

un des trois n'est mort ; mais encore par la grâce spéciale de Dieu sont en vie. » A la vérité, ces faits sont exposés d'une manière bien concise ; ils prouvent néanmoins qu'on peut se passer de canule, et qu'il suffit d'avoir fait une ouverture au conduit de la respiration, pour que le malade recouvre la faculté de respirer librement. D'ailleurs l'expérience a démontré qu'elle est difficilement maintenue en place, que sa présence occasionne de l'irritation, de la gêne, et qu'elle se remplit de mucosités qui la rendent inutile. Au reste, si l'on ne juge pas à propos de se servir de canule en pratiquant la laryngotomie, on doit inciser en travers, dans presque toute son étendue, la membrane crico-thyroïdienne ; et si c'est l'opération de la trachéotomie que l'on fait, on doit couper deux ou trois anneaux cartilagineux de la trachée-artère. Dans l'un et l'autre cas, on se contentera de couvrir la plaie avec un linge ; si l'on croyait devoir la remplir de charpie, on disposerait celle-ci de manière à laisser un libre passage à l'air.

L'écoulement du sang auquel l'opération donne lieu n'est jamais assez considérable pour devenir inquiétant ; mais il peut devenir fâcheux par la chute de ce liquide dans la trachée-artère. On lit dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* le fait suivant, communiqué par Virgili, chirurgien-major de la marine à Cadix. Un soldat espagnol, âgé de vingt-trois ans, fut attaqué d'une inflammation au larynx et au pharynx, qui fit de tels progrès que, dès le second jour, il était près de périr de suffocation. On le saigna en même temps du bras et du pied. Virgili trouva les accidents si pressants, qu'il jugea ne pouvoir sauver le malade qu'en pratiquant sur-le-champ l'opération de la bronchotomie. La trachée-artère ayant été mise à découvert par une incision longitudinale aux téguments, ce canal fut ouvert entre deux anneaux cartilagineux ; mais cette ouverture ne fut pas plutôt faite, que le sang qui sortait des vaisseaux ouverts tomba dans la trachée-artère, excita une toux convulsive si violente, que la canule qu'on introduisit dans la plaie ne put être retenue en situation, quoiqu'on la remit très-souvent en place. Cependant le malade ne respirait que très-peu ou point du tout, car tous les muscles de la partie entraient tellement en convulsion, que l'ouverture de la trachée-artère ne se trouvait plus parallèle à l'incision extérieure que dans certains mouvements ; de plus, le sang coulait incessamment dans la trachée. Le danger était pressant : Virgili crut pouvoir tout risquer ; il fendit la trachée-artère en long jusqu'au sixième anneau cartilagi-

neux. A l'instant le malade respira avec plus de facilité, et le pouls, qu'on ne sentait presque point, commença à reparaitre. Virgili fit situer le malade la tête penchée hors du lit, la face vers la terre, afin d'empêcher le sang de couler dans la trachée-artère ; il mit dans la plaie une plaque de plomb percée de plusieurs trous et garnie de deux ailes repliées. L'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même en très-peu de temps ; dès le lendemain la fièvre avait diminué, et la déglutition était facile. Virgili pensa que le malade pourrait peut-être respirer sans le secours de la plaie ; pour s'en assurer, il ôta la plaque et rapprocha les bords de l'incision ; le malade respira aisément par la bouche. Il ne fut plus question alors que de favoriser la réunion de la plaie qui fut bientôt guérie. Il ne resta à ce soldat qu'une toux violente que Virgili croit avoir été causée par l'embarras qui se fit dans les bronches au temps de l'esquinancie ; la voix resta aussi considérablement affaiblie.

Lorsqu'on a placé une canule dans l'ouverture faite au larynx ou à la trachée-artère, on doit en continuer l'usage jusqu'à ce que la résolution de l'inflammation qui attaque le voisinage de la glotte permette à l'air de passer par la voie naturelle, ce que l'on reconnaît à la facilité avec laquelle le malade peut respirer lorsque l'ouverture de la canule est bouchée avec le doigt. Alors on retire cet instrument dont la présence est inutile, et on favorise la guérison de la plaie. Si l'on n'a point employé de canule, on tient la plaie ouverte jusqu'à ce que l'air puisse passer librement par la glotte, ce qu'on reconnaît encore par la liberté de la respiration, la plaie étant couverte.

