

quiame, de *certaines maladies*, telles que le diabète ; par l'action prolongée de la parole, etc.

Troubles fonctionnels. — Ils portent sur la sensibilité de la langue et sur ses mouvements.

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — La langue possède une double sensibilité : une sensibilité générale ou tactile, et une sensibilité spéciale ou gustative.

La SENSIBILITÉ SPÉCIALE peut être : 1° diminuée ou perdue ; 2° exaltée ; 3° pervertie.

1° La *diminution du goût* s'observe dans la plupart des affections de la bouche, car les enduits ou la sécheresse de la langue diminuent l'impression des substances sapides. Cette diminution peut encore s'observer dans les maladies chroniques des organes digestifs, dans l'extrême vieillesse ; après l'administration de certains médicaments, tels que la belladone, l'opium ; à la suite du contact des liqueurs fortes ou des essences de menthe, de cannelle, etc.

La *diminution du goût* s'observe dans les lésions des nerfs glosso-pharyngien, dans celles du facial et du trijumeau qui compromettent l'intégrité de la corde du tympan, et dans les hémiplegies : dans ce cas elle est unilatérale. Elle s'observe dans certaines névroses, hystérie, hypochondrie, etc.

2° L'*exaltation du goût* est fort rare et souvent confondue avec l'hyperesthésie tactile et douloureuse.

3° Les *perversions du goût* sont bien plus communes. La plupart des affections catarrhales des voies digestives donnent lieu à un goût *fade*, *amer* ou *acide*. Chez les diabétiques, le goût est *douceâtre* ou *sucré* ; il est *salé* dans les hémoptysies et à la fin des catarrhes pulmonaires ; il est *fétide* dans les ulcérations de la bouche et du pharynx, la carie des dents, etc.

Les perversions les plus remarquables sont celles que l'on observe chez les *hystériques* et chez les *femmes grosses* de souche névropathique, etc. ; on les voit, en effet, rechercher avidement des substances répugnantes, telles que le plâtre, la colle, l'encre, le vinaigre pur, etc., c'est la *pica* et la *malacia* ¹.

1. Les aliénés ont souvent des *illusions* du goût qui les portent

La SENSIBILITÉ TACTILE OU GÉNÉRALE de la langue peut être diminuée ou suspendue, c'est ce que l'on observe dans les hémiplegies et chez les hystériques ; dans ce dernier cas, l'insensibilité occupe presque constamment la moitié gauche de la langue. — Elle peut être exagérée dans toutes les affections inflammatoires de la langue, dans les névralgies du trijumeau dans l'hystérie, etc.

TROUBLES DE LA MOTILITÉ. — La langue semble posséder deux ordres de mouvements distincts l'un de l'autre : 1° des *mouvements de mastication* qui président à la déglutition, à la gustation, etc. ; 2° des *mouvements phonétiques* qui président à l'exercice de la parole.

Ces deux ordres de mouvements peuvent être troublés isolément ou ensemble ; ils le sont surtout dans la paralysie générale, dans l'hémiplegie, dans la paralysie labio-glosso-pharyngée.

Dans la *paralysie générale*, le trouble de la parole présente des nuances très diverses, que l'on a exprimées par les mots de tremblement, balbutiement, bégayement, bredouillement, lenteur ¹.

Dans les *hémiplegies*, la paralysie est limitée à la moitié de la langue qui, lorsqu'elle est tirée hors de la bouche, se dévie du côté sain : l'hémorragie cérébrale, les tumeurs du cerveau, les lésions du nerf hypoglosse en sont les causes les plus ordinaires.

La *paralysie labio-glosso-pharyngée* peut amener une paralysie complète de la langue qui devient inerte, immobile, et ne peut être tirée hors de la bouche.

Les désordres de la parole s'observent encore dans l'alcoolisme, les intoxications, les émotions violentes etc. ².

à repousser les substances alimentaires et à prendre avec plaisir des médicaments d'un goût désagréable.

1. Ces désordres tiennent aux altérations du foyer d'origine des nerfs faciaux et hypoglosses, à des désordres dans l'idéation et à l'amnésie verbale.

