

ils peuvent s'engager dans l'œsophage; certains mesuraient 7 pouces de long sur 2 1/2 de large. MIDDELDORFF, PRINGLE, DALLAS ont cité des cas analogues.

L'une des productions morbides les plus communes est l'épithélioma, ordinairement propagé.

Les désordres mécaniques déterminés par la présence de ces tumeurs se comprennent facilement; le voile du palais et la langue sont repoussés en avant, le larynx est comprimé, le malade respire la bouche ouverte, et déglutit très difficilement, surtout lorsque la tumeur affecte la forme polypeuse. Dans ce dernier cas il n'est pas rare d'observer des régurgitations, des vomissements, de la dyspnée, de l'aphasie. On a vu des malades mourir par asphyxie et d'autres par inanition; la perforation de la base du crâne, à la suite des carcinomes, étudiée par HALLADE, constitue une complication fort grave. La nature du néoplasme est toujours assez difficile à déterminer quand il n'y a pas d'ulcérations; la vue, le toucher permettent de constater l'existence d'une masse dure, de couleur violacée, qui ne présente pas le choc en retour. Par élimination on arrive à déterminer la variété probable de la production morbide.

Traitement. — L'ablation est indiquée dans tous ces cas; mais elle nécessite des opérations parfois formidables; les unes se pratiquent par la bouche et conviennent spécialement aux tumeurs pédiculées (ligature, galvano-caustique). Elles exposent cependant à la suffocation, comme dans un cas de DUBOIS.

D'autres auteurs ont enlevé les néoplasmes en s'ouvrant une voie artificielle par la pharyngotomie sous-hyoïdienne. PRAT, LANGENBECK y ont eu recours pour des tumeurs latérales; ROSENBACH, GLUCK, KOLACZEK extirpèrent de la même façon des néoplasmes malins. BILLROTH a extirpé le pharynx en même temps que l'œsophage, le larynx et le corps thyroïde. Dans un cas, BUSH a eu recours à la ligature préalable de la carotide externe; dans toutes ces opérations il est indispensable, pour se mettre à l'abri de la suffocation, de faire la trachéotomie et d'appliquer préalablement la canule-tampon de Trendelenburg.

2° CARCINOME DE L'ŒSOPHAGE

Étiologie. — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la fréquence relative du carcinome de l'œsophage suivant la portion de l'organe que l'on considère. Ainsi tandis que PETRI, ZENKER trouvent que ceux du tiers supérieur sont les plus rares, MACKENZIE arrive au chiffre de 44 p. 100 pour la même partie de l'œsophage. D'après ce dernier auteur 11 p. 100 des carcinomes seraient héréditaires; la plupart se développent au delà de cinquante ans.

Anatomie pathologique. — Nous ne sommes pas éloignés d'une époque où l'on considérait les cancers de l'œsophage comme des rétrécissements cartilagineux; un peu plus tard on admit la distinction en encéphaloïdes et en squirrhes; enfin de nos jours la plupart des cancers de l'œsophage sont rangés dans le groupe des épithéliomas. Les uns annulaires, mesurent de 1/2 à 3 pouces de hauteur, les autres ont la forme d'îles; l'existence simultanée de deux ou trois foyers a été constatée quelquefois; de même on rencontrerait

une variété circonscrite et une autre diffuse. Quoi qu'il en soit, le carcinome épaissit les parois de l'organe et diminue la lumière du conduit; c'est de cette façon que l'infiltration sous-muqueuse aboutit à la formation d'un rétrécissement. A mesure que le néoplasme envahit les tissus il tend à les ulcérer, et à un moment donné il existe dans le conduit un ulcère qui y déverse ses produits ichoreux. Ces ulcères deviennent dans certains cas l'origine de fistules qui font communiquer ce canal avec le tissu cellulaire ou les organes voisins. Extérieurement le cancer étend ses ravages, altère les vertèbres, les bronches, la trachée, les gros vaisseaux. HINDENLANG a vu un cas où le néoplasme avait déjà envahi l'oreillette gauche prête à se rompre. Enfin les métastases sont assez communes, puisque, d'après PETRI, elles surviendraient dans plus de la moitié des cas.

