

et l'auscultation de la région précordiale permettront d'établir le diagnostic.

Quant au diagnostic différentiel de l'abcès de l'œsophage et de l'abcès du pharynx, il se basera principalement sur les résultats fournis par le toucher pharyngien et l'examen à l'aide de la sonde œsophagienne.

PRONOSTIC. — Nous avons vu que l'ouverture spontanée des abcès œsophagiens était loin d'être rare; on peut donc conclure de là que le pronostic des abcès périœsophagiens est moins grave que celui des phlegmons du pharynx.

TRAITEMENT. — Le petit nombre d'observations que nous avons pu consulter ne nous permet pas de formuler de règles thérapeutiques. Les antiphlogistiques, les émollients, l'usage de la sonde œsophagienne dans le cas de dysphagie considérable, constituent les moyens de traitement à employer. Les vomitifs nous paraissent devoir être proscrits.

C. *Abcès pharyngiens et œsophagiens symptomatiques.*

ÉTIOLOGIE. — Rechercher les causes de ces abcès c'est faire l'histoire de tous les abcès froids. Qu'il nous suffise de savoir que la cause de beaucoup la plus fréquente est ici l'ostéite, la carie, la nécrose, soit des vertèbres, soit du crâne, et la tumeur blanche cervicale et dorsale.

SIÈGE. — Ces abcès fusent dans le tissu cellulaire péripharyngien ou péri-œsophagien. Ordinairement on les rencontre dans la gaine des muscles droit et long du cou. Le pus s'insinue entre les gaines de ces muscles ou bien entre celles des vaisseaux ou des nerfs, et vient finalement gagner le tissu cellulaire sous-muqueux.

SYMPTÔMES. — Les symptômes résultent tous des troubles fonctionnels provoqués par la compression des organes voisins. Aussi sont-ils analogues à ceux des abcès idiopathiques du pharynx et de l'œsophage, avec la rapidité et la réaction générale en moins. Il faut ajouter que les signes locaux sont notablement modifiés, car il n'y a plus de douleur, de rougeur, de chaleur.

DIAGNOSTIC. — C'est précisément sur cette absence de douleur locale que le diagnostic avec les abcès idiopathiques doit se fonder. On le complétera par l'examen général du malade. On devra rechercher les antécédents scrofuleux ou tuberculeux, explorer avec soin le degré de mobilité du rachis et de la tête, la sensibilité des apophyses épineuses. L'examen minutieux est surtout nécessaire pour distinguer ces abcès symptomatiques des abcès idiopathiques chroniques.

TRAITEMENT. — Doit-on, comme pour les abcès idiopathiques, donner issue au pus le plus rapidement possible? Cette question n'est pas aisée à résoudre. En effet, d'un côté, la présence de la tumeur ne tarde pas à déterminer des symptômes graves d'asphyxie, et, d'un autre côté, l'ouverture de ces collections présente l'inconvénient d'exposer les malades à l'infection putride, par suite de l'altération du pus et de l'absence de

cicatrisation. On devra cependant, dans ces cas, obéir à l'indication la plus pressante et ouvrir l'abcès lorsqu'il déterminera des symptômes d'asphyxie. D'ailleurs, la présence du pus n'agit pas seulement par la compression qu'il détermine, il peut user la trachée, l'ulcérer et s'y ouvrir (Martin-Solon), ou bien il peut ulcérer et perforer le canal rachidien (Béclard), amenant dans les deux cas une mort rapide.

2° Pseudoplasmes.

A. *Pseudoplasmes du pharynx.*

Si l'on excepte les *polypes naso-pharyngiens* qui naissent dans l'arrière-cavité des fosses nasales et qui ont été décrits dans une autre partie de cet ouvrage, les pseudoplasmes développés dans cette portion du pharynx que l'on découvre par la bouche sont fort rares et n'ont pas été l'objet d'une description spéciale de la part des auteurs classiques. En Allemagne, W. Busch, Wunsche et König ont réuni quelques faits relatifs à ce genre de tumeurs.

W. BUSCH, *Ueber retropharyngeale Geschwülste* (Charité Annalen, 8^e année, 1857, 1^o Hefte). — WUNSCHÉ, *Ueber retropharyngeale Geschwülste* (Dissert. inaug., Leipzig, 1864). — KENIG, *Retropharyngeale Geschwülste* (in *Handb. der allg. und spec. Chir.*, von Pitha et Billroth, t. III, p. 32).