2. On a désigné sous le nom de laloplégie (Spring) la paralysie phonétique complète, c'est-à-dire une impossibilité de prononcer

III. — Signes fournis par l'examen de la gorge et de l'œsophage.

1° Signes physiques fournis par l'examen de la gorge.

— L'examen de la gorge, après qu'on a abaissé la langue avec une cuiller, est une exploration capitale qui ne doit jamais être négligée chez un malade, surtout chez un enfant, car très souvent il donnera la clef d'un accès de fièvre, d'un frisson, d'une courbature, etc., dont on ne trouve pas ailleurs les causes.

C'est, en effet, au niveau des amygdales qu'un grand nombre d'agents infectieux pénètrent, pour envahir l'économie non sans déterminer une amygdalite, qui tantôt sera simplement *érythémateuse*, qui, beaucoup plus souvent, se traduira par l'apparition d'*exsudats blanchâtres ou grisâtres*.

Les plus fréquentes sont les angines rhumatismales, grip-pales scarlatineuses, diphtéritiques, rubéoliques, pneumococ-ciques, etc., etc.

Une *angine érythémateuse* marque souvent le début d'un *rhumatisme articulaire aigu*, sans qu'il y ait aucun rapport entre l'intensité de l'angine et celle du rhumatisme consécutif (Lasègne, Kingston Fowler, Thorner, Grodel, Potain). Une rougeur diffuse envahit les piliers, le voile du palais, les amygdales, sans commencer par celles-ci comme il arrive dans la plupart des autres angines ; elle s'accompagne d'une tumé-faction œdémateuse, plus ou moins accentuée qui donne à la muqueuse un aspect brillant ; elle s'atténue sur les bords peu à peu jusqu'à la muqueuse normale, atténuation qui différen-cie cette rougeur de celle de l'angine érysipélateuse.

F. Franke a fait connaître comme signe pathognomonique de la *grippe*, une rougeur intense qui, strictement limitée aux

les mots, bien que les mouvements de la langue soient conservés et que le malade puisse exprimer sa pensée par l'écriture ou par des gestes (voy. l'article consacré à l'aphasie). La laloplégie s'ob-sERVE dans la paralysie générale, la paralysie labio-glosso-pharyn-gée, etc.

piliers antérieurs du voile du palais, se présente sous la forme d'une bande plus ou moins large, irradiant parfois en éventail, interrompue seulement au niveau de la luvette. Cette rougeur persisterait longtemps après la guérison, pour s'accroître à l'occasion de toute nouvelle atteinte d'influenza ; elle permettrait donc de faire le diagnostic rétrospectif de la maladie. Le même auteur a signalé une tuméfaction des pa-pilles de la portion antérieure de la langue, qui débiterait dès le second ou le 3^e jour.

Les angines les plus importantes à diagnostiquer sont les angines blanches et, parmi elles, l'angine diphtéritique qui se traduit par la présence sur une seule ou sur les deux amy-gdales, d'un exsudat membraniforme, de teinte grisâtre, adhérent à la muqueuse et tendant à déborder l'organe pour s'étendre sur les piliers de l'isthme du gosier.

On oppose volontiers à cet exsudat ainsi caractérisé, l'ex-sudat franchement blanc de l'angine herpétique, siégeant, sous forme de petites plaques arrondies, au niveau des cryp-tes amygdaliennes, et l'exsudat blanc, crémeux, épais, peu adhérent de l'angine pultacée.

Mais si la distinction est parfois aisée à l'œil, et s'impose, pour ainsi dire, il est beaucoup d'autres cas dans lesquels la simple inspection ne peut donner que des présomptions ou des probabilités et a besoin d'être éclairée par l'examen bac-tériologique, lequel d'ailleurs justifie souvent le doute du méde-cin en montrant divers microbes, comme le bacille de Loeffler, le streptocoque, le staphylocoque, associés dans le même ex-sudat.

L'examen bactériologique aidera aussi à reconnaître l'an-gine ulcéro-membraneuse due au bacille fusiforme de Vincent (V. t. I, p. 439).

La nature scarlatineuse d'une angine est rapidement dé-montrée par l'éruption cutanée, puis par la desquamation ca-ractéristique de l'épithélium lingual.

Au contraire, la nature rhumatismale d'une angine ne peut guère être reconnue qu'un certain temps après qu'elle a dis-paru, lorsqu'apparaissent des manifestations articulaires.

