

l'œsophage, ce qui est dû probablement à ce fait que la tumeur est mise en contact plus intime que partout ailleurs avec la solution.

On peut prolonger ce contact et pour ainsi dire baigner la tumeur dans la solution médicamenteuse en faisant prendre celle-ci par cuillerées à café toutes les demi-heures. On prescrit :

Chlorate de soude.....	8 grammes.
Eau distillée.....	} aa 100 —
Sirop de fleur d'oranger.....	

Une cuillerée à dessert à prendre toutes les heures.

D'ailleurs, le chlorate de soude a cet avantage que, s'éliminant par la salive, il revient plusieurs fois en contact de la tumeur.

L'efficacité de ce médicament est très remarquable, nous le répétons, et souvent on voit, après quelques jours seulement de traitement, disparaître la dysphagie.

Rosenheim obéit à la même idée ; mais, au lieu de donner du chlorate de soude, il emploie le *nitrate d'argent*, qu'il injecte à l'aide d'une seringue munie d'une longue canule de 30 centimètres. La dose est de 2 à 3 grammes d'une solution de nitrate d'argent, dont le taux varie de 1 à 4 pour 100. Ces injections sont répétées d'abord tous les deux jours, puis à des intervalles de plus en plus longs.

Je ne mentionne que pour mémoire les prétendus spécifiques du cancer, le condurango (10 à 20 centigrammes d'extrait fluide deux fois par jour), la ciguë actuellement inusitée, l'extrait de chélidoine récemment vanté.

Dans les cas où il existe des douleurs violentes, la piqûre de morphine constitue une ultime ressource.

CATHÉTÉRISME ET LAVAGE. — Le cathétérisme de l'œsophage peut avoir pour but soit de laver l'œsophage, soit de franchir le rétrécissement cancéreux.

I. — Le *lavage de l'œsophage* est très rationnel. Le rétrécissement cancéreux s'accompagne souvent d'une rétro-dilatation plus ou moins considérable de l'œsophage, où s'accumulent des matières alimentaires. Celles-ci, en fermentant, irritent les parois du conduit, y produisant souvent des ulcérations et contribuant par la fluxion sanguine qu'elles provoquent à augmenter le volume de la tumeur cancéreuse. De plus, la dilatation peut être assez considérable pour comprimer les organes voisins et y produire des symptômes souvent graves. Le lavage a pour but de remédier à tous ces inconvénients. Il peut se faire avec une sonde ordinaire. Mais Boas a récemment conseillé un appareil spécial. Il se compose d'une sonde ordinaire de gros calibre à l'extrémité supérieure de laquelle est ajusté un tube en Y. A l'une des branches paires on adapte un tube en caoutchouc muni

d'un entonnoir ordinaire. Par l'autre branche paire on introduit une sonde de petit calibre, terminée par un petit sac en baudruche de petit calibre, très dilatable, et s'adaptant, à son extrémité supérieure, à une poire à insufflation munie d'un robinet. Pour faire fonctionner l'appareil, on introduit la double sonde en poussant aussi bas que possible, puis on insuffle le petit ballon à l'aide de la poire en caoutchouc. De la sorte on supprime toute communication entre l'œsophage et l'estomac et l'on empêche l'eau de lavage de pénétrer dans ce dernier organe. Ceci fait, on verse l'eau de lavage dans l'entonnoir qu'on élève : l'eau va baigner les parois de l'œsophage et revient ensuite quand on abaisse l'entonnoir, tout comme s'il s'agissait d'un lavage d'estomac.

II. — Le cathétérisme destiné à franchir l'obstacle constitué par la tumeur cancéreuse a ses partisans et ses détracteurs.

Nous avouons nous ranger parmi ces derniers et nous considérons comme des plus dangereuses toutes les manœuvres destinées à franchir, avec quelque sonde que ce soit, un tissu fongueux, friable, saignant facilement et se laissant pénétrer sans résistance. Un grand nombre d'observations montrent que le cathétérisme de l'œsophage cancéreux, même entre les mains les plus expérimentées, est la cause très fréquente d'accidents mortels. Nous devons cependant exposer un résumé des procédés qui ont été proposés.

La *dilatation progressive temporaire* à la façon de la dilatation des rétrécissements cicatriciels est aujourd'hui universellement abandonnée. Mais l'emploi de la *sonde à demeure* est encore conseillé par quelques auteurs, surtout à l'étranger. Préconisé par Boyer, ce moyen thérapeutique fut ensuite étudié et employé par Krishaber, Symonds, Renvers, Leyden, Kirmisson, Gangolphe.

Les sondes à demeure sont de deux sortes. Les unes sont longues, allant de l'estomac à l'extérieur ; les autres, qui ne sont, en fait, que de petites canules, sont courtes, mesurant environ 7 à 8 centimètres.

