

motrice ou d'une perte de la sensibilité de la muqueuse, point de départ du réflexe de la déglutition (M. Mackenzie).

L'affection est surtout caractérisée par de la dysphagie; celle-ci, très lente dans son développement, lors de paralysie locale, a, au contraire, une marche des plus variables, suivant la nature des lésions, lorsqu'elle est sous la dépendance d'une maladie des centres nerveux.

Par suite de l'augmentation de cette dysphagie les malades arrivent à ne plus prendre que des aliments liquides, d'où un amaigrissement qui peut être très marqué. Il n'y a que rarement des régurgitations; toutefois, dans quelques cas de dilatation diffuse de l'œsophage, l'accumulation des aliments dans ce conduit provoque vers la fin de la journée des quintes de toux ne cessant qu'à la suite de régurgitations qui soulagent le malade (Mermod) (1).

Le diagnostic est facile, le cathétérisme permettant de constater la perméabilité du canal.

Le pronostic dépend en grande partie de la cause.

C'est à celle-ci que doit d'abord s'adresser le traitement. On combattra la paralysie par l'électrisation faradique, plaçant un des pôles à l'intérieur de l'œsophage (M. Mackenzie), et lors de dilatation diffuse, on alimentera les malades par la sonde afin de permettre la rétraction du canal (Mermod).

XIV

VICES DE CONFORMATION CONGÉNITAUX DE L'ŒSOPHAGE

L'étiologie des vices de conformation congénitaux de l'œsophage est très obscure; il est certain qu'ici comme ailleurs on doit tenir le plus grand compte des arrêts de développement; malheureusement comme on discute encore sur le développement normal de l'œsophage, il est difficile d'affirmer en présence d'un cas donné qu'il s'agit d'un arrêt dans ce développement. Dans environ un tiers des cas il y a coïncidence avec d'autres vices de conformation, notamment avec ceux qui occupent la partie terminale du tube digestif et qui existeraient 8 fois sur 65 observations (Legrand).

LAMB (D.-S.), A fatal case of congenital tracheo-œsophageal fistula. *Philad. med. Times*, 1872-1873, t. III, p. 705 (bibl.). — EYQUEM (J.), *Des malformations congénitales de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1875, n° 401. — REYNIER (P.), *Du développement de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif*. Thèse d'agrég. d'anat. de Paris, 1885 (bibl.). — BOISVERT, Arrêt de développement et vice de conformation de l'œsophage. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1886, p. 125. — VINCENT, Imperforation de l'œsophage. *Lyon méd.*, 1887, t. LIV, p. 406. — LEGRAND, *Des imperforations de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 254.

Nous nous contenterons d'une simple mention pour les faits obscurs de *transposition* et de *duplicité*. Les dilatations congénitales, ayant d'autre part été déjà étudiées dans le chapitre général des dilatations de l'œsophage (2), nous n'étudierons ici que les rétrécissements, les fistules œso-trachéales et les imperforations.

(1) MERMOD, Dilatation diffuse de l'œsophage sans rétrécissement organique. *Revue méd. de la Suisse romande*, Genève, 1887, t. VII, p. 422.

(2) Voy. plus haut, p. 549.

1° RÉTRÉCISSEMENTS

Certains rétrécissements en forme de diaphragme, sortes de cloisonnements incomplets, sont évidemment d'origine congénitale; toutefois, il n'y a jusqu'ici pas de dissection probante chez l'enfant. On se fonde, pour admettre la nature congénitale de certains rétrécissements annulaires, constatés chez des sujets morts plus ou moins âgés, sur ce fait clinique qu'ils avaient présenté depuis leur enfance des troubles dysphagiques, et sur ce fait anatomique que la muqueuse n'est nullement altérée à leur niveau.

Les symptômes sont ceux de tout rétrécissement de l'œsophage; souvent ils sont légers pendant un temps assez long et s'aggravent à mesure que le sujet avance en âge.

D'après Rokitansky et Berg, ces rétrécissements différeraient des rétrécissements acquis par leur tendance à se compliquer de poches diverticulaires.

2° FISTULES ŒSOPHAGO-TRACHÉALES

Dans certains cas, l'œsophage est perméable; mais il existe entre sa cavité et celle des voies aériennes une communication sous forme de fissure d'une étendue variable, siégeant juste au-dessous de l'orifice sous-épiglottique ou plus bas.