Les pseudoplasmes du pharynx, nés des parois postérieure ou latérales de ce conduit, se présentent, tantôt sous l'aspect de tumeurs sessiles, insérées par une large base, tantôt sous la forme de polypes, munis de pédicules plus ou moins longs. Il est même vraisemblable que le plus grand nombre des tumeurs décrites sous le nom de *polypes de l'œsophage* prenaient leur origine dans le pharynx.

Les tumeurs sessiles paraissent se développer le plus souvent dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles de l'aponévrose prévertébrale. Quelquefois elles proviennent du périoste des vertèbres cervicales; enfin elles peuvent avoir pour origine une altération pathologique des ganglions rétro-pharyngiens.

Ces tumeurs, variables dans leur forme et leurs dimensions, diffèrent par leur structure histologique qui les a fait ranger dans la classe des *fibromes*, des *fibro-sarcomes*, des *sarcomes*, des *myxomes*. Busch a constaté dans une de ces tumeurs la présence du tissu cartilagineux.

Parmi les tumeurs pédiculées ou polypes du pharynx, on a signalé des *fibromes* et des *lipomes*. Dans un cas rapporté par Holt (1), il s'agissait d'une volumineuse tumeur remplissant le pharynx et descendant dans l'œsophage. Cette tumeur, de nature adipeuse, était attachée à la partie

(1) *Transact. of the pathol. soc.*, t. V, p. 123.

latérale gauche de l'épiglotte et à la partie supérieure et latérale du pharynx.

Il faut encore citer un cas, probablement unique jusqu'ici, de *dermoïde pédiculé* congénital, observé par Goschler chez un enfant de dix ans. La tumeur, du volume d'une noisette, était insérée à la paroi postérieure du larynx, et présentait la structure des kystes dermoïdes.

Enfin, je mentionnerai seulement la présence de l'*épithélioma* du pharynx, soit que la maladie ait débuté dans un point quelconque de ce conduit, ou qu'elle l'ait envahi consécutivement après avoir pris naissance à l'isthme du gosier ou à la base de la langue.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les tumeurs du pharynx ne tardent pas, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, à venir faire saillie du côté de la cavité buccale en repoussant devant elles le voile du palais et la base de la langue. Elles peuvent aussi se développer du côté du larynx dont elles tendent à oblitérer l'orifice supérieur.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs pédiculées, celles-ci peuvent pénétrer dans l'œsophage par suite de l'allongement de leur pédicule, pour être de temps en temps rejetées à l'extérieur, dans des efforts de vomissements, et apparaître alors dans la gorge où il devient possible de les voir et de les sentir.

Les tumeurs du pharynx déterminent des troubles fonctionnels variables suivant leur siège et leur volume : sensation de corps étranger dans la gorge, régurgitations, vomissements, dysphagie, dyspnée, aphonie, etc. La gêne de la déglutition peut être telle, que la nutrition soit sérieusement compromise, et l'on a cité des cas où la respiration étant complètement empêchée, les malades sont morts asphyxiés. Tel est le fait de Holt, rapporté précédemment.

Le diagnostic des tumeurs du pharynx est généralement assez facile, en ce que l'examen direct permet de reconnaître la présence du pseudoplasme, de constater qu'il s'agit d'une tumeur solide, sessile ou pédiculée ; mais il est fort difficile de se prononcer exactement sur la nature de cette tumeur et par conséquent sur son pronostic. On a vu, en effet, la récurrence survenir dans quelques cas après l'opération.

TRAITEMENT. — Les tumeurs du pharynx exigent souvent l'intervention chirurgicale par suite des troubles fonctionnels qu'elles déterminent. L'ablation, qui convient à peu près exclusivement, peut se faire par la bouche ou par une ouverture artificielle.

La voie buccale devra être préférée toutes les fois que la tumeur peut être mise facilement à découvert par l'ouverture large de la bouche. L'ablation avec le bistouri et après dissection pour les tumeurs sessiles, l'excision après ligature préalable, la ligature extemporanée, la galvanocaustique pour les tumeurs pédiculées, pourront être mises en pratique. L'écoulement de sang, surtout par ces dernières méthodes, est généralement peu abondant ; cependant s'il s'agissait d'une tumeur que l'on dût disséquer et que le développement des vaisseaux fit craindre une hémor-

rhagie sérieuse, on pourrait avoir recours, soit à la ligature de la carotide externe, ainsi que Busch l'a pratiquée dans un cas, soit à la trachéotomie préventive avec tamponnement de la trachée. Ce dernier procédé qui prévient l'un des dangers les plus imminents de l'hémorrhagie dans cette région, savoir la pénétration du sang dans les voies aériennes, permet en outre d'arrêter plus aisément l'écoulement sanguin.

