

## Carcinome du pharynx et de l'œsophage.

§ 84. — Les carcinomes limités au pharynx sont d'une rareté extrême. Habituellement ils s'ulcèrent et envahissent le larynx; on observe alors de la dyspnée, et lorsque l'épiglotte est atteinte par le néoplasme, les malades avalent souvent de travers et présentent d'autres troubles de la déglutition. Les ganglions lymphatiques situés en avant du sterno-cléido-mastoïdien sont facilement envahis, et comme l'ulcération du pharynx ne cause pas nécessairement des symptômes graves, la masse ganglionnaire peut en imposer pour une tumeur indépendante.

Le carcinome s'observe bien plus souvent dans l'œsophage. C'est le tiers inférieur de ce conduit qui paraît en être atteint le plus souvent; le carcinome, en effet, se développe principalement au point d'entrecroisement de la trachée et de l'œsophage ainsi qu'au niveau de l'orifice diaphragmatique; à peu près la moitié des cas s'observent au point où l'œsophage franchit le diaphragme. Environ un tiers des cas intéresse le tiers moyen, et le reste le tiers supérieur du conduit.

La statistique de M. MACKENZIE basée sur 100 cas conduit à d'autres résultats relativement au siège des carcinomes; dans 44 cas la tumeur occupait le tiers supérieur, dans 28 cas le tiers moyen, dans 22 cas le tiers inférieur; enfin dans 6 cas elle siégeait dans la moitié inférieure de l'œsophage. Cette question qui, ainsi que nous le verrons, a de l'importance au point de vue de la possibilité d'une opération, ne saurait être résolue qu'à l'aide de chiffres encore plus considérables.

On peut distinguer deux formes de carcinomes de l'œsophage, une forme dure et une forme molle, médullaire. Cette dernière offre une plus grande tendance à se détruire par voie d'ulcération et de perforation, tandis que la forme dure tend plutôt à produire une sclérose de la partie musculaire du conduit, ainsi que du tissu conjonctif péri-œsophagien. Le néoplasme envahit rarement l'œsophage sur une grande étendue; le plus souvent il se développe sous la forme d'un anneau de 4 à 6 cent. de largeur.

Comme conséquence de l'infiltration des parois du conduit ce dernier devient rigide et se rétrécit. Le rétrécissement disparaît quelquefois subitement lorsque les couches superficielles du néoplasme se détruisent et laissent à leur place une ulcération. De cette dernière la gangrène putride des tissus se propage au loin dans la trachée, dans une bronche, dans les poumons et la plèvre, dans les gros vaisseaux sanguins tels que l'aorte et la branche droite de l'artère pulmonaire; enfin la fonte ulcéreuse peut atteindre les vertèbres et arriver jusque dans le canal rachidien.

On observe aussi quelquefois des métastases dans le carcinome de l'œsophage.

§ 85. — D'après la description que nous venons de donner on comprend que les symptômes puissent être assez variables. Quelquefois les phénomènes locaux font presque entièrement défaut, et la mort arrive en pleine cachexie sans que l'on ait pu faire le diagnostic de l'affection locale. Toutefois, dans la plupart des cas, on observe des troubles de la déglutition; ces derniers sont surtout fréquents dans la forme dure du carcinome, mais d'autre part cette forme, on le comprend, pourrait être prise pour une stricture calleuse de nature inflammatoire. Les signes spéciaux du rétrécissement carcinomateux ne diffèrent en rien de ceux que nous avons mentionnés à propos des strictures inflammatoires; nous voulons ici insister seulement sur les motifs qui, dans un cas particulier, peuvent nous faire admettre la forme carcinomateuse et éliminer la forme inflammatoire du rétrécissement.

Un rétrécissement survenant insidieusement sans symptômes préalables, sans cause appréciable, après la 40<sup>e</sup> et surtout la 50<sup>e</sup> année, est presque toujours de nature carcinomateuse. Le diagnostic sera confirmé par l'apparition concomitante d'une tumeur ganglionnaire au cou, et surtout par le changement subit que l'on observe lorsque l'ulcération de la tumeur vient améliorer les symptômes de rétrécissement.

Quelquefois les masses vomies contiennent des portions de tumeur, ou bien on réussit avec la sonde à en retirer de petits fragments. L'exploration à l'aide de la sonde n'est pas par elle-même un moyen sûr de diagnostic; cependant, si l'on trouve un point rétréci, à surface rugueuse saignant facilement, on aura probablement affaire à un carcinome.

L'apparition rapide des symptômes d'inanition et de cachexie parle aussi en faveur du carcinome. La forme molle surtout s'accompagne le plus souvent d'une fièvre hectique due à la fonte putride de la tumeur, et l'on est étonné de voir avec quelle rapidité les malades placés dans ces conditions maigrissent et s'affaiblissent au plus haut point. La maladie se prolonge rarement au delà de deux ans et entraîne la mort soit par inanition ou par perforation des organes énumérés plus haut, soit à la suite d'une pneumonie hypostatique, soit comme conséquence d'une inflammation localisée du tissu pulmonaire due à l'écoulement de liquides putrides dans la trachée.

§ 86. — Après cette description il est inutile d'insister sur le pronostic. Quant au traitement chirurgical il n'a donné que peu de résultats jusqu'à présent. Le cathétérisme souvent nécessaire soit pour dilater le conduit malade, soit dans un but d'alimentation, ne doit être pratiqué qu'avec une extrême prudence, car ici plus que jamais on court le danger d'une perforation. Une intervention opératoire est à peine possible; la gastrostomie, qui a été tentée plusieurs fois dans un but d'alimentation, s'est toujours terminée au bout de peu de temps par la mort. En présence du pronostic si sombre de cette maladie la gastrostomie est certainement aussi peu indiquée que l'œsophagotomie. Cette dernière opération ne

peut être en tout cas d'aucune utilité lorsque le carcinome siège au-dessous de la portion de l'œsophage accessible au bistouri.