Les accidents qui traduisent cette malformation sont surtout d'ordre respiratoire et se manifestent à chaque déglutition par de la dyspnée et de la toux. L'enfant peut vivre pendant quelque temps; un petit malade de Lamb vécut sept semaines; la mort survient à la suite de lésions inflammatoires pulmonaires, que détermine la chute continuelle des matières alimentaires dans les voies respiratoires.

3° IMPERFORATIONS

L'œsophage peut être complet et simplement fermé par un diaphragme: c'est tout à fait exceptionnel. Il est de même exceptionnel de voir l'œsophage manquer en totalité. A l'ordinaire le conduit n'est absent que dans une étendue variable d'un à plusieurs centimètres.

Le bout supérieur peut manquer complètement, une cloison se formant en arrière du voile du palais (pièce de M. Duval et de Hervé); le plus souvent il existe sous forme de cul-de-sac descendant plus ou moins bas, à 4 centimètres en moyenne. Suivant les cas, ce cul-de-sac se termine librement, adhère à la trachée ou est uni au bout inférieur par un cordon d'apparence musculaire ou fibreuse, mais dont la nature histologique exacte est encore peu connue. Dans un cas récent, Lefour et Fieux l'ont vu constitué par des fibres conjonctives, des fibres musculaires lisses et des fibres musculaires striées sans épithélium à l'intérieur (1).

Le bout inférieur peut manquer; lorsqu'il existe, il s'ouvre le plus souvent

(1) LEFOUR et FIEUX, Imperforation de l'œsophage, large communication trachéo-œsophagienne. *Gaz. hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, 1896, p. 540.

dans les voies aériennes. Sur 50 cas on note 44 fois son abouchement dans la trachée, généralement au voisinage de la bifurcation des bronches, et 2 fois son

abouchement dans la bronche droite.

L'orifice de communication est parfois très petit, laissant à peine passer un stylet; d'autres fois il est long et de forme variable, ovulaire, semi-lunaire ou fissural.

L'imperforation de l'œsophage se traduit par deux grands symptômes : les vomissements et les accès de suffocation. L'enfant prend le sein sans difficulté et tette; mais au bout d'un instant il se congestionne, abandonne brusquement le sein et vomit le lait qu'il vient de prendre. Fait particulier, le lait vomi n'est pas caillé; son vomissement est précédé et suivi d'une émission de mousses constituée par les mucosités trachéo-bronchiques. Exceptionnellement on a constaté des vomissements de matières muqueuses ou glaireuses accompagnées de dyspnée et résultant du rejet à travers la trachée du contenu stomacal dans des cas où le bout inférieur s'ouvrait largement dans les voies aériennes.

La mort survient rapidement, par inanition, du premier au huitième jour.

Le diagnostic est facile pour peu que l'on y songe; il suffit de faire le cathétérisme avec une bougie urétrale.

Le seul traitement est la gastrostomie qui permettra l'alimentation et qui de plus mettra le chirurgien à même de se rendre un compte exact de l'état des parties, en complétant les données du cathétérisme buccal par celles d'un cathétérisme rétrograde. Nous n'en connaissons qu'une observation due à un chirurgien anglais, Steel, et malheureusement suivie de mort⁽¹⁾.