Lorsque la tumeur est trop volumineuse ou qu'elle est peu accessible par la bouche, on pourra recourir à l'opération décrite par Malgaigne sous le nom impropre de *laryngotomie sous-hyoïdienne*, et qui mériterait mieux d'être appelée *pharyngotomie*. Cette opération consiste à pénétrer dans la cavité du pharynx par une incision faite entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Elle sera décrite ultérieurement.

B. Pseudoplasmes de l'œsophage.

Nous décrirons sous ce titre : a. les *polypes*, b. le *cancer*.

a. *Polypes.* — Les tumeurs pédiculées de l'œsophage auxquelles on a donné le nom de polypes, sont d'une extrême rareté, puisque Middeldorpf (1) n'a pu en réunir qu'une dizaine de cas. J'ai dit précédemment qu'un certain nombre de prétendus polypes de l'œsophage devaient être plutôt décrits comme des polypes du pharynx. En effet, la plupart semblent s'implanter au niveau de l'ouverture supérieure du conduit œsophagien ; cependant on cite quelques faits de polypes insérés vers la partie moyenne (Pringle, Dallas).

Généralement constitués par des *fibromes*, les polypes de l'œsophage se présentent sous forme de tumeurs allongées, cylindriques, moulées sur le conduit, et pouvant atteindre une longueur de 7 pouces et une largeur de 2 pouces et demi.

La sensation de corps étranger, la dysphagie, parfois des nausées et des vomissements, exceptionnellement des hémorrhagies, tels sont les symptômes rationnels qui permettent de soupçonner la présence d'un polype de l'œsophage.

Lorsque la tumeur est munie d'un long pédicule, il arrive parfois qu'elle apparaît dans la cavité du pharynx, à la suite d'efforts de vomissements, pour être ensuite déglutie et disparaître de nouveau. Elle peut alors déterminer des troubles graves de la respiration et même une suffocation immédiate.

Hors le cas où la tumeur peut être vue et sentie par la bouche, il est presque impossible d'en établir le diagnostic. Le cathétérisme de l'œsophage permet à peine d'en soupçonner l'existence : la sonde rencontre une résistance qui, un jour infranchissable, se laisse dépasser le lendemain, ou qui varie de niveau suivant les efforts de vomissement.

Le chirurgien n'est appelé à intervenir, dans le cas de polype de l'œso-

(1) De polyp. œsoph. atque de tumore ejus generis primo extirpato. Vratislav, 1857.

phage, que lorsque la tumeur a été reconnue par l'examen direct à travers la bouche. De même que pour les tumeurs du pharynx, on pourra pratiquer l'ablation, soit par la voie buccale, soit par une ouverture artificielle.

L'arrachement devra être rejeté comme un procédé dangereux; il en est de même de l'excision simple, qui expose aux hémorrhagies. La *ligature extemporanée*, l'excision après *ligature préalable*, la *galvano-caustique* sont les procédés qui conviennent le mieux.

Leur application, par la voie buccale, rencontrera souvent de grandes difficultés et pourra exiger la trachéotomie préventive. Dans les cas où ces opérations paraîtront impossibles à pratiquer par la bouche et lorsque le diagnostic ne laisse place à aucun doute, il sera permis d'avoir recours à la *pharyngotomie* ou à l'*œsophagotomie*.

b. *Cancer de l'œsophage*. — Le cancer de l'œsophage est loin d'être rare, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs; il paraît plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Dans un relevé de quarante-quatre cas observés à l'Institut anatomo-pathologique de Berlin, et publié par Petri (1), on ne compte que trois femmes. Dans l'étiologie du cancer de l'œsophage, nous retrouvons les causes du cancer en général, savoir l'hérédité, l'âge adulte (de quarante à cinquante ans); on doit mentionner plus particulièrement l'abus des liqueurs alcooliques.