Après toute angine, il est prudent de s'assurer qu'il n'existe pas d'albuminurie, car maintes néphrites, méconnues à leur début, remontent à une amygdalite antérieure (J. Laffitte).

Rappelons que les amygdales sont un des sièges de prédilection des plaques muqueuses.

2° Signes physiques fournis par l'examen de l'œsophage. — La palpation fait parfois sentir des tuméfactions limitées à la portion cervicale de l'œsophage et en rapport, soit avec une tumeur, soit avec une dilatation située au-dessus d'un rétrécissement.

De même, en cas de dilatation, l'auscultation permet de percevoir des gargouillements lorsque le malade boit.

Mais ces renseignements ont presque toujours besoin d'être complétés par le cathétérisme.

DYSPHAGIE, de $\delta\upsilon\varsigma$, difficilement, $\varphi\alpha\gamma\epsilon\iota\nu$, manger).

La déglutition comprend l'ensemble des actes mécaniques qui concourent au transport de l'aliment, de la bouche dans l'estomac.

Les physiologistes ont divisé la déglutition en *trois temps* correspondant à chacune des régions traversées par le bol alimentaire. Bien que cette division soit un peu artificielle, vu la manière dont ces différents actes s'enchaînent et la rapidité avec laquelle ils se succèdent, elle est généralement adoptée et peut s'étendre à l'étude de la dysphagie.

Le mot dysphagie sert à désigner la difficulté de la déglutition : c'est un symptôme commun à des lésions fort diverses¹ que l'on peut étudier dans le lieu même de leur production, c'est-à-dire dans la bouche, le pharynx et l'œsophage.

Nous distinguerons donc trois genres de dysphagie : — A. une *dysphagie buccale* ; — B. une *dysphagie pharyngienne* ; — C. une *dysphagie œsophagienne*.

A. DYSPHAGIE BUCCALE. — Le premier temps de la dégluti-

1. Ces lésions pourraient se grouper sous plusieurs chefs : diminution de la cavité (tumeurs, rétrécissements, etc.) ; perforation des parois ; altérations de la muqueuse, du plan musculaire, de l'innervation.

tion ne commence que lorsque le bol alimentaire, trituré et insalivé, se trouve ramené sur la langue par les lèvres et les joues et conduit dans l'isthme du gosier par l'application de la langue sur la voûte palatine.

Les causes capables de gêner la déglutition buccale sont de deux ordres :

1° Mécaniques. — Telles sont : la tuméfaction de la langue, son absence congénitale ou accidentelle, ses ulcérations ou ses adhérences ; la perforation de la voûte palatine ou des parois buccales ; les tumeurs du plancher de la bouche ; les fractures, luxations ou ankyloses de la mâchoire inférieure.

2° Dynamiques. — Telles sont : l'anesthésie de la muqueuse buccale ; les paralysies, convulsions ou contractures des muscles masticateurs ; la sécheresse de la bouche, par la diminution de la salive.

B. DYSPHAGIE PHARYNGIENNE. — Le deuxième temps de la déglutition n'est plus soumis à l'influence de la volonté : dès que le bol alimentaire a franchi l'isthme du gosier, il est saisi par le pharynx qui s'est avancé vers lui et le conduit presque instantanément jusqu'à l'œsophage. — Le deuxième temps s'accomplit par un phénomène réflexe, le contact de l'aliment provoquant la contraction des puissances musculaires. Cet acte réflexe peut se décomposer ainsi : 1° contact de l'aliment sur la muqueuse ; 2° transport jusqu'au bulbe de son impression par les filets du glosso-pharyngien et du trijumeau ; 3° excitation de cette partie du bulbe à laquelle aboutissent les nerfs sensitifs de l'arrière-gorge et d'où partent ses filets moteurs, et que l'on pourrait appeler le centre nerveux de la déglutition ; 4° renvoi de l'incitation motrice par les nerfs hypoglosses, faciaux et spinaux.

