

compression récurrentielle; dysphonie et dysphagie; le cancer peut même s'accompagner du syndrome basedowien: tremblement, tachycardie, exorbitisme.

L'évolution est en général très rapide et le cancer thyroïdien tue par asphyxie avant l'apparition de la cachexie. Toutefois BARD a attiré l'attention sur ces *cancers latents*, forme médicale du cancer de la thyroïde, dont l'évolution est absolument silencieuse jusqu'à l'apparition des métastases.

Diagnostic. — Au delà de quarante ans, tout goitre qui augmente de volume et de consistance, et surtout adhère à la peau et aux organes voisins, doit être suspect de malignité, qu'il existe ou non des symptômes fonctionnels. Chez un individu non goitreux, il faut éliminer la thyroïdite subaiguë et chronique, et la tuberculose, d'ailleurs très rare. Certaines thyroïdites chroniques ont une consistance ligneuse et étreignent les organes voisins d'une manière si étroite que TAILHEFER leur a donné le nom d'inflammation primitive cancéroforme de la thyroïde. L'évolution seule permet le diagnostic.

Traitement. — L'ablation ne donne de résultat qu'à la phase de végétation intra-capsulaire. Dans les néoplasmes infiltrés, adhérents aux organes voisins, la récurrence est la règle. On en est donc réduit à des interventions palliatives: trachéotomie, libération de la trachée, exothyropexie.

CHAPITRE IV

AFFECTIONS DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE

ARTICLE PREMIER

PROCÉDÉS D'EXPLORATION DE L'ŒSOPHAGE

Les moyens d'exploration de l'œsophage sont: 1° le cathétérisme; 2° l'œsophagoscopie; 3° la palpation, qui ne s'applique qu'à l'œsophage cervical et ne fournit que de médiocres renseignements; 4° l'auscultation.

1° CATHÉTÉRISME

Le malade étant assis, la tête renversée en arrière, l'opérateur se place devant lui: avec l'index gauche, il déprime la langue et guide l'olive exploratrice ou le cathéter vers la paroi postérieure du pharynx. Par le cathétérisme, nous pouvons apprécier: 1° les diminutions de calibre de l'œsophage; 2° le niveau des lésions rétrécissantes ou obstruantes. Donc, pour exécuter correctement le cathétérisme, il faut se rappeler: 1° la longueur normale de l'œsophage; 2° sa direction; 3° son calibre.

I. *Longueur.* — L'œsophage commence au niveau du bord inférieur du cartilage cricoïde, ce qui dans l'attitude normale de la tête répond au corps de la sixième cervicale; il se termine au niveau de la onzième dorsale. Chirurgicalement, l'origine de l'œsophage est séparée de l'arcade dentaire supérieure par une longueur de 15 centimètres chez l'adulte; chez le nouveau-né elle est de 7 centimètres: entre ces deux moyennes, on peut

construire, selon l'âge, une échelle de longueurs. Il en résulte

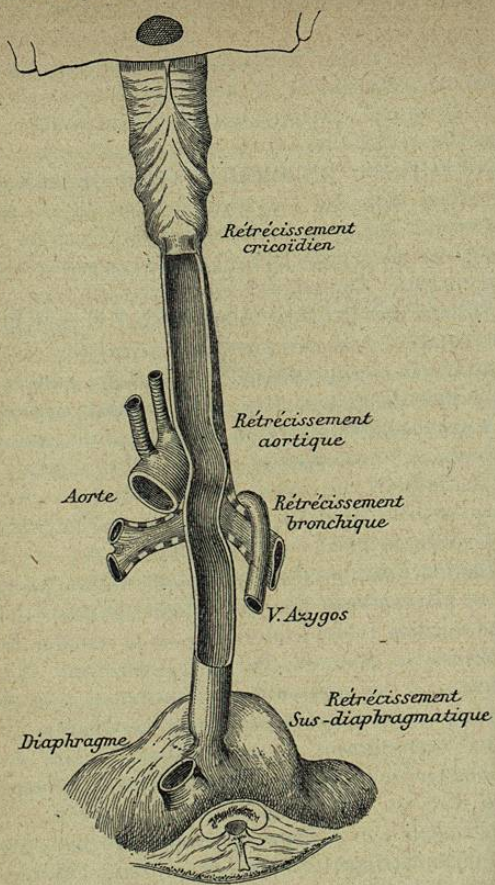


Fig. 103.

