsophage avec les voies aériennes. Mais elle est beaucoup plus souvent occasionnée par l'aspiration de masses putréfiées dans le poumon à l'occasion du vomissement, des vomiturations et de la régurgitation des aliments ingérés.

Marche, terminaison, pronostic et traitement. Le cancer de l'œsophage est une maladie incurable. On n'a pas encore réussi à enlever

le néoplasme par une opération chirurgicale. L'affection dure rarement au delà de 1 à 1 ½ an. Après ce terme la mort vient soit par inanition générale soit par une des complications citées plus haut. Le *traitement* est purement symptomatique. On obtient des résultats passagers par le traitement mécanique du rétrécissement. Nous en avons parlé en détail dans le chapitre précédent.

CHAPITRE CINQUIÈME.

RUPTURE DE L'ŒSOPHAGE.

Il existe dans la littérature médicale un petit nombre de faits qui démontrent que dans des cas, très rares à la vérité, l'œsophage s'est subitement rompu chez des personnes parfaitement bien portantes jusque-là. Le premier cas de ce genre et le plus célèbre a été décrit par BOERHAVE en 1724.

D'après les observations recueillies jusqu'à ce jour, le *tableau symptomatique* consiste en ce que, pendant ou peu après un copieux repas, se déclarent tout d'un coup des nausées et des vomissements. En même temps se développe un profond collapsus. La face et les extrémités pâlisent, une sueur froide se montre et le pouls devient excessivement petit. Dans quelques cas les malades éprouvent une douleur soudaine et lancinante dans la poitrine. Presque toujours un vaste *emphysème cutané* envahit la région du cou et du thorax. La mort arrive après quelques heures, après quelques jours tout au plus.

A l'*autopsie* on découvre une déchirure pouvant atteindre jusqu'à 5 cm. de long, occupant la partie inférieure de l'œsophage et qui a presque toujours une direction longitudinale. Les matières alimentaires ont d'ordinaire passé à travers la fente dans les tissus avoisinants. Il n'y a d'inflammation purulente secondaire que si la mort a tardé quelque temps après que la solution de continuité s'est faite.

Pour se rendre compte de ce remarquable phénomène, ZENKER a émis l'hypothèse, en vérité très plausible, que dans tous les cas de prétendue rupture spontanée de l'œsophage, il s'est agi d'une *œsophagomalacie* préexistante (ramollissement de la paroi œsophagienne). La cause de celle-ci doit probablement être recherchée dans l'action du suc gastrique qui, en refluant dans l'œsophage, a digéré la paroi œsophagienne prédisposée au ramollissement par un trouble circulatoire passager.

CHAPITRE SIXIÈME.

NÉVROSES DE L'ŒSOPHAGE.

1. **Spasmes de l'œsophage.** Dans des cas rares on observe des troubles du côté de l'œsophage qui ont leur cause probable dans une contraction spasmodique de son système musculaire. C'est surtout chez des personnes nerveuses et hystériques que se manifestent passagèrement les symptômes d'une coarctation considérable de l'œsophage, qui certainement n'ont aucune base anatomique. On désigne cet état sous le nom de *rétrécissement spasmodique (œsophagisme)*. Il est vrai qu'exceptionnellement ce rétrécissement spasmodique peut avoir pour origine une lésion anatomique, attendu que le spasme peut dériver par *voie réflexe* d'un endroit enflammé ou ulcéré de ce conduit. Les organes éloignés mêmes (les maladies utérines entre autres) peuvent parfois provoquer une contraction réflexe de l'œsophage. La gêne de la déglutition est d'ordinaire accompagnée d'un sentiment douloureux de constriction dans le cou et la poitrine. Tout d'abord la sonde heurte contre une résistance qui le plus souvent ne tarde pas à céder. La facilité avec laquelle on introduit le cathéter dès que le spasme est levé, corrobore le diagnostic qui du reste se base principalement sur la physionomie morbide générale et sur les désordres nerveux hystériques coexistants. Quelques auteurs rapportent aussi à une affection spasmodique de l'œsophage le symptôme connu sous le nom de « *globe hystérique* » qui donne la sensation d'une boule qui monte et qui descend dans le cou et la poitrine.

2. **Paralysie de l'œsophage.** Les paralysies des muscles de l'œsophage sont très peu connues. Il n'est pas improbable que les paralysies bulbaires étendues qui affectent les muscles du pharynx et du larynx frappent également les muscles de l'œsophage. Cependant la paralysie de l'œsophage ne se montre jamais comme symptôme prédominant dans le tableau morbide. Le système musculaire de l'œsophage, comme ZIEMSEN l'a avancé, semble également être compris dans les paralysies multiples qui succèdent à la diphthérie.