

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

fréquence : l'épiglotte, les bords des ventricules de Morgagni, la cavité de ces ventricules, les ligaments aryéno-épiglottiques, très-rarement les cartilages aryénoïdes et la portion sous-glottique du larynx.

(a) Les polypes *fibreux* ou *fibromes* ont le plus souvent le volume d'un grain de raisin ; ils peuvent atteindre le volume d'un œuf de pigeon. Ils sont quelquefois pédiculés, bien plus souvent sessiles. La surface en est ordinairement luisante et polie, quelquefois inégale, parsemée de petits vaisseaux dilatés. L'enveloppe de la tumeur semble toujours adhérer très-intimement à la masse subjacente. Ces polypes ont une forme sphéroïdale, lorsqu'ils sont petits et pédiculés ; hémisphéroïdale, ovoïde ou piriforme lorsqu'ils sont sessiles. Dans le dernier cas, la tumeur s'étend quelquefois en nappe, au lieu de s'accroître en épaisseur. Lorsque le fibrome est pédiculé, le pédicule est en général mince et court ; parfois assez long pour que le polype puisse *flotter* dans l'intérieur du larynx. Les polypes fibreux du larynx ont une structure semblable à celle des fibromes en général (voy. t. I, p. 175) ; ils sont toujours recouverts de nombreuses couches d'épithélium pavimenteux.

(b) Les polypes *papillaires* ou *papillomes* sont toujours sessiles et ressemblent à des crêtes de coq, un chou-fleur, une mûre, une framboise, une grappe de raisin. Les uns sont *compactes* et formés d'un nombre considérable de petites saillies réunies ensemble et ayant une base unique ; les autres sont *villex* et paraissent formés d'un faisceau de fils ressemblant à une gerbe. Dans certains cas, la tumeur, faisant des progrès rapides, envahit une grande partie du larynx. Il arrive quelquefois que des portions du polype se détachent spontanément. Ces papillomes du larynx sont composés de *papilles* plus ou moins longues, simples ou ramifiées, consistant en une partie centrale, habituellement mince, formée de tissu conjonctif, de vaisseaux et d'une couche d'épithélium pavimenteux. Les couches épithéliales sont très-nombreuses. La tumeur se distingue de l'*épithélioma*, en ce que dans le papillome la couche de tissu conjonctif de la muqueuse reste intacte, tandis qu'elle est envahie par les cellules épithéliales dans l'*épithélioma* (Krishaber). Les papillomes du larynx sont le résultat d'une hypertrophie des papilles normales, ou d'une production nouvelle de papilles. Le tissu conjonctif qui forme la charpente de la tumeur est peu dense, et contient souvent des couches nombreuses de petits noyaux apparents après la coction dans l'acide acétique affaibli.

(c) Les polypes *glandulaires* ou *adénomes*, moins fréquents que les variétés précédentes, sont sessiles ou pédiculés. Ils ont en général une forme à peu près sphéroïdale ; parfois ils sont bilobés, lobulés ou bosselés. Lorsqu'ils sont pourvus d'un pédicule, celui-ci est plus large que dans les polypes fibreux. Ces tumeurs ont ordinairement une couleur rose foncée, qui devient blanchâtre à une époque ultérieure de leur évolution ; elles se recouvrent parfois d'une couche noirâtre due à du sang extravasé.

Elles présentent encore cette particularité, qu'elles s'affaissent après avoir été enlevées ; qu'elles peuvent *s'ulcérer*. Elles sont formées par une hypertrophie en volume et en nombre des glandules de la muqueuse ; les

culs-de-sac glandulaires sont tapissés d'épithélium vibratile ou cylindrique ; entre ces culs-de-sac existe un tissu conjonctif très-fin, parcouru de nombreux vaisseaux capillaires, renfermant des cellules lymphoïdes granuleuses et des corpuscules fusiformes de tissu cellulaire.

(d) Les polypes *muqueux*, ou *myxomes*, sont généralement formés de petits kystes remplis d'une masse gluante, albumineuse et floconneuse (Delorme), ou d'un liquide aqueux et transparent (Schüssler), ou d'un liquide vitreux (Renard), ou d'une masse colloïde épaisse, jaunâtre, transparente (Schüppel).

(e) Les polypes *mixtes* résultent de l'adjonction de tissu fibreux à un papillome ; d'une couche graisseuse ou de glandes muqueuses hypertrophiées à un fibrome, etc.

Causes. Les polypes du larynx sont rares. Krishaber estime qu'on en rencontre deux ou trois cas sur cent affections exclusivement locales et chroniques du larynx. Les adultes, le sexe masculin, les professions exigeant des efforts de voix ou exposant à la respiration d'une atmosphère chargée de poudres ou de gaz irritants, sont considérés comme ayant une certaine influence sur la production du mal. Quelques pathologistes attribuent un rôle à la phthisie, la scrofule, la syphilis, les fièvres éruptives (Lewin). Une irritation mécanique locale du larynx par un corps étranger qui séjourne dans l'organe, une inflammation intense et surtout ulcérate de la muqueuse du larynx, sont aussi des circonstances dont il faut tenir compte. Plusieurs malades rapportent le début de l'affection à un refroidissement.

Symptômes. Il en est de deux ordres : les troubles fonctionnels et les signes physiques.

1° TROUBLES FONCTIONNELS. Ils résultent : de l'obstacle apporté par le polype à l'introduction de l'air dans les voies aériennes ; des changements de conformation de la glotte, qui cesse de présenter les conditions nécessaires pour l'exercice régulier de la phonation. En outre, la présence d'un produit morbide dans le larynx produit une irritation de la muqueuse, d'où parfois des accès de toux et une expectoration muqueuse.

Les troubles de la respiration sont variables. Lorsque la tumeur s'accroît lentement, l'obstacle à l'entrée de l'air étant de plus en plus marqué, la respiration devient de plus en plus insuffisante ; l'hématose est incomplète. Si le polype reste petit, s'il est sessile, s'il est formé de tissu fibreux, ou bien encore si la tumeur, tout en ayant un volume plus considérable, occupe les parois latérales du larynx, les troubles respiratoires sont peu intenses. Au contraire, lorsque la tumeur augmente brusquement de volume, ainsi que cela arrive dans les cas où elle se complique d'une laryngite suite de refroidissement, ou bien encore lorsque le polype étant pédiculé se déplace, ou enfin quand des débris détachés spontanément de certains polypes tombent dans la trachée, il y a des accès de suffocation et menace d'asphyxie. En général, les troubles de la respiration sont plus marqués pendant le sommeil, la marche, certaines attitudes, parce que dans ces conditions l'air pénètre plus difficilement dans le larynx. Les