Symptomatologie. — Au point de vue des symptômes il y a lieu de distinguer deux formes; l'une latente, l'autre qui se traduit par une série d'accidents. La première intéresse plus le médecin que le chirurgien; elle provoque seulement de l'anorexie et ultérieurement de la cachexie, des œdèmes spontanés.

Dans la forme commune, la dysphagie lente ou subite est le premier symptôme; le malade commence par avoir conscience du passage du bol alimentaire; bientôt la difficulté d'avalier, limitée en un point, s'accroît; les aliments bien mastiqués et mous peuvent encore passer; y a-t-il arrêt momentané, une gorgée liquide force l'obstacle. Plus tard les aliments liquides et les boissons franchissent seuls le détroit. Ces phénomènes ne sont d'ailleurs pas constants, il y a des oscillations, des rémissions dues au spasme, des progrès lents; à chaque accès le malade éprouve une constriction douloureuse au cou, parfois des angoisses qui simulent l'angine de poitrine. Lorsque la douleur est cervicale, elle indique une altération de la partie supérieure du canal, tandis que la douleur épigastrique ou dorsale correspond spécialement au cancer de la portion thoracique.

A une période ultérieure, par suite des progrès lents du néoplasme et de l'imperméabilité croissante du conduit, les aliments ne passent presque plus, c'est alors qu'on constate la régurgitation, les renvois. Si le cancer occupe les parties supérieures, le malade rend les aliments mélangés à des glaires et à une grande quantité de salive; si le néoplasme siège plus bas les aliments s'accumulent au-dessus de lui; ainsi se forment des dilatations fusiformes ou des diverticules qui simulent de véritables jabots. Le cathétérisme aggrave toujours la dysphagie et parfois transforme en accès continus la dysphagie jusque-là intermittente.

Ces carcinomes conduisent assez vite les malades à la cachexie et à la mort; en effet l'inanition lente joint son influence à celle de la maladie pour déterminer une déchéance progressive de l'organisme. Les malheureux tombent dans un abattement profond; l'intelligence reste nette; il y a de la constipation, du ralentissement du pouls, un abaissement de la température de un ou plusieurs degrés; le corps exhale une odeur nauséabonde. Cet état dure un temps qui varie entre sept et quinze mois. A la fin il est assez commun de voir survenir des complications diverses; telles sont l'aphonie par altération des récurrents, les accidents pleuro-pulmonaires signalés par LEBERT, LEMAITRE,

DESROS, GOUGUENHEIM et qu'il serait peut-être rationnel de rattacher à des lésions nerveuses ; enfin la complication la plus fréquente, et à laquelle les tentatives malheureuses de cathétérisme ne paraissent pas toujours étrangères, est la formation de fistules qui mettent l'œsophage en communication avec d'autres organes. Ainsi sur soixante-quinze cas, LACOUR a trouvé cinquante et une fistules : dix-sept œso-trachéales, dix œso-vasculaires, sept œso-médiastines, cinq œso-pulmonaires, quatre œso-bronchiques et quatre œso-pleurales. Parmi les artères qui ont été ouvertes de cette façon, signalons les intercostales, l'aorte (BUCQUOY, PAGET, 1882), la sous-clavière droite (BALDING), l'artère pulmonaire. A peine est-il besoin de dire que toutes ces fistules sont incompatibles avec l'existence.

Diagnostic. — Il est parfois très difficile, surtout dans la forme qui a été désignée sous le nom de cancer latent. Dans ce dernier cas, on fera attention à la dysphagie toute spéciale des malades, aux œdèmes locaux. En dehors de ces faits, le diagnostic ne saurait rester longtemps hésitant lorsqu'on constate l'ensemble des symptômes que nous avons mentionnés plus haut. L'âge du malade, la dysphagie, l'absence de causes mécaniques, l'hérédité, la teinte des téguments fournissent d'utiles données.

Plus tard les douleurs lancinantes, l'examen des matières vomies, striées de sang et fétides, indiquent l'ulcération du néoplasme. Néanmoins il faut se rappeler que maintes fois des erreurs ont été commises ; ainsi dans un fait de LABORDE (Soc. de biologie, 1859), on crut à une bronchite avec emphysème ; PRIORRY prit un cancer de l'œsophage pour des ulcérations laryngées ; la dysphagie faisait plus ou moins défaut dans ces circonstances. L'examen du cœur et du poulx permettra de distinguer les anévrysmes aortiques. Le gargouillement perçu à l'auscultation dans le cancer, l'endoscope et surtout le cathétérisme fourniront de précieux renseignements pour le diagnostic.