Les causes de la dysphagie pharyngienne sont nombreuses. Les unes *gênent mécaniquement* le passage des aliments : ce sont les tumeurs développées dans son voisinage (hypertrophie des amygdales, polypes naso-pharyngiens, abcès rétro-pharyngiens). D'autres *altèrent la sensibilité* de la muqueuse :

elles l'exagèrent (angines, ulcérations) ¹ ou la diminuent (anesthésie hystérique). D'autres déterminent la paralysie du plan musculaire, — soit en agissant sur les nerfs (paralysie générale des aliénés, graves lésions de l'encéphale, hystérie), — soit par action directe sur la fibre musculaire ; ainsi on sait combien la dysphagie est fréquente non seulement après l'angine diphthéritique, mais encore après les angines aiguës simples, ce qu'on a attribué à l'action directe de la muqueuse enflammée sur le plan musculaire sous-jacent.

Au lieu d'être paralysés, les muscles du pharynx peuvent être atteints de *spasmes* : c'est ce que l'on observe dans l'hydrophobie rabique, dans plusieurs névroses, telles que l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie, etc., et même sous l'influence d'une vive émotion.

C. DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE. — Ses causes sont en grande partie les mêmes que celles de la dysphagie pharyngienne. Citons en première ligne le *spasme* de l'œsophage (coëxistant d'ordinaire avec le spasme du pharynx), spasme si fréquent non seulement chez les femmes hystériques, mais encore chez la plupart des gens atteints de lésions aiguës ou chroniques de l'œsophage ; les *rétrécissements* de ce conduit ; les *tumeurs* développées dans l'œsophage même ou qui, nées dans les régions voisines, compriment ce conduit (anévrisme de l'aorte, ganglions lymphatiques hypertrophiés) ; la *paralysie* de l'œsophage qui, de même que celle du pharynx, s'observe surtout chez les aliénés ².

Symptômes. — A. DYSPHAGIE BUCCALE. — Dans les diverses inflammations de la bouche (stomatites), la déglutition est

1. Dans les inflammations de l'arrière-gorge, la dysphagie se rattache à des causes multiples : 1° d'abord à la douleur que provoquent les mouvements de la déglutition ; 2° au gonflement de toute l'arrière-gorge ; 3° à l'état de spasme et plus tard d'inertie dans lequel se trouvent les muscles.

2. Chez les animaux, on la produit par la section du pneumogastrique au cou. Lorsqu'il existe un rétrécissement de l'œsophage, le conduit se dilate énormément au-dessus de l'obstacle, et, à ce niveau, la tunique musculaire surdistendue perd sa contractilité.

douloureuse, mais non impossible. Cependant il est des petits enfants atteints de muguet qui refusent obstinément de téter.

Si la langue est tuméfiée, le malade ne peut avaler que des liquides, et encore n'arrivent-ils dans le pharynx que lorsqu'ils sont entraînés par la pesanteur, la tête étant renversée en arrière.

Chez les choréiques dont les lèvres, les joues, la langue sont le siège de mouvements désordonnés, les aliments, au lieu d'être dirigés vers le pharynx, sont projetés en divers sens et même rejetés en dehors.

B. DYSPHAGIE PHARYNGIENNE. — Elle présente deux ordres de symptômes : d'abord le défaut de progression de l'aliment dans le pharynx ; puis la possibilité de son introduction, soit dans les voies aériennes, soit dans les fosses nasales.

Le reflux dans les fosses nasales est plus fréquent que l'introduction dans les voies aériennes, car cette dernière nécessite des érosions très étendues de l'épiglotte ou une anesthésie de la muqueuse laryngée ¹.

Si le reflux dans les fosses nasales est un peu plus fréquent, c'est que le voile du palais participe d'ordinaire à l'état phlegmasique de la muqueuse du pharynx et à l'inertie de son plan musculaire ; de plus, ses perforations et ses vices de conformation ne sont point rares.

La dysphagie pharyngienne présente quelques caractères particuliers, suivant ses causes.

Dans les *angines*, la déglutition est douloureuse, mais elle est possible ; le reflux des aliments dans les fosses nasales ou leur introduction dans les voies aériennes est exceptionnel, du moins dans la phase aiguë, car il est, au contraire, fréquent dans leur convalescence, surtout dans celle de l'angine diphthéritique. — Il est une chose digne de remarque, c'est que, dans les cas d'inertie musculaire, la déglutition des liquides est souvent plus difficile que celle des matières demi-solides, car

1. Les liquides s'introduisent dans le larynx beaucoup plus facilement que les solides.

celles-ci offrent plus de prise aux muscles affaiblis et s'échappent moins aisément dans les ouvertures voisines.