Dernièrement la **résection de l'œsophage** a été pratiquée par CZERNY à la suite du travail de BILLROTH discutant la possibilité de cette opération; il est très douteux qu'elle puisse jamais être de quelque utilité pour les malades souffrant d'un carcinome de l'œsophage. Bien que le néoplasme présente souvent une forme annulaire, l'opération ne peut amener la guérison que dans des cas exceptionnels, lorsque la situation de la tumeur est tout à fait favorable et que l'anneau carcinomateux a des limites très précises. CZERNY a réséqué 6 centimètres de l'œsophage et suturé le bout inférieur dans la plaie du cou. De même l'établissement, au-dessous du carcinome, d'une fistule destinée à nourrir le malade, n'offre que peu de chances d'un succès même passager, comme le prouvent les anciennes observations ainsi que deux cas publiés dernièrement par KAPPELER. Du reste les adhérences de la tumeur avec le voisinage sont déjà une source de difficultés pour toute intervention opératoire de ce genre.

Les lavements nutritifs, selon la prescription de LEUBE, ainsi que les narcotiques, sont les seuls moyens qui puissent soulager le malheureux à la dernière période de la maladie.

#### Ectasie et diverticules de l'œsophage.

§ 87. — Nous désignons sous le nom d'**ectasie** une dilatation fusiforme de l'œsophage intéressant toutes les tuniques de ce conduit; sous celui de **diverticule**, une poche formée à côté de l'œsophage et en communication avec ce dernier; tantôt il s'agit d'une véritable hernie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux à travers les fibres musculaires; tantôt, au contraire, le diverticule est formé au début par toutes les tuniques, mais son accroissement ultérieur a déterminé une atrophie de la tunique musculaire.

La distinction entre ces deux groupes de dilatations a une importance aussi bien pour l'anatomo-pathologiste que pour le clinicien. L'**ectasie** intéresse une certaine étendue de l'œsophage et quelquefois ce conduit tout entier; elle peut atteindre des dimensions colossales; c'est ainsi qu'on a vu l'œsophage, dont les tuniques étaient considérablement épaissies, acquérir une longueur double et une largeur de six à huit fois plus grande qu'à l'état normal.

Dans beaucoup de cas la dilatation est fusiforme; dans d'autres l'œsophage se dilate tout à coup en un large conduit pour revenir tout aussi rapidement à son calibre normal, ou bien il se dilate brusquement en un point pour diminuer peu à peu de calibre dans l'autre direction. Cette dernière forme s'observe principalement dans les ectasies qui se développent au-dessus d'un rétrécissement. Nous avons déjà fait remar-

quer que, dans ces cas, il se produit une hypertrophie compensatrice au-dessus du point rétréci. Avec le temps, toutefois, le muscle hypertrophié n'est plus en état de surmonter l'obstacle et il s'atrophie; les aliments en s'accumulant produisent une dilatation qui commence directement au-dessus du point rétréci et se continue en haut sans transition brusque avec le conduit normal. C'est le rétrécissement du cardia qui donne lieu aux ectasies les plus étendues; même dans les rétrécissements du pylore on a observé une dilatation de l'œsophage.

Dans ces différents cas la tunique musculaire est le plus souvent épaissie; en outre on observe des altérations de la muqueuse, qui devient irrégulière, verruqueuse. Quelquefois aussi, surtout lorsque les tuniques de l'œsophage ont été détruites inégalement par des substances caustiques, il se produit une dilatation irrégulière du conduit, une ectasie partielle de la paroi formant transition vers le diverticule.

Il existe aussi des ectasies fusiformes qui ne sont pas sous la dépendance de rétrécissements; elles peuvent atteindre des dimensions colossales. C'est ainsi que l'on a vu des œsophages ayant l'épaisseur du bras et en même temps une longueur extraordinaire. Dans ces cas tantôt on observe une hypertrophie intéressant soit la tunique musculaire, soit la muqueuse, tantôt on ne constate pas de changements notables dans l'épaisseur de ces tuniques. La muqueuse toutefois présente souvent des altérations; elle est verruqueuse et le siège d'ulcérations. L'étiologie de ces formes d'ectasie est obscure; dans un cas (STERN) la dilatation semblait s'être produite rapidement à la suite d'un processus inflammatoire diffus. Certains cas sont probablement congénitaux. Chez les nouveau-nés on observe, en effet, quelquefois une dilatation en forme de bouteille directement au-dessus du cardia.

L'**ectasie due à des rétrécissements** ne produit pas de phénomènes particuliers; quelquefois on réussit à la constater lorsque la sonde introduite se meut librement au-dessus du point rétréci. Dans l'**ectasie sans rétrécissement** le conduit dilaté se remplit de substances alimentaires et exerce alors sur les voies respiratoires une compression qui provoque des accès de toux et par conséquent le rejet des aliments. Quelquefois aussi on constate en haut et en arrière, de chaque côté de la colonne vertébrale, une matité d'étendue variable qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Un signe caractéristique est la variabilité des symptômes de dysphagie. Assez souvent la sonde ne fournit aucun renseignement. L'ectasie est probable seulement dans les cas où la sonde arrive sans difficulté dans l'estomac, et où l'on peut lui imprimer des mouvements étendus dans l'œsophage. Le pronostic des formes d'ectasie très prononcées est d'autant plus grave que l'art ne peut intervenir que dans le but d'alimenter le malade.

§ 88. — On a observé deux formes principales de **diverticules**. L'une d'elles reconnaît comme cause une traction cicatricielle exercée sur