Pronostic. — La mort étant la terminaison constante, fatale et rapide du carcinome de l'œsophage, le pronostic est très grave, d'autant plus que l'art a fort peu d'action sur lui. Comme STUDGAARD (*Arch. de méd. du Nord*, 1878-79) l'a bien montré, la mort arrive de trois façons différentes : 1° par perforation ou ulcération des organes voisins ; 2° par cachexie et généralisation du carcinome ; 3° par inanition.

Traitement. — Nous aurons l'occasion de revenir sur le traitement du cancer de l'œsophage à propos des rétrécissements organiques ; nous dirons seulement ici qu'il est exclusivement palliatif. CZERNY a enlevé la tumeur cervicale avec une portion d'œsophage sur une femme de cinquante et un ans ; il obtint un succès relatif puisque son opérée survécut ; six mois après elle pouvait travailler et se nourrissait par sa fistule ; cette tentative n'a pas trouvé d'imitateurs.

Le meilleur traitement palliatif consiste à maintenir dans l'œsophage une sonde à demeure introduite par le nez. Dans les cas où les malades étaient menacés de mourir d'inanition, on a eu recours à l'œsophagotomie au-dessous de la tumeur quand elle siège à la région cervicale. Enfin la gastrostomie a été plusieurs fois pratiquée comme ressource ultime ; STUDGAARD obtint six mois de survie et SCHÖNBORN, trois mois. Ce dernier chirurgien veut qu'on

opère avant que le rétrécissement soit infranchissable et il propose dans ce but une sonde munie d'un ballon qu'on insuffle quand il est dans l'estomac ; l'organe ainsi dilaté devient plus facile à atteindre.

A diverses reprises, en présence des accès de suffocation et des menaces d'asphyxie produits par la compression du néoplasme sur la trachée, les chirurgiens ont fait la trachéotomie ; ce traitement paraît avoir donné d'assez mauvais résultats, parce que des végétations de la tumeur peuvent être déplacées et on a vu la mort arriver subitement de cette façon.

§ 5. — Vices de conformation. — Modifications du calibre de l'œsophage

1° VICIES DE CONFORMATION

Les malformations du pharynx et de l'œsophage intéressent beaucoup plus la tératologie que la chirurgie : il s'agit en effet de soudures anormales, d'arrêts de développement, de communications insolites de l'œsophage avec la trachée. Qu'il nous suffise de dire ici que ces affections au-dessus des ressources de l'art, entraînent la mort par inanition au bout d'un temps assez court qui n'excède jamais sept jours, comme dans un cas de RETZIUS.

2° ECTASIES ET DIVERTICULES DE L'ŒSOPHAGE

Bibliographie. — CRUVEILHIER, *Anat. Path.*, Liv. 38. — FRIEDBERG, *Dissertatio. Giessel.*, 1867. — LUSCHKA, *Arch. de Virchow*, t. XVII, p. 473, 1868. — STERN, *Arch. d. Heilk.*, 1876, p. 432. — NICOLADONI, *Wiener Wochens.*, 1877. — KÖNIG, in *Deutsche Chir. de Billroth et Lucke*, Lief. 35.

A. — ECTASIE

On donne ce nom à une dilatation fusiforme de l'œsophage consécutive à une sténose ou rétrécissement. Parmi les causes citons les rétrécissements congénitaux, spasmodiques, cicatriciels, néoplasiques. Au début, lorsque la coarctation se forme, la tunique musculaire s'hypertrophie, mais plus tard le conduit se laisse distendre passivement. L'ectasie est toujours plus prononcée immédiatement au-dessus de la portion coarctée ; quand elle résulte de cicatrices multiples à la suite de brûlures par exemple, l'œsophage devient moniliforme avec des dilatations irrégulières. Ces ectasies acquièrent quelquefois des dimensions extraordinaires, et même dépassent la grosseur du bras. LUSCHKA rapporte un cas où l'œsophage pareil à un estomac mesurait 0^m, 145 diamètre. On note toujours un épaississement marqué de l'œsophage qui porte exclusivement sur la tunique musculuse et sur le tissu cellulaire ambiant condensé. Si la muqueuse présente parfois ses caractères normaux, il n'est pas rare de la trouver ulcérée, couverte d'excroissances, de végétations polypeuses.