L'*anesthésie* du pharynx et sa *paralysie* donnent lieu à des phénomènes identiques, car si, dans un cas, la tunique musculaire ne peut se contracter, dans l'autre elle ne le fait pas, faute d'ordre : les aliments s'accumulent dans le pharynx comme dans un tube inerte et peuvent, par compression des voies aériennes, entraîner l'asphyxie.

Dans le *spasme*, au contraire, le contact de l'aliment provoque une contraction réflexe, instantanée, brusque, qui rejette avec force l'aliment au dehors ; le malade a la sensation d'une boule fermant la gorge. Ce spasme s'observe souvent chez les femmes nerveuses ; or, certains liquides passent tandis que d'autres provoquent le spasme.

Lorsqu'une *tumeur* rétrécit le calibre du pharynx, les liquides seuls peuvent passer.

C. DYSPHAGIE OESOPHAGIENNE. — La dysphagie spasmodique de l'œsophage présente les mêmes caractères que le spasme du pharynx que nous venons d'étudier et avec lequel elle coexiste d'ordinaire.

Lorsqu'il existe un *rétrécissement* de l'œsophage, les aliments traversent facilement le pharynx, mais, arrivés au niveau de l'obstacle, ils s'arrêtent et reviennent dans la bouche par une sorte de régurgitation facile, sans malaise, sans anxiété, sans contraction de l'estomac, du diaphragme, des parois abdominales, ce qui la distingue du vomissement ; d'ailleurs la régurgitation survient plus ou moins vite après l'ingestion de l'aliment et cela suivant le siège du rétrécissement. Est-il placé très bas, l'œsophage se dilate graduellement au-dessus de lui, au point de former une *vaste poche* dans laquelle s'accumulent les matières qui ne sont rejetées que plusieurs heures après leur introduction.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître l'existence de la dysphagie et de préciser son siège dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage.

Un point important consiste à déterminer sa cause. Or, en

réalité, toutes les dysphagies se rattachent à l'une des causes suivantes : 1° obstacle mécanique ; 2° vice de conformation ; 3° douleur ; 4° spasme ; 5° paralysie.

1° Les *obstacles mécaniques* (tumeurs, etc.), ayant leur siège dans la bouche ou le pharynx, peuvent être appréciés *de visu*.

Ceux qui occupent l'œsophage sont d'un diagnostic parfois plus difficile, car non seulement ils nécessitent le passage de la sonde œsophagienne, mais, encore, lorsqu'elle est arrêtée, il faut déterminer si l'obstacle est organique ou spasmodique, diagnostic que l'on basera sur la marche des accidents et l'état général du malade.

2° Les *vices de conformation* portent habituellement sur le voile du palais et sont directement appréciables.

3° La *douleur* accompagne les stomatites, les angines, les laryngites ; la dysphagie, survenue dans ces circonstances, sera facilement rapportée à sa véritable cause.

4° Les *spasmes* du pharynx et de l'œsophage s'observent chez les personnes nerveuses ou dans le cours de névroses à caractères très nets : la sensation de boule et le rejet des aliments suffisent, avec les circonstances dans lesquelles se produisent les spasmes, pour en révéler la nature.

5° Les *paralysies* peuvent porter sur la muqueuse (anesthésie) et sur le plan musculaire (paralysie proprement dite) ; il y a souvent inertie plutôt que paralysie véritable. On se rappellera que cet état s'observe surtout après les angines, parfois dans la convalescence des maladies graves, dans la paralysie générale des aliénés, etc.

Traitement. — La dysphagie ne peut être traitée directement : symptôme de lésions très diverses, c'est contre celles-ci que doit être dirigé le traitement. Cependant, comme, portée à un degré extrême, la dysphagie pourrait faire mourir le malade d'inanition, il faut faire arriver des aliments dans le tube digestif, soit par la sonde œsophagienne, si son introduction est possible, soit par des lavements alimentaires, dont la puissance nutritive est malheureusement bien faible, soit même par la gastrotomie lorsque la cause de la dysphagie peut être ainsi annulée.