Schéma montrant les points normalement plus étroits de l'œsophage.

1° que si, chez l'enfant, on peut atteindre à bout de doigt l'orifice pharyngien de l'œsophage, la chose est impossible

chez l'adulte ; 2° que, lorsqu'on veut déterminer le siège d'un rétrécissement, il faut, chez l'adulte, déduire ces 15 centimètres de la longueur à laquelle la sonde s'arrête. L'orifice inférieur répond, selon MOROSOFF, au bord inférieur du sternum, à l'apophyse épineuse de la dixième dorsale chez l'homme, de la neuvième chez la femme. — La longueur totale de l'œsophage, chez l'adulte, est de 23 à 25 centimètres en moyenne : soit de 4 à 5 centimètres pour la portion cervicale, jusqu'à la hauteur du bord supérieur de la fourchette sternale ; 15 à 16 centimètres pour la portion thoracique ou médiastinale ; 3 à 4 centimètres pour le tronçon abdominal.

II. *Direction.* — En pratique, le chirurgien n'a pas à se préoccuper de l'obliquité de l'œsophage, dirigé de haut en bas et de droite à gauche, ni de ses inflexions transversales (au-dessus et au niveau de la crosse aortique) ou antéro-postérieures. On peut considérer le conduit comme vertical et rectiligne.

III. *Calibre.* — Il faut savoir que l'œsophage présente quatre points rétrécis et quatre segments intermédiaires, plus ou moins dilatés : 1° le *cricoidien*, au niveau de son orifice supérieur ; 2° à 6 ou 7 centimètres plus bas, l'*aortique* (4^e-6^e dorsale), imprimé sur la paroi antéro-latérale gauche par le passage de la crosse aortique ; 3° le *bronchique* (5^e-7^e dorsale) dû à l'empreinte de la bronche gauche sur la paroi antérieure ; 4° le *sus-diaphragmatique*.

Entre ces étranglements physiologiques, sont trois dilatactions fusiformes : 1° la crico-aortique ; 2° l'aortico-bronchique ; 3° le fuseau broncho-diaphragmatique.

Les rétrécissements normaux de l'œsophage constituent des points d'élection pour l'arrêt des corps étrangers. Les deux étranglements supérieurs admettent, chez l'adulte, une olive de 15 millimètres au minimum, de 18 millimètres au maximum de distension tolérée. Il en résulte : 1° lorsque, dans un œsophage d'adulte, on ne peut pas introduire une olive de 14 millimètres, c'est qu'il existe un rétrécissement ; 2° la dilatation ne doit pas dépasser 10 millimètres.

Du rapport de l'aorte avec un point de l'œsophage norma-

lement rétréci, il faut déduire ce précepte pratique : les corps étrangers, arrêtés en ce point, peuvent ulcérer à la longue l'œsophage et l'aorte et il faut redouter, en pareil cas, une exploration de quelque violence. De même, au niveau du rétrécissement bronchique, et dans le cas d'une ulcération carcinomateuse, le cathéter peut créer une fausse route et une fistule œsophago-bronchique.

2° ŒSOPHAGOSCOPIE

Depuis que MIKULICZ et LEITER ont eu l'idée de se servir de miroirs portant avec eux une source de lumière électrique, on a pu appliquer à l'œsophage l'endoscopie : les tubes œsophagiens sont métalliques, d'un diamètre de 10 à 15 millimètres, d'une longueur de 20 à 50 centimètres ; ils sont introduits au moyen d'un mandrin en gomme. L'œsophagoscopie est contre-indiquée dans les processus inflammatoires aigus ou dans les états qui s'accompagnent de troubles respiratoires. MIKULICZ est arrivé aux conclusions suivantes : 1° l'entrée de l'œsophage est fermée par le muscle constricteur inférieur du pharynx ; 2° dans la portion cervicale, la paroi antérieure est appliquée sur la postérieure ; 3° dans la portion thoracique, on trouve un canal ouvert, ce qui est dû à la pression négative du thorax.