§ 4. — Des maladies du pharynx et de l'œsophage.

Ces organes sont exposés à un grand nombre de maladies. Les principales sont les plaies, l'inflammation, la perforation, la rupture, la dysphagie et les corps étrangers. Nous avons déjà parlé des plaies dans ce volume, nous en parlerons encore en traitant des plaies de la poitrine.

1^o De l'inflammation de l'œsophage.

Ce que nous avons dit de l'inflammation des amygdales et du voile du palais, sous le titre d'angine tonsillaire, étant applicable à l'inflammation du pharynx; et d'ailleurs ces différentes parties étant toujours enflammées simultanément, nous pensons qu'il serait inutile de parler ici de l'inflammation du pharynx en particulier. Celle de l'œsophage est beaucoup plus rare. La situation plus profonde de ce conduit le soustrait à une partie des causes qui produisent la plupart des maux de gorge, et rend aussi plus obscurs les signes qui pourraient faire connaître son inflammation. Cette inflammation occupe rarement toute l'étendue de l'œsophage, elle est presque toujours bornée à un point plus ou moins considérable de sa longueur. Sa cause la plus ordinaire est l'irritation produite par un corps étranger, ou par les tentatives qui ont été faites pour le retirer ou pour l'enfoncer dans l'estomac. Quelquefois cependant elle vient spontanément et sans cause connue. Lorsqu'elle est légère, elle ne produit guère d'autres effets qu'une douleur sourde dans le trajet de l'œsophage et de la gêne dans la déglutition; mais quand elle est intense, ses effets sont beaucoup plus marqués: une douleur vive se fait sentir le long de ce canal, la difficulté d'avaler est très-grande, la respiration est gênée, et ces symptômes sont accompagnés de pyrexie, de délire, quelquefois de convulsions.

L'inflammation de l'œsophage peut se terminer par résolution, par suppuration ou par gangrène. Quand elle se termine par résolution, la douleur disparaît peu à peu et la déglutition se rétablit progressivement. Lorsque la suppuration a lieu, les symptômes inflammatoires, après avoir persisté pendant huit, dix ou douze jours, plus ou moins, cessent tout à coup, et le malade rend par la bouche, sans efforts et sans toux, une certaine quantité de pus, ou, ce qui est beaucoup plus rare, le pus descend dans l'estomac et sort avec les matières alvines.

Lorsque l'inflammation est très-vive, elle peut amener la gangrène. Fabrice de Hilden en cite un exemple (1). Un jeune homme en soupant avala un petit os qui s'arrêta dans l'œsophage. Pendant toute la nuit, il fit des efforts inutiles pour rejeter le corps étranger. Le lendemain,

(1) Cent. v, obs. 35.

on le conduisit chez Fabrice, qui introduisit avec circonspection dans l'œsophage une sonde recourbée, pour découvrir l'endroit où ce petit os était arrêté. Mais il n'aperçut rien de contraire à l'état naturel, si ce n'est un peu de resserrement vers le haut de l'œsophage, endroit où le malade éprouvait une douleur obtuse. Il substitua à la sonde un instrument de son invention pour l'extraction des corps étrangers arrêtés dans le gosier, garni de son éponge; mais n'ayant découvert avec cet instrument que le rétrécissement dont il vient d'être parlé, et que Fabrice attribue à l'afflux des humeurs déterminé par l'irritation et l'excoriation que le petit os avait causées, il signifia au malade qu'il ne ferait plus aucune introduction d'instrument dans la crainte d'augmenter l'irritation, et qu'il fallait s'en tenir aux moyens propres à calmer celle qui existait déjà. Ces sages conseils ne furent pas suivis, et un barbier introduisit à différentes reprises des instruments dans l'œsophage. Ces tentatives imprudentes furent suivies d'un accroissement considérable de la douleur, de l'impossibilité d'avaler, de la tuméfaction, de la dureté du cou jusqu'aux clavicules, et d'une fièvre ardente: le malade mourut le neuvième jour. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'œsophage et toutes les parties voisines gangrenées, particulièrement dans l'endroit où le petit os s'était arrêté; mais on ne put découvrir le corps étranger, ni dans l'œsophage, ni dans l'estomac.