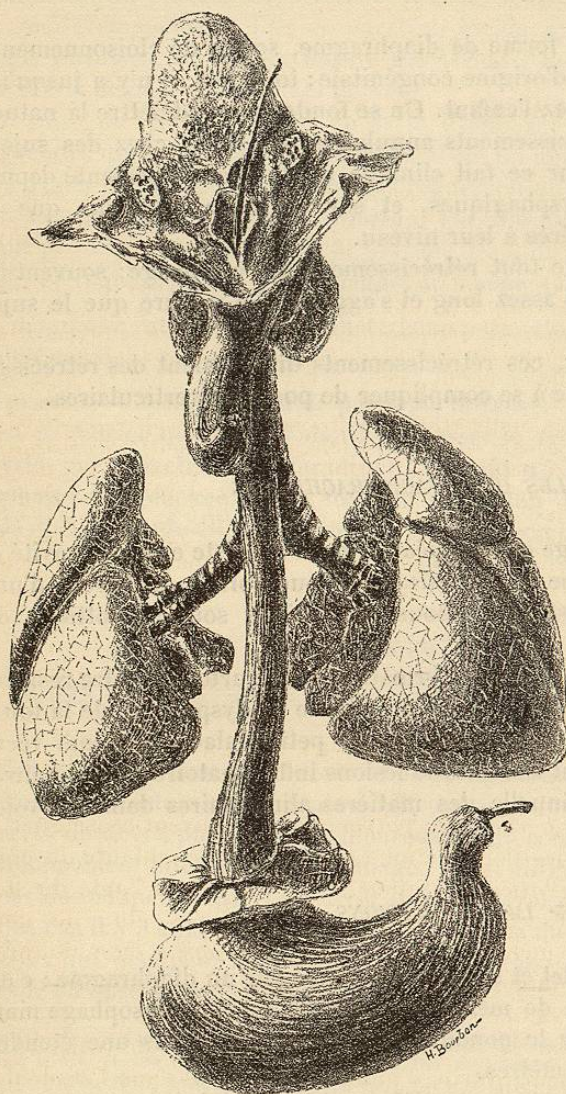


FIG. 108. — Malformation de l'œsophage. (Périer.)

Le bout supérieur se termine en cul-de-sac. — Le bout inférieur s'abouche dans la trachée, si bien qu'une sonde, pour pénétrer dans l'estomac, doit traverser le larynx.

(1) STEEL, *Lancet*, 20 octobre 1888.

CHAPITRE IV

MALADIES DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

ALBERS (J. F. H.), *Die Physiologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten*, Leipzig, 1829. — TROUSSEAU et BELLOC, *Traité pratique de la phthisie laryngée*, Paris, 1857. — RÜBLE, *Die Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1861. — BAUMGÄRTNER (J.), *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, Freiburg, 1864. — GIBB (G.-D.), *On diseases of the throat and windpipe*, London, 1864. — BRUNS (V.), *Die Laryngoskopie und die laryngoskopische Chirurgie*, Tübingen, 1865. — TÜRK (L.), *Clinical researches on different diseases of the larynx*, London, 1862. — *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, Wien, 1866. — TOBOLD (A.), *Die chronischen Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1866; 5^e éd., 1874. — MANDL (L.), *Traité pratique des maladies du larynx*, Paris, 1872. — JAMES (P.), *Lessons on Laryngoscopy*, London, 1875; 4^e éd., 1885. — FAUVEL (C.), *Traité pratique des maladies du larynx*, précédé d'un traité complet de laryngoscopie, Paris, 1876. — STÖERK (C.), *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes*, Stuttgart, 1876. — ISAMBERT (F.), *Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies*, Paris, 1876. — EPPINGER (H.), *Pathologische Anatomie des Larynx und der Trachea*, Berlin, 1880. — M. MACKENZIE, *Diseases of the thorax*, London, 1880; trad. franç. par E.-J. Mouré et F. Bertier, Paris, 1882. — POYET (G.), *Manuel pratique de la laryngoscopie*, Paris, 1885. — NIKITIN (V. N.), *Rukovodstvo k izucheniu laringoskopii i boleznei gortain*, Saint-Petersbourg, 1884. — GOTTSTEIN (J.), *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, Wien, 1884; trad. française par Rougier, Paris, 1888. — Consulter en outre les articles des grands dictionnaires.

I

MOYENS D'EXPLORATION DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

L'inspection extérieure par la vue et le palper du cou peuvent renseigner le chirurgien sur les déviations, les déformations et le degré de mobilité du conduit laryngo-trachéal. L'auscultation pratiquée sur le larynx, à l'aide du stéthoscope fournit dans quelques cas (corps étrangers, polypes, etc.), des données utiles au diagnostic; de même le toucher intra-laryngien, dans de rares circonstances, permet de reconnaître des lésions de l'orifice supérieur du larynx; mais tous ces modes d'examen ne sont que secondaires et c'est l'examen direct de la cavité du larynx par la laryngoscopie qui a permis de réaliser, en une période d'années relativement courte, d'immenses progrès dans l'étude des maladies de cet organe.

C'est en 1858 que Türk et Czermak ont imaginé et décrit des moyens pratiques pour arriver à voir l'intérieur du larynx sur le vivant. Jusqu'à ces deux médecins autrichiens, bien des essais infructueux avaient été tentés, mais aucune de ces tentatives n'avait donné de résultats suffisants pour encourager leurs auteurs et convaincre les médecins. Levret, en 1745, pensait déjà à éclairer la cavité laryngée pour diagnostiquer sûrement les tumeurs et les extirper par les voies naturelles; mais ses recherches isolées n'eurent aucun écho; pas plus d'ailleurs que celles de Bozzini (Francfort, 1825), de Cagniard de la Tour (1825), de Babington (1829). Il faut arriver à Garcia, professeur de chant (1855), pour trouver des résultats pratiques; malheureusement Garcia n'était pas médecin et par cela même ses travaux perdirent le crédit que méritait sa perspicacité.