

lorsque les ganglions se rétractent, ils exercent une traction sur le point adhérent de la paroi œsophagienne. L'intérêt de ces diverticules, qui, au dire de Zenker et Ziemmsen, ont une paroi exclusivement muqueuse, consiste dans les perforations qu'ils peuvent être le siège, en particulier lors du séjour d'un petit corps étranger dans leur intérieur.

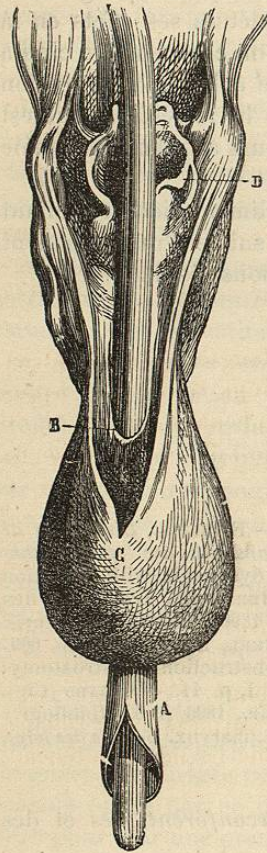


FIG. 99.

FIG. 99. — Poche œsophagienne. — En A on voit le canal œsophagien dans lequel est engagée la sonde. — B, repli bordant inférieurement l'abouchement de la poche C dans l'œsophage. — D, orifice supérieur du larynx.

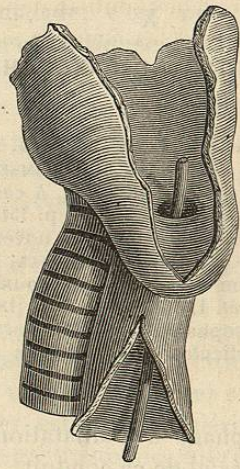


FIG. 100.

FIG. 100. — Dilatation du larynx.

veloppement du côté du sinus piriforme de His ⁽¹⁾.

Des dilatations même étendues de l'œsophage peuvent ne se révéler pendant la vie par aucun symptôme. C'est l'exception; le plus souvent il existe des troubles de la déglutition qui vont croissant avec le diverticule. La dysphagie finit par être intense; quelques malades, au début du repas, avalent bien, mais peu à peu un obstacle se crée et des régurgitations surviennent. Il est alors possible quelquefois de sentir sur le côté de l'œsophage une tumeur molle, pâteuse, que le malade vide aisément par pression. Dans beaucoup de cas, en pressant à côté du larynx ou de la trachée on provoque un gargouillement caractéristique produit par l'expulsion du contenu de la poche (Betz). Les

⁽¹⁾ Voy. pour cette question pathologique : *Vices de conformation du cou.*

régurgitations ramènent des aliments tantôt à peine altérés, tantôt à demi décomposés, ce qui explique la fétidité de l'haleine que présentent certains malades. A l'exception des cas très avancés, la dysphagie présente souvent des intermittences; un malade de Neukirch avalait mieux dans le décubitus latéral, un de König en exerçant des pressions sur le côté gauche du cou.

Les résultats du cathétérisme sont extrêmement variables : chez le même malade, la sonde peut à un moment filer directement jusque dans l'estomac, tandis qu'à un autre elle butte dans le sac. Chez un malade de Rosenthal, elle passait quand le malade penchait la tête à gauche, attitude qui du reste facilitait la déglutition; dans tous les cas, lorsque la sonde peut être introduite, elle passe facilement.

L'auscultation de l'œsophage a donné des résultats très variables : peut-être l'œsophagoscopie, si difficilement applicable dans le cancer à cause des sécrétions et des restes alimentaires qui obstruent le canal, pourrait-elle ici permettre de voir l'orifice de la poche.

Ces dilatations peuvent persister quelquefois pendant longtemps sans causer d'accidents graves; on a vu des malades souffrir depuis vingt, trente ans et plus de leur affection, mais le plus souvent les malades succombent soit par suite de l' inanition, soit par suite d'une complication résultant de l'ulcération et de la perforation de la poche.