La résolution de l'inflammation de l'œsophage étant la terminaison la plus favorable, on ne doit rien négliger pour la procurer. Ainsi, on aura recours, dès le commencement de la maladie, à la saignée du bras, à l'application d'un grand nombre de sangsues sur les parties latérales et antérieures du cou, aux embrocations et aux cataplasmes émollients et anodins, à une diète sévère, aux lavements, aux boissons adoucissantes avalées lentement et par cuillerées.

Nous venons de voir que la gangrène de l'œsophage peut être le résultat d'une inflammation violente déterminée par une cause externe. Mais quelquefois elle succède à une inflammation de cause interne, comme dans l'angine gangréneuse, qui ne se borne pas toujours à l'isthme du gosier et du pharynx; d'autres fois elle est le résultat immédiat du contact d'un acide concentré ou de quelque autre caustique porté dans les voies digestives par la déglutition. Dans le premier cas, on doit se conduire comme nous l'avons dit en traitant de l'angine gangréneuse; dans le second, on administrera un looch composé de

jaunes d'œufs, de gomme arabique, de sirop de guimauve, de terres absorbantes, et pour boisson, du lait d'amandes, de l'eau gommée, etc. Lorsque le caustique n'a point affecté le larynx et qu'il n'a point porté son action jusque dans l'estomac ou qu'il n'y a produit ainsi que dans l'œsophage qu'une légère excoriation, la chute des eschares est suivie d'une prompte guérison. Dans le cas contraire, la mort est presque inévitable, et lorsque les malades guérissent, ils sont très-longtemps à se rétablir; quelquefois même ils ne traînent qu'une vie languissante.

2° De la perforation et de la rupture de l'œsophage.

La perforation et la rupture de l'œsophage sont deux affections qui ont été rarement observées, et dans le cas où on les a rencontrées, elles n'ont été reconnues qu'à l'ouverture des cadavres. Nous n'en dirons que quelques mots.

— La perforation de l'œsophage a quelquefois été produite par la compression qu'exerçait sur ce conduit une tumeur anévrysmale; on a vu le sac anévrysmal et l'œsophage détruits dans le même point, et le malade mourir en vomissant le sang. Elle a été causée aussi par un corps étranger arrêté dans un point de la longueur du canal. D'autres fois l'œsophage a été percé sans qu'on ait pu en assigner la cause. Dans tous les cas où cette perforation a été observée, elle n'a été reconnue qu'à l'ouverture du corps des personnes chez lesquelles elle avait eu lieu. Pendant leur vie, les malades avaient éprouvé des accidents dont aucun ne pouvait faire soupçonner cette espèce de lésion de l'œsophage. Cette lésion est, du reste, tout à fait au-dessus des ressources de l'art, et suffirait seule pour faire périr le malade, indépendamment de la maladie dont elle est l'effet, ou de celle à laquelle elle est jointe.

— La rupture de l'œsophage diffère de sa perforation, en ce que dans celle-ci les parois du canal sont détruites peu à peu par une ulcération, tandis que dans celle-là elles sont rompues tout d'un coup sans altération antérieure de leur substance, et par l'effet d'une violente distension dans les efforts du vomissement. On ne connaît que très-peu d'exemples de la rupture de l'œsophage: le premier et le plus célèbre a été recueilli et publié par Boerhaave. Voici le précis de cette intéressante observation. Le baron de Vassenaer, grand amiral de la république de Hollande, d'une excellente constitution,

mais sujet à la goutte, avait contracté l'habitude de se faire vomir avec l'ipécacuanha et l'infusion de chardon béni, pour se débarrasser d'un poids incommode qu'il sentait à l'orifice supérieur de l'estomac toutes les fois qu'il avait fait quelques excès de table, ce qui lui arrivait assez souvent. Cette méthode lui réussissait si bien, que toutes les représentations ne purent la lui faire abandonner.