3° PALPATION

Pratiquée sur les parties latérales du cou et surtout à gauche, elle peut renseigner : sur la présence d'un corps étranger volumineux ; sur l'existence d'une tumeur ou d'un ganglion (ganglion de Troisier).

4° AUSCULTATION

L'auscultation a été surtout recommandée par KRONECKER et HAMBÜRGER. Lorsqu'on applique un stéthoscope en arrière de la trachée, à gauche, chez un sujet sain, on perçoit, pendant la déglutition des liquides, un gargouillement sonore ; ce bruit est atténué ou retardé lorsque l'organe se rétrécit. Si on

applique le stéthoscope à la partie gauche de l'épigastre, à gauche de l'appendice xyphoïde, on entend, au moment où les boissons dégluties arrivent dans l'estomac vide, un bruit, qu'on appelle *bruit d'expression*, et qui est diminué par les rétrécissements du canal.

ARTICLE II

TRAUMATISMES DE L'ŒSOPHAGE

I. — PLAIES DE L'ŒSOPHAGE

L'œsophage peut être lésé *de dehors en dedans*, par des instruments piquants ou tranchants, ou par des coups de feu, qui atteignent en même temps les organes environnants : leur danger réside dans la médiastinite, dans les fistules qui en peuvent résulter. — *De dedans en dehors*, l'œsophage est parfois blessé par un cathétérisme incorrect, ou par l'extraction d'un corps étranger irrégulier et fixé. — Les brûlures œsophagiennes, par l'ingurgitation de liquides caustiques, occupent surtout l'orifice supérieur du conduit et sa partie terminale. Elles aboutissent ordinairement à un rétrécissement.

II. — CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE

Les corps étrangers sont introduits dans l'œsophage par *imprudence* (fragments d'os brusquement déglutis avec une gorgée de bouillon, objets contenus dans la bouche et avalés par surprise chez les enfants), par *gageure* (clef, cuiller, fourchette, couteau, introduits à la suite de paris), par *troubles psychiques* (témoin le poète Gilbert qui avala la clef de son armoire), ou par *accident* (pièces de dentier détachées pendant le sommeil chloroformique).

Le point d'arrêt des corps étrangers répond aux trois rétrécissements normaux du conduit : 1° à l'*orifice pharyngien*, où s'enclavent les corps volumineux, déterminant aussitôt des trou-

bles respiratoires graves; 2° au niveau du *croisement de l'aorte* où s'arrêtent les corps qui ont pu franchir l'isthme pharyngo-œsophagien (pièce de monnaie, fragment d'os); 3° au niveau du *cardia*. — Une fois arrêté, le corps s'enclave par la contraction même de la musculature pariétale, excitée par les efforts de déglutition ou par les vomissements. Puis, l'inflammation de la muqueuse, et son ulcération, résultant du séjour prolongé du corps étranger, augmentent cette fixation.

Symptômes. — Les symptômes sont différents selon le volume de l'objet et suivant qu'il a franchi l'isthme pharyngo-œsophagien ou qu'il s'est arrêté à ce niveau. Un corps volumineux, enclavé à l'orifice supérieur, bouche à la fois l'œsophage et le larynx : on voit alors survenir de la suffocation, de la cyanose de la face, l'asphyxie si le corps n'est pas régurgité ou extrait. Lorsque l'objet est moins obstruant, qu'il a franchi l'isthme et s'est fixé au-dessous, le malade présente : 1° une *douleur*, constante en son siège, exacerbée par chaque tentative de déglutition; 2° une *dysphagie*, variable selon l'obstruction et pouvant aller jusqu'à la régurgitation des aliments mêlés de glaires ou de sang; 3° une *dyspnée* qui est peu marquée lorsque le corps étranger est descendu au-dessous de l'isthme pharyngo-œsophagien.

