

généralement regardée comme rare. On l'a observée dans les reins, les ganglions mésentériques, les poumons, etc. Nous en distinguons le développement secondaire d'épithéliomas stomacaux, liés à la greffe de parcelles tombées directement de la néoplasie œsophagienne.

Histologiquement, il s'agirait toujours, d'après Zenker et Ziemssen, Rindfleisch, Ziegler, d'un épithélioma pavimenteux; opinion trop absolue, car Ch. Robin et Hanot ont observé des formes glandulaires, cylindro-prismatiques⁽¹⁾. Butlin décrit encore aujourd'hui des carcinomes alvéolaires, squirreux, médullaires et colloïdes.

Symptômes. — Le symptôme le plus constant et le plus important est la dysphagie. Elle débute en général d'une façon graduelle; quelquefois cependant elle apparaît brusquement à la suite de l'introduction d'un bol alimentaire trop gros ou trop chaud, ou même sans cause, comme par suite d'un spasme du conduit. Consistant au début dans une simple gêne de la déglutition des solides, elle va croissant peu à peu et arrive à empêcher toute déglutition, même celle des liquides. Quelquefois cependant, les malades recouvrent, vers la fin de leur vie, le pouvoir de déglutir des aliments demi-solides, soit qu'il y ait eu élimination d'une partie de la tumeur, soit qu'il y ait eu diminution du spasme concomitant. Le spasme joue, en effet, un grand rôle dans la production de la dysphagie, comme le prouve ce fait que souvent, chez un malade en proie à une dysphagie intense, on peut passer des sondes assez grosses.

A cette dysphagie s'ajoutent des régurgitations; les pseudo-vomissements œsophagiens se produisent soit immédiatement, soit un certain temps après le repas; ils sont constitués par des matières alimentaires non digérées, mélangées d'une certaine quantité de mucus épais et filant, quelquefois de filets de sang; on peut même observer de véritables hémorragies. L'haleine a une odeur mauvaise, qu'on a dite spéciale(?). Il y a du hoquet.

Ordinairement le malade ne souffre que d'une certaine gêne au niveau de la lésion; quelquefois il existe des douleurs vives, lancinantes, qui peuvent s'irradier dans le cou, la tête, le thorax, la colonne dorsale; ces douleurs, qu'on n'observe guère dans les rétrécissements en l'absence de périœsophagite, sont intéressantes à noter ici.

Dans un grand nombre de cas, on a des symptômes du côté des voies respiratoires. La toux, que l'on a attribuée à une action réflexe, à une irritation directe du pneumogastrique envahi, à une perforation des voies aériennes, est fréquente; quelquefois elle s'accompagne d'une dyspnée, qui peut être suffisamment intense pour nécessiter la trachéotomie⁽²⁾. La voix est bitonale, rauque, puis disparaît par suite de la lésion des récurrents ou de la propagation du néoplasme au larynx.

Marche. — **Durée.** — **Terminaisons.** — **Pronostic.** — La marche est rapide et la durée de l'affection relativement courte; elle est en moyenne d'un an à partir du début de la dysphagie.

La mort est la terminaison constante; elle a lieu le plus souvent par défaut

⁽¹⁾ HANOT, Épithélioma ulcéré de l'œsophage. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1889, t. I, p. 470.

⁽²⁾ GOISQUE (Eugène), *De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage*. Thèse de Paris 1889-1890, n° 365.

d'alimentation, par cachexie, et survient au moment où le poids du corps s'est réduit de 40 pour 100.