Un soir, quelques heures après un dîner copieux, comme la dose ordinaire de son émétique tardait un peu trop à produire le vomissement, il l'excita en buvant une grande quantité de son infusion accoutumée et en faisant des efforts extraordinaires. Tout à coup il éprouva une douleur atroce, et se plaignit qu'il avait quelque chose de rompu ou de démis vers la partie supérieure de l'estomac; que la situation des viscères de la poitrine était changée et que la mort la plus prompte allait terminer ses jours. Cet homme, qui avait toujours supporté avec une patience héroïque les attaques les plus vives de la goutte, criait, se roulait par terre. Une sueur froide, la petitesse et la concentration du pouls, la pâleur du visage et des extrémités annonçaient d'ailleurs l'excès de ses souffrances. Transporté sur son lit, il n'y put rester que debout, soutenu par trois hommes et fortement courbé en avant. Toute autre position et le moindre mouvement augmentaient ses douleurs. Dans cet état, il but environ douze onces, tant d'huile d'olive que d'une bière médicameuse, qui aggravèrent encore les accidents. Le médecin ordinaire, arrivé au bout d'une heure, prescrivit une boisson adoucissante et des fomentations émollientes et anodines. Boerhaave, appelé ensuite, y ajouta, de concert avec lui, des potions anodines, des saignées, des lavements, etc., dans l'idée qu'un rétrécissement spasmodique des orifices de l'estomac était la cause de ces symptômes; conjecture d'autant plus vraisemblable que la région épigastrique s'élevait de plus en plus, et que le malade, après avoir pris une si grande quantité de boisson, ne rendait que quelques gouttes d'une urine épaisse et fort odorante.

Tout fut inutile: le pouls s'affaiblit sans cesser d'être régulier; la respiration devint de plus en plus laborieuse et prompte, et le malade périt après dix-huit heures environ de souffrances inexprimables.

Boerhaave fit lui-même l'ouverture du cadavre. Le péritoine, les intestins et l'estomac étaient distendus par une grande quantité d'air: ce dernier organe ne contenait qu'une très-petite portion des liquides que le malade avait avalés. La vessie était complètement vide et telle-

ment contractée sur elle-même, qu'elle formait une masse solide. Du reste, tous les viscères abdominaux et le diaphragme lui-même ne présentaient rien de contraire à l'état naturel. La cavité de la poitrine contenait une grande quantité d'air qui s'échappa avec impétuosité en produisant une espèce de siffement aussitôt qu'on eut fait une petite ouverture à la plèvre. Les poumons, affaissés et décolorés, nageaient dans une liqueur semblable à celle qu'on avait trouvée dans l'estomac : on en tira cent quatre onces, poids de Hollande, des deux cavités de la poitrine. Dans la cavité gauche, on voyait, à trois travers de doigt du diaphragme, une sorte de tumeur de trois pouces de diamètre, formée par un tissu cellulaire lâche et comme soufflé, auquel on remarquait une crevasse d'un pouce et demi de longueur et de trois lignes de largeur. On voyait dans l'intérieur de ce renflement l'œsophage divisé en totalité transversalement, et ses deux bouts rétractés et retirés vers leurs attaches respectives. Les recherches les plus exactes ne firent découvrir ni ulcère, ni érosion dans aucune partie de cet organe. Boerhaave en conclut avec beaucoup de raison que si un pareil cas se présentait de nouveau, on pourrait à la vérité le reconnaître par les indices de cette histoire; mais qu'il serait absolument impossible d'y apporter aucun remède. Dans les autres exemples connus de rupture de l'œsophage causée par les efforts violents du vomissement, ce canal a offert, à l'ouverture des corps, sur un de ses côtés, une déchirure de quelques lignes d'étendue par laquelle les liquides contenus dans l'estomac et ceux que le malade avait avalés après l'accident, s'étaient épanchés dans le côté correspondant de la poitrine.

3^o De la dysphagie.

On entend par dysphagie non-seulement la difficulté d'avalier, c'est-à-dire de transmettre les aliments de la bouche dans l'estomac, mais encore l'impossibilité de la déglutition. Ainsi la dysphagie consiste tantôt dans la gêne de la déglutition et tantôt dans l'impossibilité d'avalier. Il n'y a peut-être pas dans l'économie animale d'action aussi composée que la déglutition. Cette fonction exige le concours et le bon état de tant de parties, qu'on doit être moins surpris des dérangements qu'elle éprouve quelquefois, que de ne pas voir ces dérangements beaucoup plus fréquents. En effet, les différentes parties qui servent à la déglutition sont sujettes à un grand nombre de maladies;