Le *traitement* a pendant longtemps été exclusivement *palliatif*; il consistait à prévenir l'accumulation des aliments dans le sac, soit à l'aide de la compression lorsqu'il était accessible, soit à l'aide de la sonde œsophagienne. Aujourd'hui on regarde l'*extirpation de ces diverticules* comme chirurgicalement possible; Nicoladoni, Bergmann, Niehans, König, Kocher, etc., l'ont pratiquée. Girard a guéri son malade en invaginant le cul-de-sac dans l'œsophage.

L'intensité de la dysphagie peut, dans les cas où l'extirpation est rejetée, conduire le chirurgien à pratiquer la gastrostomie, comme l'a fait Whitehead, dont l'opérée a vécu six ans.

XI

TUMEURS DE L'ŒSOPHAGE

Les tumeurs de l'œsophage se divisent en tumeurs *benignes* et en tumeurs *malignes*.

1° TUMEURS BÉNIGNES

Les *tumeurs bénignes* sont rares. Leur nature est variable. On a rencontré au niveau de l'œsophage des *kystes muqueux* par rétention (Sappey), des *kystes congénitaux* à épithélium cilié (Wyss), des *kystes dermoïdes* fermés et des kystes dermoïdes ouverts (Watmann), des *papillomes* (Ziemmsen), des *fibromes* (Baillie), quelquefois multiples (Schneider), des *adénomes polypeux* (Weigert), des *lipomes* (Laboulbène), des *myomes* (Eberth, Arrowsmith, Coats, Hilton Fagge, Blagoviéchiensky).

VUSIONT, Polypes de l'œsophage. *Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*, 1806, t. VIII, p. 69. — DUBOIS, *Proposition sur l'art de guérir*. Thèse de Paris, 1818, n° 104. — MIDDELDORFF, *De polyp. œsoph. atque de tumore ejus generis primo extirpato*, Vratislavice, 1857. — C. HILTON FAGGE, Case of myoma of the œsophagus. *Trans. of the path. Soc.*, London, 1875, t. XXVI, p. 94. — WEIGERT, Adenoma polyposim. *Virchow's Arch.*, Berlin, 1876, Bd. LXXVII, p. 516. — LABOULBÈNE, *Nouveaux éléments d'anatomie pathologique*, Paris, 1879, p. 91. — BLAGOVIČIENSKY, Fibromyome de l'œsophage. *Bull. méd.*, Paris, 1889, p. 11.

Ces diverses tumeurs revêtent souvent un caractère commun qui résulte de

leur siège. Implantées sur la muqueuse œsophagienne, sans cesse entraînées par le bol alimentaire dans les mouvements de déglutition, elles tendent constamment à se pédiculiser. L'aspect polypeux s'observe dans les diverses variétés de tumeurs, même dans les kystes (Goschler). Un autre caractère, relevant de la même cause, est la forme très allongée qu'elles prennent quelquefois.

La plupart de ces tumeurs naissent de l'orifice supérieur de l'œsophage, souvent du pharynx; il est de règle, même dans ce dernier cas, de les décrire sous le nom de *polypes de l'œsophage*, parce qu'entraînées par les mouvements de déglutition elles habitent, pour ainsi dire, ce conduit.

Leur *symptôme* principal est une dysphagie lentement et progressivement croissante. Celle-ci varie beaucoup suivant les cas; elle peut être telle, qu'on croit à une néoplasie maligne; ou, au contraire, manquer, la tumeur ne causant aucun trouble et constituant en quelque sorte alors une trouvaille d'autopsie.

D'autres fois il se joint à la dysphagie de la dyspnée et des troubles de la voix; dans quelques cas il y a de la douleur, la pression de la tumeur ayant déterminé la formation d'une ulcération œsophagienne; parfois il existe des nausées, des vomissements, exceptionnellement des hémorragies.