Dans certains cas, elle arrive plus tôt par le fait de complications, telles que les propagations inflammatoires au péricarde, à la plèvre, et la suppuration de ces cavités; les hématomés par perforation de la carotide, de l'aorte, etc.; les lésions pulmonaires. Celles-ci sont particulièrement intéressantes par suite de leur fréquence. La communication avec les voies aériennes se traduit par de la dyspnée, quelquefois par de la suffocation pendant la déglutition. La gangrène pulmonaire, notée dans un certain nombre d'autopsies de cancers propagés aux voies aériennes, résulte de la chute de parcelles gangrenées ou peut-être même simplement de celle de la salive dans un parenchyme pulmonaire, dont la vitalité est diminuée par suite de l'inanition et peut-être aussi de la destruction des pneumogastriques. La tuberculose pulmonaire s'implante souvent sur ces malades débilisés, comme l'ont bien montré Péter et son élève Porchaire; elle contribue à hâter l'issue finale. Lebert la regardait à tort comme spéciale au rétrécissement cancéreux; elle survient aussi au cours des rétrécissements cicatriciels et résulte simplement des conditions favorables qu'offre au développement du bacille tuberculeux toute cette catégorie de malades dont l'alimentation est insuffisante.

Le pronostic est, on le voit, des plus graves, la mort survenant à l'ordinaire moins d'un an après l'apparition des premiers symptômes du cancer œsophagien.

Diagnostic. — Le diagnostic est quelquefois des plus difficiles.

La dysphagie peut être à peine marquée et passer inaperçue; il y a même des malades dont le cancer est véritablement latent, et ne se traduit que par de l'affaiblissement, de l'amaigrissement et de l'œdème malléolaire; d'autres portent une fistule œsophago-trachéale qui fait croire à une bronchite chronique, à la phthisie, à une laryngite, ou bien sont atteints d'une gangrène pulmonaire dont la cause reste inconnue; dans quelques cas, la toux, la paralysie des cordes vocales, font penser à un anévrysme de l'aorte, à une tumeur du médiastin. On recherchera dans tous ces cas les signes du cancer de l'œsophage pour peu qu'il y ait le plus petit trouble dysphagique. On y pensera aussi en présence de certaines tumeurs ganglionnaires du cou, dont on ne s'explique pas la cause (Tostain).

Quand la dysphagie est évidente, l'absence des signes établissant l'existence d'une tumeur qui pourrait amener par compression les troubles de la déglutition observés permettra de localiser la cause de la dysphagie dans l'œsophage. On soupçonnera une dilatation de ce conduit lors de la présence d'une tumeur molle, pâteuse, située sur les côtés de la trachée et pouvant se vider par compression. Le cathétérisme permettra alors quelquefois de constater la liberté du canal; d'autres fois, au contraire, les sondes buttent contre l'obstacle, quel que soit leur calibre, ce qui ne pourrait s'expliquer que par l'existence d'un rétrécissement extrêmement serré, incompatible avec le trouble léger de la déglutition observé (Duplay).

L'œsophagisme se distingue facilement par son intermittence, la bizarrerie de son évolution, l'état nerveux qui l'accompagne, sa disparition après le passage d'une boule volumineuse.

Le diagnostic le plus difficile est celui du cancer et du rétrécissement de l'œsophage. Il se fait par l'étude des causes, de la marche et des complications de la maladie. Il est quelquefois facilité par les résultats que donne la palpation

du cou, lorsqu'elle fait constater directement l'existence de la tumeur œsophagienne, ou même simplement celle d'une masse ganglionnaire.

Le cathétérisme, dont nous avons déjà indiqué les règles ⁽¹⁾, mais que nous conseillons de laisser le plus souvent de côté fera constater le siège de l'obstacle; quelquefois même il donnera des renseignements sur sa nature, lorsqu'il déterminera un saignement, lorsqu'il ramènera des parcelles de tissu morbide. Il est nécessaire, lorsqu'on le pratique, de le faire avec les plus grandes précautions, les fausses routes étant fréquentes et l'exploration pouvant déterminer soit la rupture d'un gros vaisseau envahi par le néoplasme, soit surtout celle de la trachée ou de la plèvre.