ces maladies, quelque légères qu'elles soient, dérangent plus ou moins cette fonction, et la rendent quelquefois même impossible. Mais la déglutition n'est pas dérangée seulement par les maladies des parties qui servent directement à cette fonction; elle peut l'être encore par celles des parties qui avoisinent l'œsophage, lorsque ces maladies sont de nature à exercer sur ce canal une compression assez forte pour rendre le passage des aliments difficile ou même impossible. On voit, par ce que je viens de dire, que la dysphagie n'est point à proprement parler une maladie; qu'elle ne doit être considérée que comme un symptôme des diverses affections auxquelles les organes qui servent à la déglutition sont sujets, et de quelques-unes de celles qui attaquent les parties voisines du pharynx et de l'œsophage. Nous avons parlé de la plupart des maladies dont la dysphagie est un symptôme, et nous avons vu de quelle manière et jusqu'à quel point elles mettent obstacle à l'ingestion des aliments: il y en a d'autres dont nous parlerons par la suite. Il ne sera question ici que de la dysphagie qui a pour cause le spasme, la paralysie, ou une affection organique du pharynx ou de l'œsophage.

— La dysphagie spasmodique a lieu particulièrement chez les sujets nerveux, tels que les femmes hystériques et les hommes hypochondriaques. On la voit quelquefois survenir dans le cours d'une fièvre ataxique. Elle a lieu constamment dans l'hydrophobie, dans les accès épileptiques et parfois dans la manie. Elle a été déterminée quelquefois par une boisson froide précédée d'un violent emportement de colère; par des objets qui avaient frappé fortement l'imagination, par l'action d'un poison, par la présence de vers dans l'estomac, etc.

Les phénomènes de la dysphagie spasmodique présentent beaucoup de variétés, selon le siège, le degré du spasme et les circonstances dans lesquelles il s'est développé. Lorsque le spasme occupe le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage et qu'il est considérable, il y a impossibilité d'avalier les aliments tant solides que liquides; le malade éprouve de la douleur et de la constriction à la gorge. S'il essaye de prendre des aliments mous ou même liquides, il ressent de vives douleurs, des nausées horribles et des convulsions. Dans ce cas, le spasme n'est jamais borné au pharynx et à la partie supérieure de l'œsophage; il s'étend toujours à d'autres organes; en sorte que c'est au milieu d'un grand nombre d'autres symptômes spasmodiques, très-variés et quelquefois très-graves que l'impossibilité d'avalier survient.

Lorsque le spasme occupe la partie moyenne ou la partie inférieure de l'œsophage, comme cela a lieu fréquemment chez les femmes hystériques, les aliments parcourent avec assez de facilité le pharynx et la partie de l'œsophage qui n'est pas affectée; mais lorsqu'ils sont parvenus à l'endroit où ce conduit est resserré par le spasme, ils s'arrêtent, ou s'ils le franchissent, ce n'est qu'avec la plus grande difficulté et des efforts de déglutition extraordinaires. Les boissons passent beaucoup plus facilement que les aliments solides, particulièrement lorsqu'elles sont chaudes et que le malade les avale lentement et par petites gorgées; car la constriction spasmodique est augmentée par les liquides froids, ainsi que par la trop grande quantité de boisson prise en un coup, laquelle reflue à l'instant dans la bouche. La plupart des malades éprouvent, lorsque les aliments sont parvenus à l'endroit où l'œsophage est serré par le spasme, une douleur qui se propage le long de l'épine, entre les omoplates, et quelquefois jusqu'à l'estomac qui se soulève et fait effort pour se débarrasser des matières qu'il contient. Cependant il est des malades qui n'éprouvent aucune douleur dans l'œsophage et chez lesquels les aliments ou les boissons sont ramenés dans la bouche, sans efforts et par une régurgitation involontaire. Le spasme de l'œsophage est accompagné quelquefois d'autres symptômes nerveux, ou alterne avec ces symptômes; d'autres fois il existe sans aucune autre altération de la santé.

Les phénomènes de la dysphagie spasmodique peuvent être modifiés de bien des manières par l'influence d'une imagination fortement frappée. Sauvages dit avoir connu une femme hystérique qui, entre autres maladies dont elle était affectée, ne pouvait manger sans craindre à tout moment d'être suffoquée: elle était obligée, à chaque morceau qu'elle avalait, de boire un verre d'eau, et comme cette conduite lui paraissait contraire à la bienséance, elle se réduisit à manger seule pendant un an et plus. Elle fut enfin guérie de cette incommodité par l'exercice et l'usage des bains et du lait. J'ai donné des soins à une femme hystérique d'environ trente ans, qui, depuis trois mois, et après avoir ressenti quelques picotements et de la douleur en mangeant un morceau de poulet, n'avait osé avaler aucun aliment solide, par la crainte d'être étranglée; en sorte que pendant tout ce temps elle n'avait pris d'autre nourriture que du bouillon et du lait. Les bains et les antispasmodiques furent employés inutilement: on chercha aussi, mais sans succès, à la convaincre de la frivolité de ses craintes. Je pensai