Le *diagnostic* se fonde essentiellement sur les résultats de l'examen physique. Dans certains cas, il saute pour ainsi dire aux yeux, le polype étant amené dans la bouche par un effort de vomissement (1). Mais c'est là un fait exceptionnel, et, pour voir le

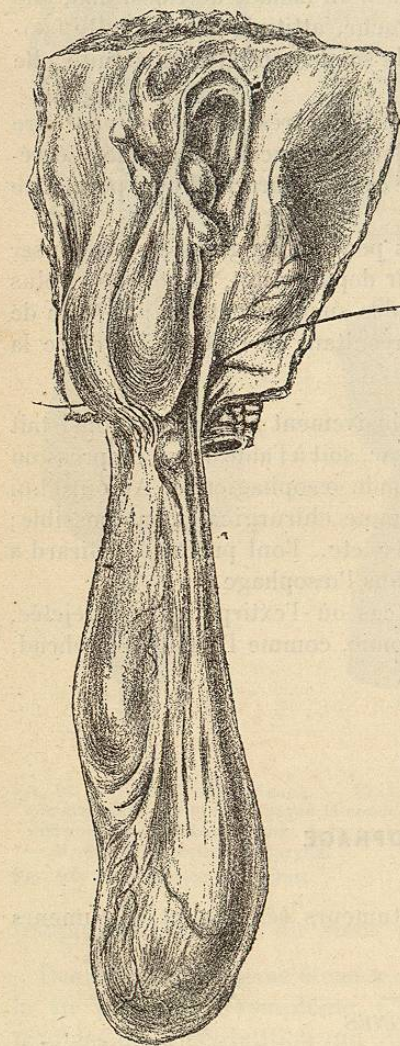


Fig. 101. — Polype de l'œsophage. (Holt.)
Une aiguille courbe placée transversalement indique la limite inférieure de l'insertion du polype qui descend dans une grande étendue au-dessous de son implantation.

polype, il faut recourir au laryngoscope, qui permet d'explorer la partie infé-

(1) Vater a même vu le rejet du polype.

rieure du pharynx, ou même à l'œsophagoscope si le polype est plus bas, derrière le cartilage cricoïde.

Lorsque le polype ne peut être ni vu, ni senti avec le doigt, le diagnostic est à peu près impossible. Tonoli dit cependant avoir eu la sensation d'une tumeur mobile par l'examen avec la bougie exploratrice. La dysphagie plus lente et l'inanition moins rapide que dans les néoplasmes malins peuvent, en l'absence de toute cause de rétrécissement, faire songer à un polype de l'œsophage.

Le *traitement* consiste dans l'extirpation de la tumeur. Celle-ci a presque toujours été faite par les voies naturelles qui permettent l'ablation avec le serre-nœud, l'anse galvanique ou même la section du pédicule, au-dessus d'une ligature; dans un cas de Dallas, la ligature du pédicule avec abandon de la tumeur dans l'œsophage fut suivie de l'élimination par l'anus. S'il faut disséquer la tumeur et si le développement des vaisseaux fait craindre une hémorragie sérieuse, on peut avoir recours soit à la ligature de la carotide externe, faite par Busch, soit à la trachéotomie préventive avec tamponnement de la trachée. Ce dernier procédé, qui prévient l'un des dangers les plus imminents de l'hémorragie dans cette région, à savoir la pénétration du sang dans les voies aériennes, permet en outre d'arrêter plus aisément l'écoulement sanguin.

Dans les cas où la tumeur ne peut être enlevée par les voies naturelles, par suite de son volume ou de sa situation, on peut recourir à la pharyngotomie ou à l'œsophagotomie préliminaire.

Enfin, si la tumeur est trop bas pour être extirpée et s'il est nécessaire de recourir à une voie artificielle pour assurer l'alimentation, on est autorisé à faire la gastrostomie.