Complications. — Le séjour du corps étranger peut entraîner : 1° un abcès de la paroi siégeant dans le tissu sous-muqueux et tendant à s'ouvrir vers l'intérieur de l'œsophage; 2° de la péri-œsophagite, redoutable par les fusées purulentes qui se produisent dans le médiastin; 3° la perforation des organes voisins, surtout la perforation de l'aorte (la plus fréquente en raison de ses rapports avec une portion rétrécie), et celle de la plèvre lorsque le corps occupe la portion intra-médiastinale, d'où résulte rapidement un pyo-pneumo-thorax.

Diagnostic et traitement. — Quand le corps étranger n'a pas franchi l'orifice supérieur, on peut parfois reconnaître sa présence avec le doigt introduit dans le pharynx. Pour les corps inaccessibles au doigt, il faut explorer l'œsophage, soit avec l'explorateur à boule olivaire, soit avec le panier de Græfe, qui a l'avantage de charger au retour le corps étranger. Un objet de

petit volume, un menu fragment implanté dans la paroi, peuvent échapper au panier de Græfe : il faut se servir alors, soit de l'éponge qui termine de l'autre côté l'instrument, soit du parapluie de Fergusson composé d'un faisceau de crins qui s'écarte en éventail circulaire. Le crochet de Kirmisson est très utile pour extraire les sous avalés.

L'*œsophagotomie externe* est indiquée : lorsque l'extraction d'un corps étranger par la bouche ou sa propulsion dans l'estomac ont échoué; lorsqu'elles sont de prime abord impossibles ou imprudentes : c'est le cas de fragments d'os ou de râteliers fixés depuis quelques jours, chez un malade ayant la voix rauque, le cou douloureux à la palpation, crachant une abondante quantité de salive, ce qui indique l'obstruction du conduit, parfois teintée de sang, ce qui témoigne des lésions de sa paroi. — Pour aborder l'œsophage cervical, on fait, sur le côté gauche du cou, une incision dont le milieu répond à un travers de doigt au-dessous du cricoïde; le jalon est le lobe gauche du corps thyroïde; on le contourne jusqu'à ce qu'on soit sur la trachée : l'œsophage est en arrière, on l'incise longitudinalement. — L'œsophage intra-médiastinal peut être abordé à gauche, après résection des 3°, 4°, et 5° côtes, et décollement de la plèvre : NASILOFF, QUÉNU et HARTMANN ont réglé ce point de médecine opératoire; nous avons été le premier à le tenter chez l'homme.

ARTICLE III

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

Le calibre de l'œsophage peut être rétréci par des causes diverses : 1° par une *malformation congénitale*, ce qui est exceptionnel; 2° par une *cicatrice*; 3° par un *néoplasme des parois*; 4° par un *spasme*; par un *corps étranger* faisant obstruction (obstructions-stenosen des Allemands); 6° par la *compression* d'une tumeur du voisinage (compressions-stenosen)

du corps thyroïde, du larynx, du médiastin, surtout par un anévrysme de l'aorte.

En pratique, les trois variétés intéressantes sont : 1° le rétrécissement spasmodique ; 2° le cancéreux ; 3° le cicatriciel. Mais les deux premières espèces doivent être étudiées à part : œsophagisme et cancer de l'œsophage. Les vrais rétrécissements de l'œsophage sont les sténoses fibreuses ou cicatricielles, caractérisées par ce fait anatomique essentiel que l'altération scléreuse des parois de l'organe est susceptible de régression sous l'influence du traitement convenable.

I. — RÉTRÉCISSEMENTS FIBREUX

Étiologie. — Deux espèces sont à distinguer : 1° les rétrécissements inflammatoires ; 2° les rétrécissements cicatriciels. *Inflammatoires*, ils peuvent être consécutifs à une œsophagite aiguë (suite de muguet, de variole, de fièvre typhoïde) ou chronique (rétrécissements syphilitiques admis par FOURNIER et CORNIL, attribués à des dépôts gommeux dans l'épaisseur de la paroi, analogues aux rétrécissements dits syphilitiques du rectum). — *Cicatriciels*, ils résultent exceptionnellement d'un ulcère rond de l'œsophage, lésion étudiée par VIRCHOW, QUINCKE, DEBOVE ; rarement d'une lésion tuberculeuse ulcérée, ou de l'érosion déterminée par la présence ou l'extraction d'un corps étranger, ou d'une plaie par instrument tranchant ou par arme à feu ; dans la presque totalité des cas, ils sont consécutifs à des lésions corrosives produites par des liquides caustiques, avalés par erreur ou dans une tentative de suicide (lessive de soude employée à la préparation des olives, eau de Javel, acide sulfurique).