Les symptômes de cette affection sont surtout mécaniques; les aliments s'accumulent dans le sac et le distendent; la déglutition devient de plus en plus pénible; cette poche ne tarde pas à exercer une compression fâcheuse sur les organes voisins, les poumons, la trachée. De là des accès de toux qui amènent la déglutition d'aliments déjà anciens, mêlés dans quelques cas à des masses brunes ou à du sang.

Le diagnostic de cette ectasie est évidemment lié à celui du rétrécissement; les troubles de la déglutition, la liberté anormale de la sonde, la matité dans les parties latérales du rachis mettront le chirurgien sur la voie. Le traitement est également subordonné à la cause première.

B. — DIVERTICULES

Les auteurs allemands, ZIEMSEN et ZENKER en particulier, admettent deux variétés de diverticules, par *traction* et par *pulsion*. Les premiers sont sous

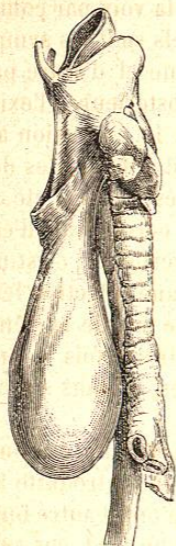


Fig. 222. — Diverticule de l'œsophage d'après Kœnic.

la dépendance de causes extérieures qui attirent la muqueuse; les autres, plus communs, semblent se former par une dilatation excentrique.

Le siège des diverticules est variable; les uns occupent le point de jonction du pharynx et de l'œsophage; on rencontre les autres dans l'œsophage lui-même, à la hauteur de la bifurcation de la trachée. Ces poches sacciformes s'ouvrent dans le conduit par un orifice tantôt rétréci, tantôt assez large; elles occupent les parties latérales ou postérieures. ZENKER, qui a analysé vingt-sept faits, a trouvé une grande variabilité dans le volume des sacs qui, parfois gros comme une noix, atteignent ailleurs les dimensions d'une tête de fœtus; quant à la paroi du sac elle offre une disposition différente suivant les cas;

elle est généralement plus épaisse que l'œsophage, ce qui tient à la condensation du tissu cellulaire ambiant, car la tunique musculuse fait souvent défaut et la muqueuse est amincie ou ulcérée. Un coup d'œil jeté sur la figure (222) donnera une idée de l'affection sur laquelle nous serons bref, parce qu'il s'agit de curiosités. On a trouvé des diverticules d'ordre tératologique chez les enfants (MONTI, MAYR), mais dans la plupart des cas les malades étaient âgés. Dans un fait de FRIEDBERG la cause première aurait été la rupture du conduit par suite d'une chute de cheval; le malade de WALDENBURG avait eu le côté gauche du cou fortement comprimé à la suite d'une querelle; enfin le séjour prolongé de corps étrangers aurait été l'origine de ces poches accessoires.

Symptômes. — Cette affection se révèle par la dysphagie; les aliments tendent à se porter dans le diverticule et à y séjourner. La tumeur qui en résulte comprime nécessairement l'œsophage, de telle sorte que la déglutition devient très difficile. Lorsque la tumeur volumineuse siège au cou, les malades la compriment entre les doigts pour la vider. Régurgitation alimentaire, dyspnée, nutrition insuffisante, troubles de la voix par compression des nerfs récurrents, douleur vive en un point fixe, tels sont les symptômes de ces diverticules.

La possibilité du cathétérisme et d'autre part l'arrêt brusque de la sonde dans une poche latérale ou postérieure, l'existence d'une tumeur cervicale serviront de base au diagnostic. La confusion avec un rétrécissement est possible et l'on n'arrive souvent à distinguer les deux affections que par une observation prolongée, l'étude des causes, etc. L'auscultation de l'œsophage, recommandée par HAMBURGER, permettrait d'entendre un bruit de glou-glou avec sifflement à l'entrée du diverticule; c'est un moyen assez incertain.

