

cicatriciels, les rétrécissements par hypertrophie musculaire, et ceux qui sont occasionnés par une dégénérescence cancéreuse (Follin).

(C) ŒSOPHAGOTOMIE. Cette opération est réservée pour les cas où il est impossible de franchir le rétrécissement, même avec les bougies les plus fines, et après avoir essayé inutilement le procédé de Gerdy. On l'exécute : (a) *au-dessous du rétrécissement*, quand on se propose de frayer une voie aux aliments que l'on introduit par l'ouverture artificielle. Taranget et Monod ont de cette façon prolongé l'existence de deux malades. Ce procédé n'est applicable qu'aux rétrécissements de la portion cervicale de l'œsophage. (b) *Au niveau du rétrécissement*; c'est ce qu'a fait Watson, en incisant le conduit de *dehors en dedans*. Maisonneuve et U. Trélat se sont servis de scarificateurs avec lesquels ils ont incisé le rétrécissement de *dedans en dehors*. (c) *Au-dessus du rétrécissement*, lorsque celui-ci est situé dans une région inaccessible au chirurgien. En ouvrant l'œsophage à une certaine distance au-dessus du rétrécissement, on porte plus facilement des instruments dilatateurs dans la coarctation. Lavacherie a exécuté ce procédé, qui a permis au malade de vivre quinze jours de plus seulement.

(D) GASTROTOMIE. Cette opération consiste à ouvrir l'estomac et à établir une *fistule gastrique*, au moyen de laquelle on espère alimenter le malade en portant directement des aliments dans l'estomac. Proposée par A. Egelberg, Watson, elle a été exécutée par Sédillot; les deux sujets opérés par ce chirurgien ont succombé à la péritonite.

3° RÉTRÉCISSEMENTS SPASMODIQUES. On les désigne aussi sous le nom d'*œsophagisme*. Ils consistent dans une constriction plus ou moins complète et durable du canal pharyngo-œsophagien, capable de produire une dysphagie absolue, ou d'entraver seulement la déglutition de certains corps tantôt solides, tantôt liquides.

Causes. Ces sortes de rétrécissements se rencontrent surtout chez les hystériques, les hypochondriaques et les épileptiques. Ils naissent aussi sous l'influence d'émotions vives, de passions tristes; parfois c'est à la suite de la déglutition d'un liquide froid, de substances ou d'aliments vénéneux, jusquiame, arsenic, champignons. Caron les a observés après l'administration de l'émétique à très-forte dose. Ils se produisent par la seule présence d'un corps étranger dans l'œsophage; après un violent mal de mer. On cite encore, comme causes plus ou moins éloignées, les maladies du larynx, de l'utérus, de l'estomac, la grossesse. L'affection peut être héréditaire.

Symptômes. Le début est généralement brusque, et les troubles fonctionnels sont subordonnés au siège du mal. Si le spasme occupe le pharynx ou la partie supérieure de l'œsophage, la déglutition est impossible; les aliments sont rejetés immédiatement. Si le spasme siège à la partie inférieure de l'œsophage, la déglutition est possible, et alors, tantôt le bol alimentaire séjourne quelque temps au-dessus du point rétréci, tantôt il est ramené presque immédiatement dans la bouche. L'aliment peut, après avoir été avalé une seconde fois, arriver dans l'estomac. Ces phénomènes

de régurgitation sont indolents ou accompagnés de douleur. Il est remarquable, et cette circonstance peut déjà mettre sur la voie du diagnostic, que la difficulté pour accomplir la déglutition est subordonnée à la *nature* des aliments: tantôt les aliments *solides* passent sans difficulté, tantôt ce sont les *liquides*; chez certains malades ce sont les aliments *chauds*, chez d'autres ce sont les aliments *froids*. Il est des sujets qui sont pris de spasmes violents au moment de la déglutition, et même de perte de connaissance. En général, il reste un sentiment habituel de gêne sur le trajet de l'œsophage; il y a des efforts d'expectoration, des menaces de suffocation, parfois des vomissements; ou bien sensation d'une boule remontant du cardia au pharynx, une douleur à l'épigastre.

Marche. Terminaisons. L'affection a une durée qui varie de vingt-quatre heures à plusieurs années, avec des intervalles de rémission complète.

Diagnostic. Il est généralement facile, en raison de l'envahissement brusque du mal, de la coexistence d'un tempérament nerveux, et de spasmes dans d'autres parties du corps. En cas de doute sur la nature de l'affection, on a recours au cathétérisme de l'œsophage avec une *grosse sonde* ou un *cathéter à grosse olive* (fig. 220, p. 463). En laissant l'instrument en place quelques instants, on franchit facilement l'obstacle, ce qui n'arrive pas dans les rétrécissements organiques.

Pronostic. Traitement. Les rétrécissements spasmodiques de l'œsophage n'ont pas de gravité, dans la plupart des cas. On les combat par des moyens généraux et locaux. Les antispasmodiques rendent des services; on conseille les préparations de valériane et de musc à l'intérieur, des onctions sur les régions thoracique et trachéenne avec une mixture d'éther acétique et d'opium, des vésicatoires volants pansés avec les sels de morphine. On peut faire diriger dans la bouche et jusque dans l'œsophage des vapeurs d'asa foetida. On a aussi préconisé l'électrisation. Dans tous les cas, le cathétérisme de l'œsophage avec une grosse sonde ou avec le mandrin pourvu d'une grosse olive (fig. 220) rend de grands services.

CHAPITRE VI.

POLYPES DU LARYNX.

Les polypes du larynx ne sont bien connus que depuis quelques années; l'exploration de l'organe avec le *laryngoscope* a largement contribué aux progrès de l'histoire clinique de ces affections.

Anatomie pathologique. On rencontre dans le larynx cinq variétés de polypes, dont les dénominations suivantes caractérisent la nature: ce sont les polypes *fibreux*, *papillaires*, *glandulaires*, *muqueux* et *mixtes*. Ils occupent le plus souvent les deux tiers antérieurs des replis thyro-aryténoïdiens inférieurs, ou cordes vocales inférieures. Viennent ensuite, par ordre de