que je réussirais mieux en ayant l'air de partager son erreur. En conséquence, je lui dis qu'en effet il pourrait arriver qu'une portion d'aliment s'arrêtant dans le gosier la mit en danger de suffoquer; mais que dans ce cas, si elle était secourue convenablement, il serait très-facile de la délivrer de ce danger, soit en retirant la portion d'aliment, soit en l'enfonçant dans l'estomac; je m'offris pour assister à ses repas et la secourir en cas de besoin. Ma proposition fut acceptée; la malade mangea d'abord, non sans hésitation, des potages, puis des aliments mous, puis du pain, puis de la viande. Pendant un mois j'assistai régulièrement deux fois par jour à ses repas. Au bout de ce temps, ses craintes étant dissipées, elle put manger seule et retourner dans le département où elle faisait sa résidence habituelle.

En général, la dysphagie spasmodique dure peu de temps; cependant on l'a vue persister pendant plusieurs années, et en imposer à des personnes peu attentives qui l'ont prise pour une affection organique de l'œsophage qu'elles regardaient comme incurable. Cette maladie cède assez facilement aux secours de l'art; mais elle reparait quelquefois après avoir cessé pendant un temps plus ou moins long. Les remèdes qu'on lui oppose avec le plus de succès sont les calmants et les antispasmodiques, notamment le camphre à forte dose, dissous dans l'huile d'amandes douces. L'opium en potion et en lavement a produit souvent de très-bons effets. Les cataplasmes et les embrocations calmantes, anodines, narcotiques, sur la partie antérieure du cou, peuvent être d'une grande utilité. Il en est de même des vésicatoires et des ventouses à la nuque, à la partie antérieure du cou et sur l'épigastre, lesquels ont quelquefois fait cesser un spasme de l'œsophage qui avait résisté à tous les autres moyens.

— Le mouvement progressif des aliments dans le pharynx et l'œsophage dépend de la contraction des fibres charnues qui entrent dans la composition des parois de ces organes. Pour que la déglutition s'accomplisse, il faut que ces fibres jouissent de leur faculté contractile. Si cette faculté est diminuée ou détruite, la déglutition ne se fait plus, ou ne se fait qu'imparfaitement. La paralysie du pharynx et de l'œsophage est donc une cause de dysphagie; cette paralysie est symptomatique ou idiopathique. La première a lieu assez fréquemment dans les fièvres adynamiques, plus souvent encore dans les fièvres ataxiques, et tous les auteurs s'accordent à la regarder comme un signe extrêmement fâcheux et presque toujours mortel.

La paralysie idiopathique est complète ou incomplète; elle attaque particulièrement les personnes avancées en âge. Cependant on l'a vue quelquefois chez des sujets de vingt-cinq ans et même de vingt ans. Les causes de cette paralysie sont le plus souvent très-obscurées : dans certains cas, des affections morales vives, l'effroi, la terreur, ont paru en déterminer l'apparition; dans d'autres, l'abus des liqueurs alcooliques, une évacuation imprudemment supprimée, une affection cutanée répercutée, l'exposition à un vent froid le corps étant en sueur, ont paru en être la cause; l'emploi répété des gargarismes dans la composition desquels il entre de l'acétate de plomb, a semblé quelquefois aussi produire cette affection; mais dans la plupart des cas on ne peut pas même soupçonner la cause de la paralysie.