Le diagnostic des complications est quelquefois des plus faciles, et l'on n'a pas à hésiter sur l'existence d'une communication avec les voies aériennes lorsque le malade éteint une bougie en soufflant par la sonde œsophagienne; mais c'est là l'exception, et le plus souvent le diagnostic est entouré de difficultés. C'est un examen minutieux des divers organes du malade qui permettra de le faire.

Traitement. — Le traitement du cancer de l'œsophage peut être curatif ou palliatif.

Traitement curatif. — Il consiste dans l'ablation de la partie malade. Billroth le premier, se fondant sur des expériences faites chez des chiens, pose en principe la possibilité de l'extirpation partielle de l'œsophage ⁽²⁾. La première opération sur l'homme fut faite par Czerny, le 2 mai 1877; depuis cette époque, plusieurs chirurgiens tentèrent l'ablation des cancers œsophagiens; nous citerons entre autres Bergmann, Billroth, Israel et Roux (de Lausanne). L'opéré de Bergmann succomba en cinq jours à une médiastinite phlegmoneuse, ceux de Billroth et d'Israel ne dépassèrent pas la sixième semaine; mais Czerny rendit la santé à sa malade qu'il revit, six mois après, forte et robuste, mais qui succomba cependant à une récurrence après 15 mois; 1 autre opéré de Czerny survécut 11 mois et un de Mickulicz 8 mois et demi ⁽³⁾. Roux, chez un premier malade, fit la résection circulaire de l'œsophage, l'excision du larynx et du corps thyroïde envahis par le néoplasme; il sutura la trachée dans l'angle inférieur de la plaie et le bout inférieur de l'œsophage à un trou du lambeau gauche. Les suites opératoires furent bonnes, mais la récurrence survint rapidement ⁽⁴⁾.

Chez un deuxième malade, âgé de soixante-neuf ans, il fit l'ablation des parois antérieure et latérale de l'œsophage, celle du larynx, du lobe droit d'un goitre et de ganglions cancéreux. La trachée fut de même fixée dans l'angle inférieur de la plaie et le bout inférieur de l'œsophage dans un trou du lambeau à droite. Le malade survécut ⁽⁵⁾. Marwedel réunit récemment 7 cas d'œsophagec-

⁽¹⁾ Voy. p. 514.

⁽²⁾ BILLROTH, *Arch. für klin. Chir.*, 1871, p. 65.

⁽³⁾ CZERNY, *Berliner klin. Woch.*, 1897, p. 754.

⁽⁴⁾ ROUX, Carcinome et résection circulaire de l'œsophage, excision du larynx et du corps thyroïde; guérison, récurrence. *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève 1887, t. VII, p. 467.

⁽⁵⁾ ROUX, *Ibid.*, 1888, t. VIII, p. 115. — Les résultats obtenus par A. Iversen (On Resect. of Pharynx og Œsophagus. *Arch. f. Chir.*, 1884, Bd. XXXI, et *Nord. med. Arkiv*, 1887, Bd. XIX) dans des résections de la partie inférieure du pharynx et de l'origine de l'œsophage sont de même assez encourageants; sur 6 opérés, le 1^{er} meurt 15 mois après l'opération de maladie accidentelle sans récurrence; le 2^e, 15 mois après de pleurésie purulente; le 3^e, après 37 jours de vomissements répétés; le 4^e, de l'opération; le 5^e, d'intoxication iodoformique; le 6^e est guéri, mais l'opération est encore récente. Dans aucun cas il n'y a eu de métastase. Iversen insiste sur la nécessité d'extirper le larynx; le plus souvent les nerfs laryngés sont lésés au

tomie précoce avec 5 morts opératoires ⁽¹⁾. Heinecke obtint aussi un succès ⁽²⁾.

La possibilité d'extirper les cancers de l'extrémité supérieure de l'œsophage est donc aujourd'hui définitivement établie. Malheureusement les cancers sont rares à ce niveau; ils ne siègeraient en ce point que dans 6 pour 100 des cas, si l'on en croit les relevés de Bergmann ⁽³⁾.