Anatomie pathologique. — *Siège.* Le siège de ces rétrécissements a pour lieu d'élection, selon VON HACKER, les trois points rétrécis de l'œsophage : son orifice supérieur ; les environs de la bifurcation trachéale ; sa partie inférieure. Ce dernier point est un lieu d'élection, ce qui s'explique par ce fait que, dans une déglutition, le liquide ne descend pas par mouvements péristaltiques successifs, mais est projeté de

l'extrémité inférieure du pharynx vers le cardia. — *Nombre.* On ne trouve ordinairement qu'un seul point rétréci, mais les sténoses peuvent être multiples. — *Forme.* La forme de ces cicatrices fibreuses diffère selon la profondeur de la lésion caustique qui leur a donné naissance : quand la nécrose se limite à la muqueuse et à la sous-muqueuse, il en résulte des formations inodulaires superficielles prenant l'aspect soit d'une bride linéaire, soit d'un repli semi-lunaire, soit d'un anneau fibreux. Dans les corrosions plus profondes, entamant la musculature, gagnant même les tissus péri-œsophagiens, on observe des cicatrices épaisses et calleuses pouvant atteindre 3 à 10 centimètres de longueur, prenant une forme annulaire ou tubulaire, pouvant déplacer l'axe de la lumière œsophagienne (orifices excentriques) et devenir ainsi l'amorce de fausses routes. — *Lésions concomitantes.* Au-dessus du rétrécissement, on constate soit une sorte d'infundibulum, soit une distension cylindrique du canal par rétro-dilatation.

Symptômes. — La douleur qu'ont causée les phénomènes inflammatoires et les ulcérations corrosives, se calme après la formation des cicatrices. C'est la *dysphagie*, qui attire l'attention du malade : d'abord les aliments solides seuls sont arrêtés, les efforts de déglutition amènent la régurgitation, qui ne se produit que lorsque la sténose siège à la partie supérieure du conduit ; si l'obstacle est bas situé et si la rétro-dilatation est considérable, le rejet se fait attendre une ou deux heures et se montre sous la forme d'un véritable vomissement œsophagien. Par les progrès lents du rétrécissement ou sous l'influence brusquement manifestée d'un spasme, les aliments liquides sont à leur tour arrêtés ; dès lors, c'est l'inanition, si l'on n'y porte remède.

Diagnostic. — Un malade, atteint de dysphagie, déclare avoir avalé, quelque temps avant, un liquide caustique ou un corps étranger : le cas est net. Il s'agit d'un rétrécissement cicatriciel, et il faut, par le cathétérisme, fixer les points suivants : 1° c'est bien un rétrécissement fibreux et non un spasme (ce qui est indiqué par la permanence du degré et du siège de l'obstacle) l'œsophagisme étant intermittent et

n'offrant pas l'aggravation régulière de la sténose fibreuse ; 2° quel est le siège du rétrécissement ; 3° le rétrécissement est-il unique ou multiple ?

Quand ce commémoratif manque, le diagnostic comporte des difficultés : a-t-on affaire à un de ces rétrécissements syphilitiques ou alcooliques dont quelques rares exemples ont été fournis ? Ou bien, éventualité plus fréquente, s'agit-il d'un carcinome ? — Ce dernier diagnostic est fixé par les considérations d'âge du sujet, par la mollesse du rétrécissement (hémorragies à l'occasion du cathétérisme), par la présence de ganglions sus-claviculaires, par les régurgitations sanguinolentes, par l'absence d'une phase préalable d'œsophagite aiguë, quelquefois par l'apparition d'une phlegmatia alba dolens.