2° TUMEURS MALIGNES

Nous ne parlerons pas du sarcome, que Rosenbach (1), Chapmann (2) et Dubrueil (3) ont observé au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage et dont l'évolution est semi-maligne. Nous décrivons ici sous le nom de *cancer* l'épithélioma et le carcinome vrai de l'œsophage.

LEBERT, *Traité des maladies cancéreuses*, Paris, 1851, p. 442. — BILLROTH, Ueber die Resektion des OEsophagus. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1871, t. XIII, p. 65. — DESNOS (E.), Essai sur la pathogénie des accidents pleuro-pulmonaires dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Revue de méd. et de chir.*, 1879, p. 49. — LEVOYER, *Du cancer latent de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1879, n° 125. — PETIT (L.-H.), *Traité de la gastrostomie*, Paris, 1879, et *Revue des sciences méd.*, Paris, 1880, t. XVI, p. 746. — G. MARCHAND, *Des néoplasies de l'œsophage et en particulier des accès de suffocation et de la pseudo-angine de poitrine*. Thèse de Paris, 1880, n° 541. — POORE, Epithelioma of the upper end of the œsophagus. *The Lancet*, London, 1880, t. I, p. 717. — NEIL (James), *Ibidem*, p. 447. — KRISHABER, De la sonde œsophagienne à demeure. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, 1881, t. VII, p. 265. — RODET (E.), *De la sonde œsophagienne à demeure*. Thèse de Paris, 1881, n° 595. — LACOUR, *Étude sur le cancer de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1881, n° 75. — DUPAU, *De l'intervention dans le cancer du tube digestif sauf le rectum*. Thèse d'agrég., 1885. — GENTY (G.), *Des symptômes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1882-1885, n° 91. — PORCHAIRE, *Tuberculose consécutive au rétrécissement cancéreux de l'œsophage (inanition)*. Thèse de Paris, 1885.

(1) ROSENBACH, *Berl. klin. Woch.*, 20 et 27 septembre 1875.

(2) CHAPMANN, *Amer. Journal of med. sc.* Philadelphie, octobre 1877, t. II, p. 435.

(3) DUBRUEIL, Tumeur du cou, sarcome de l'œsophage. *Gaz. méd. de Paris*, 15 juin 1885.