L'invasion de cette maladie est ordinairement subite; quelquefois elle a lieu pendant le repas, et le malade s'étonne d'être tout à coup privé de la faculté d'avalier. Van Swieten rapporte un cas de cette espèce. D'autres fois, la paralysie vient par degrés : les malades sentent le bol alimentaire descendre avec une lenteur excessive dans l'œsophage, ou même s'y arrêter, et ils sont obligés de faciliter son passage dans l'estomac en avalant un liquide (1). Chez quelques malades, la dysphagie paralytique n'est précédée d'aucune lésion de la santé; chez d'autres, elle se manifeste au milieu de symptômes plus ou moins graves et qui annoncent un trouble général dans l'économie animale. Tulpus (2) dit avoir vu une femme de cinquante ans chez laquelle, après un vomissement, un étourdissement, un spasme cynique, les muscles de la déglutition tombèrent dans un relâchement si opiniâtre, qu'elle fut dans l'impossibilité d'avalier une seule goutte de liqueur, quoiqu'elle ne fût tourmentée d'aucune douleur, ni tumeur, ni d'aucune espèce de resserrement. Ramazzini (3) parle d'une religieuse âgée de vingt-cinq ans, chez qui le pharynx et l'œsophage furent complètement paralysés à la suite d'une longue syncope, en sorte que la malade ne pouvait avaler aucune goutte de liquide.

Quelle que soit la manière dont la dysphagie paralytique ait commencé, voici quels sont ses symptômes : lorsque la paralysie est complète, la déglutition est absolument impossible, et si le malade fait

(1) Hoffmann, *Consult. med.*, t. IV, p. 99.

(2) *Obs. med.*, lib. I, cap. 11, p. 79.

(3) *Const. epidem.*, an. 1691, n° 21.

des tentatives pour avaler, les aliments s'arrêtent dans le pharynx qui ne peut les pousser dans l'œsophage; il en tombe quelques parcelles dans le larynx, et alors il survient une toux convulsive qui fait rejâillir les matières alimentaires par la bouche et par le nez. Lorsque la paralysie est incomplète, la déglutition se fait encore; mais le malade éprouve une difficulté plus ou moins grande à avaler. Certains malades avalent assez facilement les solides, mais ne peuvent point avaler les liquides. Parmi ces malades, il en est qui boivent une certaine quantité de liquide, cinq ou six onces, par exemple, d'un seul coup et avec promptitude, et qui ne peuvent en aucune manière en avaler lentement une moindre quantité. Ils s'aperçoivent particulièrement de ce phénomène, lorsque, après avoir bu librement le liquide contenu dans leur verre, ils font des efforts inutiles pour avaler les dernières gouttes. On conçoit aisément la raison de cette différence : la déglutition d'une certaine masse de liquide exige une contraction bien moins forte de l'œsophage que celle de quelques gouttes seulement. La même raison explique comment les solides peuvent encore être transmis dans l'estomac quand l'ingestion des liquides est devenue tout à fait impossible : l'on peut même se rendre compte de la faculté que conservent certains malades d'avalier de grosses masses d'aliments solides, tandis qu'il ne peuvent en avaler de petites. Morgagni (1) rapporte d'après Heister une autre singularité bien plus remarquable : un homme qui avait conservé la faculté d'avalier toute espèce d'aliments, présentait seulement cette lésion particulière de la déglutition, que le dernier bol alimentaire restait dans l'œsophage jusqu'au repas suivant, à moins que dans l'intervalle il ne fût ramené dans la bouche par un effort de toux, ou par une simple régurgitation. Morgagni compare cette faiblesse de l'œsophage à celle de la vessie des vieillards, qui chasse facilement l'urine tant qu'il y en a une certaine quantité, mais qui ne peut expulser les dernières gouttes parce qu'elles ne sont pas poussées par d'autres. De même, ajoute Morgagni, dans la paralysie de l'œsophage dont il s'agit, les premiers bols alimentaires étaient poussés par les suivants jusqu'au dernier qui s'arrêtait nécessairement dans ce conduit, parce que, à la contraction affaiblie de ses fibres musculaires, ne se joignait plus le poids d'un bol. Dans la

(1) *De Sed. et caus. morb.*, epist. xxviii, art. 14.

dysphagie paralytique, le malade n'éprouve aucune douleur ni aucun resserrement. En examinant la bouche, en palpant le cou, on n'aperçoit aucune espèce de tumeur, et si l'on porte dans l'œsophage une tige de baleine garnie d'une éponge, elle parcourt librement ce conduit.