Est-il possible de faire plus et de réséquer les cancers intra-thoraciques? Le fait a été soutenu, théoriquement, par Ivan I. Nasiloff ⁽⁴⁾. Bien que nous ayons établi anatomiquement avec Quénu la possibilité d'aborder, sans léser d'organe important, la portion intra-thoracique de l'œsophage, nous pensons que la résection de cette portion est entourée de difficultés. S'il est possible, après résection, d'amener le bout inférieur à la peau pour l'y fixer, il n'en est pas de même pour le bout supérieur qui, maintenu par ses adhérences à la crosse de l'aorte et à la bifurcation de la trachée (muscles broncho-œsophagiens, aortico-œsophagiens de Hyrtl), ne se laisse pas amener à la peau. Dès lors que faire de ce bout supérieur? On ne peut l'abandonner dans le médiastin postérieur où il déverserait dans un tissu cellulaire lamelleux, prêt à s'enflammer, les produits infectieux de la bouche, constamment entraînés avec la salive. Pourrait-on le lier et amener au dehors les produits de la déglutition par une plaie d'œsophagotomie externe? Pourrait-on suturer le bout supérieur au bout inférieur? Tout cela nous paraît bien risqué, d'autant que cette portion intra-thoracique est en rapport immédiat avec les pneumogastriques qui y forment un plexus. Aussi croyons-nous que jusqu'à nouvel ordre les ablations de cancers doivent être limitées à ceux de la portion cervicale de l'œsophage.

B. Traitement palliatif. — Le traitement palliatif est quelquefois destiné à parer à des accidents de suffocation liés à des compressions nerveuses ou à l'envahissement direct des voies aériennes par le néoplasme; il consiste alors dans la trachéotomie ⁽⁵⁾. Le plus souvent il a simplement pour but de permettre l'alimentation des malades et comprend divers procédés.

1^o La dilatation progressive temporaire est inefficace et dangereuse. Si l'on peut rapporter quelques cas heureux, il en est d'autres où, après avoir passé des sondes relativement volumineuses, on se trouve tout à coup dans l'impossibilité d'introduire des instruments même très petits et où l'on perd en un instant le bénéfice de progrès péniblement acquis. De plus, chaque cathétérisme expose à des accidents graves de pénétration dans l'aorte, les bronches et le médiastin, etc. Il suffit de parcourir les *Bulletins de la Société anatomique*

cours de l'opération, le port d'une canule est donc nécessaire, même lorsqu'on veut garder le larynx. Mieux vaut donc l'enlever d'emblée, ce qui facilite l'opération et ce qui assure une extirpation plus large du néoplasme.

On a même été plus loin et l'on a tenté de refaire un œsophage en empruntant un lambeau au tégument cutané (consulter à cet égard V. RITTER VON HACKER, Zur Pharyngo- und Œsophagoplastik. *Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1891, n^o 7, p. 121).

⁽¹⁾ MARWEDEL, Ein Fall von Resektion des Œsophagus bei Carcinom. *Beitr. zur klin. Chirurgie*, t. XIV.

⁽²⁾ HEINECKE, Operative Behandlung der Erkrankungen der Speiseröhre, *Handbuch der spez. Therapie inneren Krankheiten von Penzoldt*, 1894, t. I^{er}, p. 144.

⁽³⁾ BERGMANN, *Berl. klin. Woch.*, 1885, p. 684. — Cette rareté du cancer au tiers supérieur de l'œsophage est confirmée par les recherches de VOIGT, *Ueber Krebs der Speiseröhre*. Thèse de Tubingue, 1894.

⁽⁴⁾ IVAN I. NASILOFF, Œsophagotomie et résection endothoracique de l'œsophage. *Vratch*, Saint-Petersbourg, 1888, n^o 25.