n° 271. — LE FORT, Cancer annulaire de la partie inférieure de l'œsophage, rétrécissement, gastrostomie. *Gaz. des hôp.*, 1885, p. 712. — BERRY (J.), On the treatment of cancerous stricture. *Saint-Barth. hosp. rep.*, London, 1884, t. XX, p. 45. — WHITEHEAD REID, Gastrostomy in malignant disease of œsophagus. *Saint-Barth. hosp. rep.*, London, 1884, t. XX, p. 117. — TERRILLON, Épithélioma de l'extrémité supérieure de l'œsophage et de l'extrémité inférieure du pharynx, gastrostomie, mort. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, nouv. série, t. X, p. 275. — ZEAS, Die Gastrostomie und ihre Resultate. *Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXXII, p. 188-276. — LAGRANGE, De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Revue de chir.*, Paris, 1885, t. V, p. 549. — NICAISE, Cancer de l'œsophage et gastrostomie. *Semaine méd.*, 9 septembre 1885, p. 504. — DU MÊME, Rétrécissement cancéreux de l'œsophage, gastrostomie, mort. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1885, nouv. série, t. XI, p. 485. — D'EMMEREZ DE CHARMOY (O.), *Du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine*. Thèse de Paris, 1885-1886, n° 2. — FRANKEL, Cancer de l'œsophage, perforation des gros vaisseaux. *Arch. de méd.*, 1886, t. II, p. 610. — CHAVASSE, Gastrostomy in the treatment of œsophageal cancer. *The Lancet*. London, t. I, p. 558. — CHARTRET J. SYMONDS, Treatment of malignant stricture of the œsophagus by tubage or permanent catheterism. *British med. Journal*, 25 April 1887, t. I, p. 870. — LEYDEN, Traitement des rétrécissements carcinomateux de l'œsophage au moyen de canules à demeure. *Soc. méd. intern. de Berlin*, 28 novembre 1887. — LEYDEN et RENVERS, Behandlung der carcinomatösen OEsophagusstricture. *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 50. — COLLINS WARREN, Gastrostomy for cancer of the œsophagus. *Med. Record*, New-York, 1887, t. II, p. 585. — HANDFORD (H.), Stricture of œsophagus, secondary growths in lung. *Trans. of the path. Soc.*, London, 1887, t. XXXVIII, p. 128. — DU MÊME, Broncho-œsophageal fistula consequent upon malignant Growth. *Ibid.*, p. 129. — ROUX, Résection de l'œsophage. *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève, 1887, t. VII, p. 467. — LEYDEN, Du traitement des rétrécissements de l'œsophage. *Congrès de méd. intern.*, Wiesbaden, et *Semaine méd.*, Paris, 1888, p. 160. — JOHANSEN, *Die Gastrostomie bei carcinomatöser Stricture des Oesophages. Ein Beitrag zur Statistik dieser Operation*. Thèse de Dorpat, 1888. — SONNEBURG, Beiträge zur Gastrostomie. *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 1, p. 6. — TERRILLON, Gastrostomie. *Soc. de chir.*, 9 mai 1888. — KIRMISSON, Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Acad. de méd.*, 4 juillet 1888. — NICAISE, De la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage. *Acad. de méd.*, 1888. — PLICQUE (A.-F.), Étude critique sur le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Ann. des mal. de l'oreille*, Paris, 1888, t. XIV, p. 581. — ROUX, Extirpation d'un cancer de l'œsophage. *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève, 1888, t. VIII, p. 115. — AXEL IVERSEN, Om Resectioner of Pharynx og OEsophagus. *Nord med. Arkiv*, 1887, Bd. XIX (en danois). Analysé in *Centralblatt für Chir.*, Leipzig, 29 septembre 1888, p. 721. — F. TERRIER et H. DELAGÉNIÈRE, Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie. *Revue de chir.*, Paris, 1890, p. 198. — H. HARTMANN, Note à propos d'un cas de gastrostomie. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1891. — F. TERRIER et LOUIS, Remarques cliniques et opératoires à propos de cinq observations de gastrostomies pratiquées pour cancer de l'œsophage. *Revue de chir.*, Paris, 1891. — TERRIER et HARTMANN, *Chirurgie de l'estomac*. Paris, 1898.

Étiologie. — La fréquence du cancer primitif de l'œsophage n'est pas grande. Sur 5 079 autopsies, Zenker et Ziemssen ne l'ont trouvé que 50 fois.

L'hérédité semble avoir une grande influence sur sa production; M. Mackenzie la relève 11 fois sur 60 cas. La prédominance dans le sexe masculin est considérable: Pétri compte 41 hommes sur 44 cancers, M. Mackenzie, 71 sur 100. C'est aux limites de l'âge mûr et de la vieillesse qu'on l'observe le plus souvent, de 40 à 50 ans pour S. Duplay, de 50 à 60 pour M. Mackenzie.

Gyser incrimine l'alcoolisme. On a ici, comme pour beaucoup de cancers, invoqué les irritations locales, telles que celles produites par la déglutition de liquides, ou d'aliments très chauds. Hilton Fagge a vu le néoplasme se greffer sur un rétrécissement cicatriciel, et M. Mackenzie a noté son développement chez des malades qui avaient présenté pendant plusieurs années des symptômes d'œsophagite légère.

Anatomie pathologique. — Le siège de prédilection du cancer est très discuté. Pour Pétri, Zenker et Ziemssen, il se développe le plus souvent dans le tiers inférieur de l'œsophage; pour Klebs, Rindfleisch dans le tiers moyen; pour Ever, Home, Habershon, Rokitansky, M. Mackenzie au niveau de l'extré-

mité supérieure; pour Michel, F. Guyon à l'union de la portion cervicale et de la portion thoracique de l'œsophage.