Traitement. — Deux cas sont à considérer. Si le rétrécissement est franchissable, il faut en pratiquer la dilatation progressive au moyen des bougies de Bouchard, cylindro-coniques, introduites tous les deux jours. L'œsophagotomie interne, pratiquée par MAISONNEUVE, analogue à l'uréthrotomie, est une intervention périlleuse (4 morts opératoires sur 17 cas). L'électrolyse a donné de meilleurs effets ; mais il n'est point établi que ses résultats soient stables. — Quand le rétrécissement est infranchissable, il faut faire la *gastrostomie*

II. — CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Étiologie. — Le cancer de l'œsophage atteint l'homme plus souvent que la femme, sept fois plus, d'après ZENKER. L'âge habituel est de quarante-cinq à cinquante ans. L'alcoolisme n'a qu'une influence secondaire.

Anatomie pathologique. — Les deux lieux d'élection de ce néoplasme sont : 1° selon ZENKER et ZIMMERMANN, l'extrémité inférieure ; 2° selon CORNIL, la partie moyenne, au niveau de la bifurcation des bronches. — Le cancer de l'œsophage est un épithélioma, développé aux dépens de la muqueuse, offrant le plus souvent le type de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Le néoplasme infiltre d'abord la muqueuse et la sous-muqueuse, puis tend à s'étendre circonférenciellement, de façon à former

virole circulaire sur une hauteur variant entre 2, 4 et 10 centimètres. Le rétrécissement cancéreux est alors constitué.

A la période d'infiltration succède l'ulcération : la surface est bourgeonnante ; la destruction s'étend, vers les organes voisins, dans les tissus infiltrés par le cancer. De là, les perforations qui atteignent surtout la trachée et les bronches. De bonne heure, les ganglions médiastinaux et prévertébraux sont envahis et forment une chaîne qui se prolonge jusqu'au-dessus de la clavicle : d'où l'importance, au point de vue du diagnostic, de la tuméfaction ganglionnaire sus-claviculaire (signe de Troisier).

Symptômes. — La *dysphagie progressive*, par épaississement et rétrécissement de l'œsophage cancéreux : voilà le symptôme dominant. Légère au début, elle acquiert graduellement toute sa gravité : pendant des semaines ou des mois, avec des aggravations intermittentes dues au spasme, les aliments bien mâchés et bien imbibés passent encore ; puis, ils sont rejetés par régurgitation immédiate ou par vomissement œsophagien quelque temps après leur ingestion ; parfois, ils se mélangent de caillots noirâtres, de débris mous venant des fongosités cancéreuses ; certains malades régurgitent d'abondantes quantités de salive filante et gluante, accumulée pendant le sommeil dans la poche œsophagienne rétro-stricturale.

Progressivement, ou bien parfois d'une façon subite, ce qui est dû à un spasme, la dysphagie devient absolue : les liquides eux-mêmes ne passent plus. L'état normal peut reprendre après deux ou trois jours ; ou bien l'obstruction est définitive et l'inanition menaçante.

La *douleur* n'est pas constante : elle siège derrière le sternum ou entre les épaules, s'irradie parfois au cou et à l'épigastre. La fétidité de l'haleine et les hémorragies, spontanées ou consécutives au cathétérisme, sont à signaler. Plus rares sont : le hoquet, les désordres laryngés attribuables à la compression des récurrents.

La marche est rapide : durée moyenne, une année. La fin arrive par l'inanition et par la cachexie ; elle est accélérée par

les perforations, surtout par l'ulcération des bronches et la pneumonie septique.

Traitement. — Le traitement est palliatif : la résection de l'œsophage, applicable seulement à la portion cervicale, n'a été tentée que par CZERNY et BERGMANN. Comme palliatifs, on a : 1° la sonde à demeure ou bien le tubage du rétrécissement cancéreux à l'aide de canules courtes, comme l'ont pratiqué SYMONDS et LEYDEN; 2° la gastrostomie, aujourd'hui acceptée comme le moyen de choix.