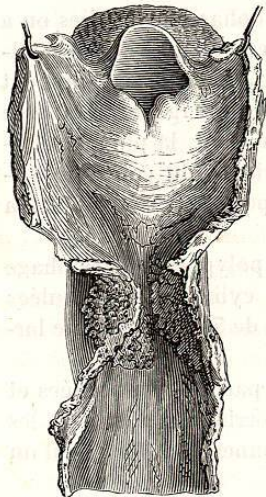


FIG. 28. — Cancer de l'œsophage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le cancer de l'œsophage peut débiter en divers points du conduit; d'après le relevé de Petri, la maladie se montrerait rarement à l'extrémité supérieure et siègerait en proportions à peu près égales dans le tiers moyen et dans le tiers inférieur. Le cancer de l'œsophage se présente souvent sous forme d'un anneau plus ou moins irrégulier, dont la hauteur peut atteindre jusqu'à 3 pouces; dans d'autres cas, il est constitué au début par des noyaux ou des plaques indurées qui ne tardent pas à faire saillie dans la partie inférieure du conduit. Quelle que soit la forme qu'elle affecte, la production morbide détermine bientôt un rétrécissement qui augmente avec les progrès de la maladie. Toutes les tuniques sont bientôt envahies et transformées en une masse unique; souvent même les tissus péri-œsophagiens participent à la dégénérescence ou deviennent le siège d'une induration inflammatoire.

(1) Cité par Kœnig, *loc. cit.*

Au bout d'un temps variable, il se produit une ulcération qui tend à détruire la masse morbide et à diminuer le rétrécissement du canal. C'est à cette période que l'on peut voir survenir des perforations faisant communiquer l'œsophage avec la trachée, les bronches, la plèvre, le poumon, les gros vaisseaux. On cite des cas dans lesquels le canal rachidien a été ouvert après l'envahissement et la destruction des vertèbres.

Les ganglions cervicaux et bronchiques sont assez fréquemment atteints, mais il est rare de voir la généralisation du cancer, probablement à cause de la rapidité de la mort.

Au point de vue de sa structure histologique, le cancer de l'œsophage est presque toujours constitué par l'*épithélioma*, qui commence par une infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux et s'étend graduellement aux autres tuniques et principalement à la tunique muqueuse. Le *cancer encéphaloïde* y est extrêmement rare, si tant est qu'on l'ait jamais observé.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — La maladie débute à peu près constamment par une dysphagie croissante et par une sensation de gêne plutôt que de véritable douleur sur un point du trajet de l'œsophage. Cependant, à une période plus avancée de la maladie, il existe parfois des douleurs vives, lancinantes, avec irradiations dans le cou, dans la tête, dans le thorax et la colonne dorsale. On observe souvent des régurgitations ou des vomissements plus ou moins longtemps après l'ingestion des aliments; les matières vomies sont fréquemment teintées de sang, et il survient parfois de véritables hémorrhagies.

Dans quelques cas, le cancer de l'œsophage s'accompagne d'accès de toux, et la production de ce symptôme s'explique, soit par une action réflexe, soit par une irritation directe du pneumogastrique envahi par la dégénérescence. Enfin, la toux est quelquefois due à la perforation des voies aériennes.

En même temps on constate un amaigrissement progressif, un état anémique avec teinte jaunâtre de la peau, et tous les signes habituels de la cachexie cancéreuse.

L'exploration directe permet parfois de reconnaître un engorgement des ganglions cervicaux ou une induration siégeant sur le trajet de la portion cervicale de l'œsophage. Le cathétérisme révèle l'existence d'un rétrécissement en un point du conduit. Ce mode d'exploration, qui donne souvent lieu à un écoulement de sang, doit être employé avec la plus grande prudence dans le cas où l'on soupçonne l'existence d'un cancer, car il est arrivé plusieurs fois que le cathéter manié sans ménagement a déterminé une perforation du conduit. Dans quelques cas, la sonde ramène des débris de tissus morbides dont l'examen microscopique permettra de reconnaître la nature. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce diagnostic à l'occasion des rétrécissements de l'œsophage.

PRONOSTIC. — Le cancer de l'œsophage se termine fatalement par la

mort dans l'espace de dix à dix-huit mois. Celle-ci peut survenir par suite de l'affaiblissement progressif dû à l'inanition et à la cachexie; souvent elle est accélérée par quelque complication; comme la pleurésie, la pneumonie, l'hémorrhagie, résultant de la perforation de la plèvre, du poumon, des gros vaisseaux (artère pulmonaire, aorte, sous-clavière, intercostale supérieure, etc.).

TRAITEMENT. — Le traitement est purement palliatif. Il consiste à calmer les douleurs et à entretenir les forces du malade. L'emploi des narcotiques en injections hypodermiques, l'usage prudent de la sonde œsophagienne, les lavements nourrissants répondent à cette double indication. C'est à peine s'il serait permis de tenter l'établissement d'une fistule œsophagienne au cou dans les cas où la tumeur siègerait à la partie supérieure du conduit.