M. Kirmisson¹ a décrit ainsi la technique du cathétérisme à demeure avec les sondes longues. L'instrument se compose d'une fine bougie conductrice en baleine et d'une sonde à bout coupé en caoutchouc noir. On fait le cathétérisme avec la baleine, puis on glisse sur elle la sonde à bout coupé. Lorsque celle-ci est en place dans l'œsophage, il faut en ramener l'extrémité supérieure dans une des fosses nasales où elle doit être fixée. Pour le faire, on introduit dans une narine une sonde urétrale ordinaire que l'on pousse par-dessus le voile du palais jusque dans l'arrière-gorge. L'extrémité inférieure de cette sonde est alors attirée du pharynx à l'aide d'une

1. Académie de médecine, juillet 1888.

pince jusqu'aux arcades dentaires, où elle est attachée avec la sonde œsophagienne au moyen d'un fil qui sert à attirer cette dernière jusqu'à l'orifice des fosses nasales. Pour y arriver, il faut réséquer l'espèce d'entonnoir qui termine la sonde.

La sonde est maintenue en place au moyen d'une épingle anglaise traversant ses parois.

L'emploi des canules courtes est plus usité à l'étranger. Il a été l'objet d'un intéressant article de M. Bert¹ que nous mettons à contribution pour la description de ce procédé.

On se sert de l'appareil de Symonds, composé de trois pièces : 1° un tube en gomme de calibre variable selon le degré du rétrécissement; il a environ 7 à 8 millimètres de longueur. La partie supérieure est dilatée en pavillon; l'autre se termine en cul-de-sac. A 5 millimètres au-dessus de celui-ci se trouve un large œil latéral. Chaque tube est muni de deux longs fils de soie aussi solides que possible et destinés à en permettre l'extraction; — 2° une sonde œsophagienne, dont le bec a été tranché et qui doit venir s'adapter intimement au pavillon du tube précédent de façon à faire corps avec lui; — 3° un mandrin en baleine occupe l'axe de l'appareil et dirige le bec du tube; il permet en outre, par une simple pression, de désarticuler les deux pièces et de laisser ainsi le tube en place.

L'introduction de cet instrument est facile. On détermine d'abord avec une sonde ordinaire le siège et le calibre du rétrécissement. On monte l'appareil en ramenant les fils du tube le long de la sonde, puis on enfonce l'appareil comme un tube ordinaire. Une fois le tube pris dans le rétrécissement, on désarticule la sonde d'une main tout en appuyant sur le mandrin de l'autre main; on retire ensuite le tout en ramenant les fils en dehors de la bouche. Ceux-ci sont fixés en passant par la bouche ou par le nez.

L'avantage de cet instrument est que les malades gardent le goût des aliments, peuvent avaler leur salive et n'ont pas la sensation de corps étranger comme avec la grande sonde à demeure.

Malheureusement l'introduction du tube est assez difficile, et l'on peut se demander s'il est toujours bien situé dans le rétrécissement.

D'autre part, l'extraction de ce tube, et cette extraction doit se faire environ tous les deux mois, quoique Leyden ait laissé un tube en place pendant plus de dix mois, l'extraction du tube, dis-je, n'est pas sans danger, car les fils peuvent se rompre en différents endroits et le tube faire office, dans l'œsophage, d'un véritable corps étranger.

On peut encore admettre, comme M. Kirmisson, le danger de l'ac-

1. Gazette hebdomadaire, 7 juin 1896.

cumulation des aliments et des boissons autour de la sonde. Enfin, on a aussi incriminé l'irritation de la tumeur et des tissus voisins par ce corps étranger. Il va sans dire, enfin, que cette méthode n'est pas praticable dans tous les cas, tels les cancers sujets aux hémorragies, les formes douloureuses, les formes très diffuses, les tumeurs communiquant par des fistules avec les organes voisins, enfin celles qui siègent au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

En résumé, le cathétérisme est toujours difficile et dangereux; souvent il est impossible. Alors l'intervention opératoire est nécessaire pour permettre aux malades de s'alimenter.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — L'œsophagotomie externe a donné des résultats favorables dans les cancers siégeant à la portion cervicale de l'œsophage, lorsqu'il est possible d'ouvrir le conduit au-dessous du néoplasme. Mais plus souvent on pratique la *gastrostomie*. Nous n'avons pas à décrire la technique chirurgicale de cette opération. Mais nous devons en préciser les indications et en donner les résultats. Ceux-ci, il faut l'avouer, ne sont pas bien brillants. Malgré l'amélioration des statistiques dans ces dernières années, sous l'influence des progrès de la technique, la mortalité opératoire reste considérable; d'après Lagrange¹, la survie dans les cas de guérison opératoire serait seulement de dix-neuf jours en moyenne. Beaucoup de chirurgiens, et des meilleurs, refusent de pratiquer la *gastrostomie*. M. Terrier et ses élèves, en particulier M. Hartmann² pensent que les insuccès proviennent de ce que les malades sont opérés trop tardivement à la période cachectique. Aussi conseillent-ils d'opérer de bonne heure, dès que la déglutition des liquides commence à s'effectuer difficilement; les résultats seraient bien meilleurs, la survie bien plus longue. La question n'est pas encore définitivement tranchée.

L'extirpation de l'œsophage cancéreux n'a pas donné jusqu'ici de résultats bien brillants.

M. SOUPAULT.

1. Revue de chirurgie, 1895.

2. Traité de chirurgie, 1898.