La tumeur est presque toujours unique; toutefois on a vu coexister une tumeur de la partie supérieure de la région thoracique avec une autre située au-dessus du cardia, fait qui trouverait peut-être son explication dans la greffe de parcelles tombées de la tumeur supérieure.

Ordinairement la lésion n'occupe qu'une petite portion de l'œsophage⁽¹⁾, 5 à 6 centimètres en moyenne; exceptionnellement elle occupe une grande longueur pouvant alors s'étendre à toute la moitié inférieure de l'œsophage, et même aller du cricoïde à 2 centimètres du cardia. La tumeur fait rarement tout le tour du conduit et laisse le plus souvent une portion de muqueuse saine; aussi peut-on dire qu'au point de vue anatomique, la perméabilité persiste d'ordinaire, d'autant qu'il y a plus souvent ulcération que tumeur⁽²⁾.

Au-dessus de la tumeur, la muqueuse est souvent saine; toutefois, dans quelques cas, elle peut être ramollie, ulcérée, fongueuse. Zenker et Ziemssen ont noté l'hypertrophie de la tunique musculaire et l'épaississement des tissus périphériques. Béhier, dans son travail si souvent cité, dit que les dilatations sont fréquentes au-dessus du néoplasme. En réalité, elles sont très rares, et les poches étendues qu'on observe sont le résultat de la destruction des masses néoplasiques qui se sont ulcérées après avoir envahi les parties voisines. C'est par ce double mécanisme d'envahissement, puis de destruction, que se produit la communication avec les organes voisins, en particulier avec les voies aériennes. Sur 100 autopsies, M. Mackenzie relève 20 perforations de la trachée, 7 de la bronche droite, 6 de la bronche gauche. Cette communication peut être directe ou se faire par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux. Les perforations vasculaires sont, au contraire, relativement rares. Notons enfin l'envahissement secondaire du nerf récurrent, du pharynx, du corps thyroïde, qu'on a observé quelquefois.

Dans quelques cas, il se développe, au voisinage de la production néoplasique, des inflammations suppuratives périœsophagiennes (Semon, M. Mackenzie).

L'envahissement des ganglions cervicaux et bronchiques est fréquent, mais la généralisation du cancer, commune pour Pétri et Kœnig, est, au contraire,

⁽¹⁾ Contrairement à ce qui arrive dans les rétrécissements cicatriciels; comparez à cet égard les figures 102 et 105.

⁽²⁾ D'après Butlin, l'ulcération existe 49 fois sur 55 cas.

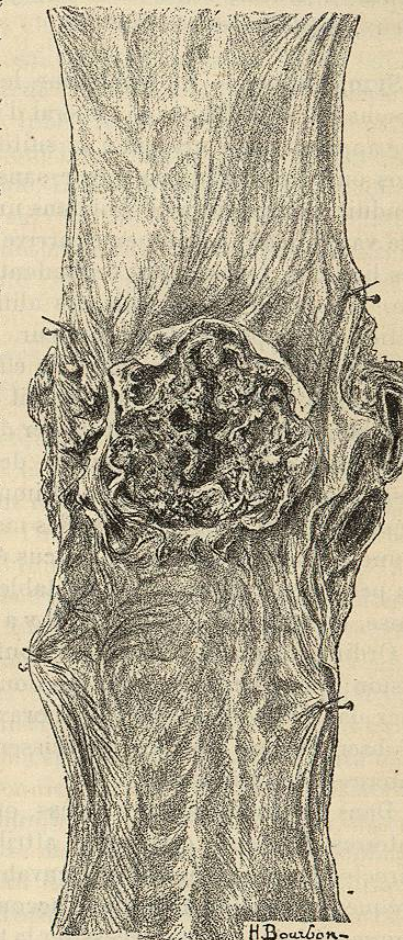


FIG. 102. — Cancer de l'œsophage.