Nous verrons, à l'occasion des rétrécissements de l'œsophage, que l'on a plusieurs fois pratiqué la gastrotomie dans le but de prolonger les jours de sujets atteints de cancer de l'œsophage. Mais les résultats pitoyables de cette opération doivent la faire rejeter dans ces circonstances.

Enfin, dans ces derniers temps, Billroth (1) a pensé, d'après quelques expériences faites sur les animaux, qu'il serait possible de réséquer une portion d'œsophage atteinte de dégénérescence cancéreuse, mais je ne sache pas que cette opération ait été jamais pratiquée sur le vivant.

d. *Tubercules.* — Follin rapporte qu'un homme de soixante-sept ans souffrait depuis longtemps d'un catarrhe, lorsqu'en 1847, il eut une grippe à la suite de laquelle survint de la dysphagie. Le malade mourut d'inanition, et l'autopsie prouva que ce trouble fonctionnel résultait de la présence de tubercules dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Une collection siégeait à la partie supérieure et une autre à la partie inférieure; la première était formée de tubercules crus, la seconde était en partie ramollie; le poumon contenait des tubercules crétacés.

ARTICLE III

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

Nous dirons seulement quelques mots des vices de conformation du pharynx et de l'œsophage, qui, pour la plupart, sont incompatibles avec l'existence, et demeurent au-dessus des ressources de l'art.

Sans parler de l'absence du pharynx et de l'œsophage, de la duplicité de ce conduit qui ne s'observent que dans des monstruosité complexes, la malformation que l'on rencontre le plus habituellement à l'état d'isolement, consiste dans une occlusion plus ou moins étendue du conduit pharyngo-œsophagien. Dans la plupart des cas, l'œsophage se termine

(4) *Archiv für klinische Chirurgie*, 1871, p. 65.

par un cul-de-sac situé à une distance variable du pharynx, en général, au voisinage de la bifurcation de la trachée; la portion stomacale, qui peut manquer, se termine parfois aussi en cul-de-sac, mais le plus souvent elle vient s'ouvrir dans une bronche ou dans la trachée. Les deux portions de l'œsophage sont unies entre elles par un cordon fibreux ou musculoux.

Il est rare que les enfants atteints de ce vice de conformation vivent plus de trois ou quatre jours; cependant l'existence a pu se prolonger pendant sept à huit jours. Le rejet de toutes les substances ingérées, l'impossibilité d'introduire une sonde jusque dans l'estomac, doivent faire soupçonner l'imperforation de l'œsophage. Dans un cas rapporté par Tarnier (4), l'enfant rejetait par la toux une assez grande quantité de mucosités, sans que l'auscultation révélât l'existence de lésions pulmonaires; ce symptôme pourrait faire supposer la communication anormale de la portion stomacale de l'œsophage avec les voies aériennes.

Le seul traitement applicable à ce vice de conformation consisterait dans la gastrotomie. Mais, d'après les expériences faites par Tarnier sur le cadavre, cette opération serait impraticable chez l'enfant nouveau-né, à cause de la petitesse de l'estomac et du volume considérable du foie.

Les difformités congénitales ou acquises du pharynx et de l'œsophage qu'il nous reste à étudier, intéressent plus directement le chirurgien; ce sont: 1° les *dilatations*; 2° les *rétrécissements*.

1° Dilatations.

On doit distinguer les *ectasies* ou *dilatations fusiformes* du pharynx et de l'œsophage, des *dilatations partielles* ou *diverticules* communiquant avec le conduit pharyngo-œsophagien. Les premières sont constituées par toutes les tuniques, tandis que les diverticules sont formés par la hernie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux à travers les fibres musculaires.

La *dilatation fusiforme* de l'œsophage s'observe surtout dans les cas de rétrécissements de la portion inférieure du canal, et peut atteindre des dimensions considérables. Dans certains cas, cependant, il n'existe aucune cause de cette nature, et la dilatation de l'œsophage doit être rapportée, soit à une disposition congénitale, soit à des altérations diverses de la tunique musculaire. Tantôt l'ectasie coïncide avec une hypertrophie de toutes les tuniques; tantôt, au contraire, celles-ci sont uniformément amincies et comme atrophiées.

Les *diverticules* se rencontrent rarement au pharynx; le plus souvent ils siègent à l'union de ce conduit avec l'œsophage, et répondent, soit à la paroi postérieure, soit aux parois latérales. Dans l'œsophage, les

(1) *Acad. de méd.*, 17 juillet 1866.