La durée et la terminaison de la dysphagie paralytique présentent beaucoup de variétés. La paralysie complète est quelquefois promptement funeste; d'autres fois elle subsiste pendant un temps assez long sans faire périr le malade, qui recouvre ensuite la faculté d'avaler. La femme dont nous avons parlé plus haut, d'après Tulpius, mourut le septième jour de la maladie malgré l'usage des lavements nourissants, moyen auquel Tulpius se trouva réduit, parce que la malade ne voulut pas permettre qu'on injectât du bouillon et d'autres aliments liquides dans l'estomac avec une sonde œsophagienne. La malade, dont Ramazzini nous a transmis l'histoire, ne prit pendant soixante-six jours d'autre nourriture que des lavements de bouillon dans lesquels on délayait des jaunes d'œufs : au bout de ce temps, cette femme, qui était d'une maigreur et d'une faiblesse extrêmes, recouvra la faculté d'avaler, et sa santé se rétablit.

La paralysie incomplète de l'œsophage peut subsister pendant très-longtemps sans causer la mort. Une jeune fille de vingt ans, étant devenue cachectique après une suppression de ses règles, fut atteinte d'une difficulté d'avaler si grande, qu'elle devint comme un squelette, tant elle était maigre. Quelques médecins ayant attribué cette dysphagie à une excroissance, ou à des glandes endurcies dans l'œsophage, pour s'en assurer, introduisirent dans ce canal une baguette de baleine très-flexible, garnie d'une éponge, laquelle pénétra jusque dans l'estomac sans rencontrer aucun obstacle; on reconnut alors que la cause du mal était une paralysie. On lui administra en conséquence plusieurs remèdes qui ne furent d'aucune utilité. Cependant, pour secourir cette pauvre fille du mieux que l'on put, lorsqu'elle avait bien mâché les aliments, et qu'elle les avait poussés avec la langue dans le gosier, on les faisait tomber dans l'estomac au moyen de la baguette de baleine dont il vient d'être parlé. A la faveur de ce procédé, cette fille réussit à se conserver la vie : elle reprit même de l'embonpoint, et cinq ans après elle était encore en bonne santé malgré cette terrible sujétion (1).

(1) Stalpart Van der Wiel, t. II, obs. xxvii, p. 278.

Willis (1) rapporte un cas de cette espèce, mais plus extraordinaire encore. Un homme fort et bien constitué éprouvait depuis longtemps des vomissements fréquents, qui, le plus souvent, avaient lieu immédiatement après le repas et lui faisaient rejeter les aliments qu'il venait de prendre. Les moyens qu'on opposa à cette maladie furent sans effet; l'état du malade s'aggrava, et devint tel que les aliments qu'il prenait s'arrêtaient à la partie inférieure de l'œsophage. Cependant comme il était tourmenté par la faim, il continuait à en prendre jusqu'à ce que ce conduit fût entièrement rempli; alors il les rejetait par une espèce de régurgitation. Cet homme, dans l'estomac duquel aucun aliment ne pénétrait, perdit ses forces, et était sur le point de périr d'inanition, lorsque Willis, qui soupçonnait que cette dysphagie dépendait d'une tumeur dans la partie inférieure de l'œsophage, ou de la paralysie de ce canal, imagina d'y introduire une tige de baleine garnie d'un morceau d'éponge à son extrémité, au moyen de laquelle il poussa dans l'estomac les aliments que contenait l'œsophage. Ce procédé lui ayant parfaitement réussi, il apprit au malade à s'en servir, et il y avait seize ans qu'il en faisait usage, lorsque Willis écrivait cette observation. Du reste, sa santé, ses forces et son embonpoint étaient revenus.

Le traitement de la paralysie de l'œsophage est le même que celui des autres paralysies. Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit sur d'autres affections du même genre; mais comme la paralysie de l'œsophage rend la déglutition difficile ou même impossible, et que la vie ne peut subsister longtemps sans cette fonction, il convient d'indiquer les moyens propres à la favoriser ou à la suppléer, pendant qu'on emploie les remèdes convenables contre la paralysie. Lorsque celle-ci est complète et la déglutition impossible, on peut tenter de porter dans l'estomac des aliments liquides au moyen d'une sonde de gomme élastique, qui doit descendre jusqu'à l'orifice supérieur de ce viscère, sans quoi le liquide injecté pourrait être arrêté dans la partie inférieure de l'œsophage. Si ce moyen ne réussissait pas, on aurait recours aux lavements nourissants; mais soit qu'on puisse injecter des aliments liquides dans l'estomac, ou qu'on soit réduit à la faible ressource des lavements nourissants, si la paralysie dure longtemps, le malade maigrit, perd ses forces, et finit par mourir d'épuisement.

(1) *Pharm. rat.*, sect. II, cap. 1, p. 43.