Pronostic. — Il s'agit ici d'une affection lente qui n'amène la mort qu'au bout de plusieurs années par le fait de la gêne croissante de la déglutition. Sur vingt-sept cas de ZENKER, treize fois la mort survint par inanition, huit fois par des maladies étrangères, et dans six observations la cause du décès n'a pas été constatée.

Traitement. — Les moyens palliatifs, la compression de la poche, l'alimentation avec la sonde œsophagienne introduite à chaque repas ou laissée à demeure, les lavements nutritifs n'ont d'autre but que de prévenir l'accumulation des matières alimentaires. Tôt ou tard ces procédés deviennent insuffisants et les malheureux cherchent pendant des journées entières à réduire leurs tumeurs pour diminuer la compression de l'œsophage, la gêne qu'ils éprouvent, et calmer la faim et la soif qui les torturent.

Devant l'insuffisance des moyens palliatifs on a conseillé de créer une voie artificielle au passage des aliments. Les indications dont l'application est rare seraient les suivantes. 1° Créer une ouverture artificielle au-dessous de la poche, soit à l'œsophage si c'est possible, soit à l'estomac. 2° Extirper le diverticule et occlure l'orifice. C'est l'opération de KLUGE, que les moyens antiseptiques rendent rationnelle, mais qui a échoué entre les mains de NICOLAONI. Ce chirurgien, chez un enfant qui avait un diverticule consécutif à un rétrécissement ouvrit la poche, sutura ses parois à la peau et introduisit une sonde dans l'estomac par la fistule; l'opéré mourut au sixième jour.

3^o RÉTRÉCISSEMENTS

Bibliographie. — MONDIÈRE, *Arch. gén. de méd.*, 1831, 1^{re} série, t. XXIV, p. 547. — MAISONNEUVE, *Klin. Chir.*, 1864, t. II, p. 409. — LANNELONGUE, *Soc. de chir.*, 1865, p. 547. — TRÉLAT, *Bull. gén. de thérap.*, 1870, t. LXXVIII, p. 252. — HAMBURGER, *Gaz. hebd.*, 1870. — KÖNIG, in *Deutsche Chirurgie*, Lief. 35. — MAYDL, *Wien. Med. Blatt*, 1882. — VERNEUIL, *Bull. de l'Ac. de méd.*, 1876, p. 1025. — PETIT, *Traité de la gastrostomie*, Paris, 1879. — BÖCKEL, *Gaz. méd. de Strasb.*, 1883, p. 13. — HOLMES, *Med. Times a. Gaz.*, 1882, t. II, p. 117. — M. MACKENZIE, in *Amer. J. of Med. Sc.*, avril 1883, p. 420. — GUSSENBAUER, *Zeitschr. f. Heilk.*, 1883, p. 33. — ALSBERG, *Arch. de Langenbeck*, 1883, Bd. XXVIII, p. 750.

Thèses de Paris. — 1853, FOLLIN (Agrég.). — 1864, ROUSSELOT-BEAULIEU. — 1865, MANSNIÈRE. — 1869, GANDAIS. — 1870, TERRIER. — 1873, LESBINI, ROUX, SENEY. — 1874, MOUTON, FERRIÉ. — 1877, COLLIN, COMTE, TRILLERT. — 1878, NASSE. — 1879, BRAZIER. — 1880, NEKKACH. — 1881, RODET, LACOUR. — 1883, FREY (Bibl.).

Thèse de Bordeaux. — 1881, BIDAU.

Des causes multiples produisent les rétrécissements de l'œsophage, et on peut dire qu'il n'est guère d'affection de cet organe qui n'y prédispose. Quoique connus depuis longtemps, les rétrécissements œsophagiens n'ont été étudiés que dans notre siècle.

Division. — Tout d'abord nous séparerons les rétrécissements des obstructions produites par les corps étrangers ou des compressions déterminées par les tumeurs périphériques qui gênent la dilatation de l'organe.

Sous le nom de *Dysphagia Lusoria*, on décrit une variété de rétrécissement extrinsèque de l'œsophage due à une anomalie de l'artère sous-clavière droite qui naît isolément de la crosse de l'aorte après tous les autres troncs; elle se dirige obliquement en haut, passe en arrière de l'œsophage qu'elle comprime et reprend ensuite son trajet normal. L'altération des ganglions bronchiques est également susceptible d'engendrer la sténose œsophagienne. PATZELT (de Bucharest) fit la gastrostomie dans une circonstance semblable, son malade survécut cinquante-cinq jours (1883).