⁽⁵⁾ E. GOISQUE, De la trachéotomie dans le cancer de l'œsophage. Thèse de Paris, 1889-1890, n^o 363.

pour voir le grand nombre de cancéreux qui meurent à la suite de tentative de cathétérisme. Il y a là une cause de mort rapide beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit en général et qu'il ne faut pas oublier.

2^e Aussi, pour éviter les accidents des cathétérismes répétés, a-t-on eu l'idée de recourir à la sonde à demeure. C'est Boyer qui paraît l'avoir appliquée pour la première fois en France dans le but de remédier à un cancer de l'œsophage (1). Étant parvenu, chez un de ses malades, à introduire par la bouche une sonde en gomme élastique de moyen calibre, il en ramena, à l'aide d'une sonde de Belloc, l'extrémité dans la narine gauche, puis à l'extérieur. La sonde fixée permit l'alimentation pendant cinq mois.

Ce fait était oublié, lorsqu'en 1881 parurent deux observations de Krishaber, bientôt suivies d'une série d'autres, de Croft, de James Berry et de Charters Symonds en Angleterre, de Gersuny, de Leyden et de Renvers en Allemagne, de Kirrison et de Gangolphe en France.

Actuellement deux procédés différents se partagent les chirurgiens qui recourent à la sonde à demeure. Les uns se servent de sondes très longues, allant de l'estomac à l'extérieur, les autres d'une sonde courte, véritable canule cylindrique placée à demeure dans le rétrécissement qu'elle déborde un peu au-dessus et au-dessous.

Le premier de ces procédés est le plus communément employé en France.

M. Kirrison (2), qui y a eu recours avec avantage, conseille de franchir le rétrécissement avec une fine bougie conductrice en baleine, puis de glisser sur elle une sonde à bout coupé. Lorsque celle-ci est en place dans l'œsophage, il ramène son extrémité antérieure dans une des fosses nasales et la maintient en place, soit au moyen d'une épingle anglaise traversant ses parois, soit au moyen de deux fils qui, passant derrière l'oreille, sont noués ensemble à la

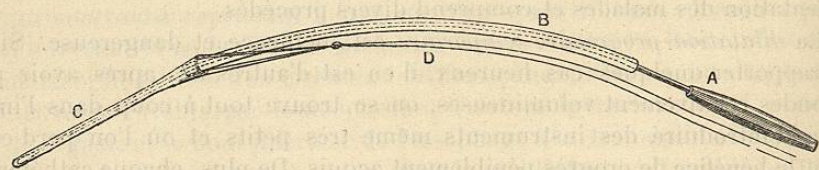


FIG. 105. — Mode d'introduction du tube de Symonds.

A, manche du conducteur. — B, manchon en gomme élastique. — C, canule à intubation. — D, fils.

nuque. Il est bon d'enlever de temps en temps la sonde pour la nettoyer; si même la dilatation produite par sa présence a été suffisante pour rendre désormais facile le cathétérisme, on peut substituer à la sonde en tissu élastique une sonde en caoutchouc rouge, toujours plus ample et plus souple (3).

Les chirurgiens étrangers rejettent en général les sondes longues parce qu'elles déterminent parfois des ulcérations au niveau de leur réflexion sur le cricoïde, et parce qu'elles ne permettent pas au malade d'avaler directement.

(1) BOYER, *Traité des maladies réputées chirurgicales*, Paris, 1851, t. VII, p. 172.

(2) KIRRISSON, Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Acad. de méd.*, Paris, 4 juillet 1888.

(3) M. GANGOLPHE a recours aux sondes en caoutchouc rouge; il se sert comme mandrins introducteurs de longs fils de plomb ou de minces tiges de baleine. (*Lyon méd.*, 6 et 13 juillet 1890, t. LXIV, p. 525 et 559.)