Le rétrécissement vrai a son siège dans la paroi, qu'il s'agisse d'une cicatrice, d'une dégénérescence tuberculeuse, carcinomateuse ou d'une contracture spasmodique. Aussi adopterons-nous la division classique en rétrécissements spasmodiques et rétrécissements organiques.

A. — RÉTRÉCISSEMENTS SPASMODIQUES

SYNONYMES. — Sténose spasmodique œsophagienne. — Œsophagisme

Il est nécessaire de bien distinguer le spasme, contracture accidentelle, fugace, du rétrécissement spasmodique caractérisé par des contractures assez persistantes et amenant des régurgitations continuelles. La première affection

étant plutôt d'ordre médical que chirurgical nous aurons surtout en vue la seconde qui elle-même présente deux variétés: l'une migratrice, intermittente, l'autre fixe.

Étiologie. — Rarement héréditaire, à peu près aussi commun chez l'homme que chez la femme, l'œsophagisme est étroitement lié aux grandes névroses et en particulier à l'hystérie, l'épilepsie. Sur quatre cents hystériques, BRIQUET n'a noté que trente fois l'absence de symptômes d'œsophagisme. Les causes déterminantes sont extrêmement variées; tantôt il s'agit d'actes physiologiques (dentition, accouchement, etc.), tantôt ce sont les excitations du système nerveux central (imagination, impressions vives). JACCOUD, CHARCOT ont fait ressortir l'importance des lésions de la moelle cervicale et de l'encéphale sur la production de ce phénomène. Signalons encore le tétanos, l'ingestion de substances toxiques et enfin la plupart des affections de l'œsophage et des organes voisins.

Symptômes. — Une personne étant à table sent un arrêt brusque du bol alimentaire; cet état dure quelques secondes, une minute, puis avec quelque effort le bol passe; cet accident se reproduit à chaque repas en s'aggravant. D'abord limitée aux solides, la dysphagie survient bientôt à l'occasion de la déglutition des liquides. Le malade obligé d'étudier les caprices de son organe et de les satisfaire, mange froid ou chaud, liquide ou solide, suivant les circonstances, et peut ainsi tromper le mal pendant un certain temps. Au bout d'un ou deux mois les régurgitations arrivent, rien ne passe plus, sauf une ou deux fois par semaine.

Semblable genre de vie avec une alimentation intermittente amène de bonne heure une altération de la santé générale. Cependant des malades ont supporté cette affection durant cinq, dix, vingt ans (RAYNAUD) et même trente ans (LASSÈGUE). Il est vrai que dans ces cas BÉHIER, DUPLAY ne sont pas éloignés de croire qu'il y a eu erreur de diagnostic. POWER, HOWSHIP, RAYNAUD ont vu des personnes succomber à la suite de rétrécissements spasmodiques; dans d'autres cas les malheureux tombent dans un marasme si grave, que la moindre affection intercurrente les fait mourir.

Nous avons exposé les faits tels qu'ils sont décrits et admis par un certain nombre d'auteurs; mais des doutes se sont élevés sur la nature réelle de la maladie. Ainsi dans le fait de RAYNAUD, on trouva à l'autopsie « un renflement énorme de la partie moyenne de l'œsophage qui allait en s'effilant aux deux bouts de manière à prendre un aspect fusiforme, très régulier ». Cette lésion rappelle celles que nous avons décrites plus haut sous le nom d'ectasie. Ne serait-il pas permis de penser que la dilatation est primitive en pareil cas? DUPLAY ne paraît pas éloigné de l'admettre pour un certain nombre de faits.

BROCA comparant cette affection à la fissure anale l'attribuait à de petites ulcérations et en conséquence pratiquait la dilatation.

Diagnostic. — Les symptômes du début, leur instantanéité, les antécédents, le tempérament du sujet, l'irrégularité et l'intermittence de la dysphagie sont d'excellents signes qui pourraient, le cas échéant, mettre le chirurgien sur la voie; mais le cathétérisme est absolument nécessaire pour différencier l'affection des corps étrangers. — Quant aux rétrécissements organiques, ils ont une