Aussi a-t-on pratiqué l'œsophago-tubage (4). Symonds (5), Renvers (6), Leyden (7), ont cherché à vulgariser l'emploi de canules courtes qu'on fait glisser sur une bougie conductrice jusqu'au niveau du rétrécissement et qu'on fixe à l'aide de deux fils passant par la bouche ou ramenés par le nez. Ces canules doivent être enlevées de temps en temps, afin que leur tissu ne devienne pas cassant. Pour enlever ces canules, il faut avoir soin de faire agir la traction du cordon verticalement sur la canule. Dans ce but on introduit l'index jusque dans le pharynx et l'on dirige le cordon avec ce doigt. Malgré ces précautions, l'extraction est quelquefois difficile; le fil peut se casser (8); de plus, comme l'indique M. Kirrison, des parcelles alimentaires peuvent glisser entre le tube et l'œsophage, arriver ainsi sur les parois du rétrécissement et l'irriter. Aussi cette méthode, malgré l'ardeur que mettent à la défendre quelques chirurgiens, ne s'est-elle pas généralisée.

5^e L'œsophagostomie n'est applicable qu'aux tumeurs assez élevées; c'est une opération souvent difficile, l'œsophage pouvant être immobilisé derrière la trachée par des adhérences. Elle a toutefois donné des résultats moins mauvais dans les cancers que dans les rétrécissements cicatriciels, probablement parce que ces derniers sont rarement localisés et que dès lors l'œsophagostomie est le plus souvent sans aucune utilité. M. Mackenzie en relève 7 cas ayant donné des survies de trois à onze mois (9).

4^e La gastrostomie, faite en Angleterre d'une façon précoce, n'est pratiquée en France que trop tardivement. Elle y a été pendant longtemps violemment attaquée et l'on peut dire qu'en 1885 encore Lagrange exprimait l'opinion courante lorsqu'il disait (7) que la gastrostomie devait être bannie de la thérapeutique des cancers de l'œsophage, que c'était une opération inutile et dangereuse. Depuis cette époque, des communications de MM. Nicaise, Terrillon, Berger, Routier, et surtout des travaux de M. F. Terrier et de ses élèves, ont cherché à vulgariser en France cette opération très communément acceptée à l'étranger.

Depuis que Sédillot, le premier, a eu recours à la gastrostomie, les chirurgiens ont employé pour la pratiquer des procédés nombreux et variés.

Les uns ont ouvert directement l'estomac; les autres l'ont d'abord fixé à la paroi (gastropexie), alors que le malade avalant encore n'est pas trop émacié,



FIG. 104. — Canule à intubation. (Symonds.)

(4) BERT (A.), *Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage*. Thèse de Lyon, 1895-1896, série I, n° 1224.

(5) SYMONDS, The treatment of malignant stricture of the œsophagus by tubage or permanent catheterism. *Brit. med. Journal*, London, 1887, 25 avril, t. I, p. 870.

(6) RENVERS, *Zeitschrift für klin. Med.*, 1888, t. XIII, p. 499.

(7) LEYDEN, Soc. de méd. intern. de Berlin, 28 novembre 1887, et Congrès de méd. intern. de Wiesbaden, 1888. *Semaine méd.*, p. 160.

(8) Le fait n'a, il est vrai, qu'une importance médiocre; chez un malade de Leyden, les fils étant cassés, la canule est restée à demeure pendant dix mois dans un rétrécissement sans provoquer d'accidents.

(9) Le premier succès de l'œsophagostomie pour cancer est dû à STUDSGAARD (de Copenhague). La bouche œsophagienne fut faite au niveau du 5^e anneau de la trachée; un tube à drainage y fut introduit. Quatre jours après le malade se levait; cinquante jours plus tard, son état général était encore très satisfaisant. (*Hosp. Tidende*, 27 oct. 1880, p. 841.)

(7) LAGRANGE, De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage. *Revue de chir.*, Paris, 1885, p. 549.