III. — RÉTRÉCISSEMENTS SPASMODIQUES DE L'ŒSOPHAGE

Sous le nom d'*œsophagisme*, de rétrécissement spasmodique de l'œsophage, on décrit une contracture réflexe, se produisant par l'intermédiaire des nerfs vagues et résultant de causes diverses. Ces spasmes sont : 1° *idiopathiques*, chez les hystériques, les hypocondriaques; 2° *symptomatiques*, dans le cas d'une lésion de l'œsophage (ulcération, néoplasme, corps étranger), d'une affection du cardia, d'un ulcère laryngé.

La dysphagie est le symptôme dominant de l'œsophagisme : elle a pour caractères d'*apparaître brusquement*, d'*atteindre d'emblée son maximum* et d'*être intermittente*. — Le rétrécissement spasmodique a pour lieu d'élection l'*extrémité supérieure* de l'œsophage : habituellement, le spasme est accompagné d'une sensation pénible de constriction qui siège à ce niveau.

En pratique, il est important de compter avec cet élément spasmodique qui complique souvent d'une façon décevante les rétrécissements cicatriciels et cancéreux et qui brusquement ajoute à la sténose fibreuse ou néoplasique, encore perméable, une imperméabilité passagère. Le cathéter explorateur est arrêté sur l'obstacle ; mais si l'on prolonge la pression, il arrive généralement que la sonde passe : c'est l'élément le plus précis de diagnostic. Comme tous les réflexes, l'œsophagisme présente des variétés d'allure : il est rare qu'il se prolonge pendant des semaines au point d'entraîner l'inanition progressive.

Le traitement est médical par les antispasmodiques, et chirurgical par la dilatation progressive.

ARTICLE IV

DIVERTICULES DE L'ŒSOPHAGE

On désigne sous le nom de *diverticules* les dilatations partielles de la paroi œsophagienne.

Depuis ZENKER et ZIEMSEN, on distingue deux classes : les diverticules par *traction* ; les diverticules par *propulsion*.

Les premiers, peu développés, siègent au voisinage de la bifurcation des bronches : ils résultent de tractions exercées sur la paroi antérieure de l'œsophage par des adhérences cicatricielles, formées à la suite d'adénites médiastinales, de péri-œsophagites.

Les diverticules par propulsion sont plus importants à connaître pour le chirurgien : leur siège d'élection est la région cervicale, surtout au niveau de l'union du pharynx et de l'œsophage et sur la paroi postérieure du canal. Un orifice de grandeur variable, par où s'engagent les aliments, s'ouvre dans la poche diverticulaire : celle-ci, d'abord simple dépression de la paroi pharyngée, petite dilatation utriculaire, s'accroît peu à peu, sous la poussée excentrique des aliments déglutis, jusqu'à former un véritable sac de quelques centimètres. Il est probable que ces diverticules tiennent à un vice de développement, et à la préexistence congénitale de petites fossettes, progressivement agrandies par le bol alimentaire, de la même façon que se développent les cellules vésicales.

Quand une poche diverticulaire de quelque volume s'est for-



Fig. 104.
Diverticule de l'œsophage
(d'après KOENIG).

mée, on observe une dysphagie d'un caractère spécial : les aliments, facilement avalés, s'amassent dans le diverticule ; celui-ci, une fois plein, comprime l'œsophage et empêche dès lors la déglutition. Il est possible quelquefois de sentir alors, sur les côtés du cou, une tumeur molle, dépressible, réductible par compression. Le cathétérisme donne des résultats variables : si la sonde enfile la poche, elle y bute ; dans d'autres cas, elle peut descendre librement jusqu'à l'estomac.

Actuellement, le traitement de choix consiste dans l'extirpation de ces diverticules cervicaux : NICOLADONI, BERGMANN, KÖNIG, KOCHER l'ont pratiquée.

ARTICLE V

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

Définition. — L'abcès rétro-pharyngien est un *adéno-phlegmon des ganglions prévertébraux* de la région cervicale : cette localisation anatomique a été surtout précisée par la thèse de GILETTE, en 1867.

Étiologie. — L'origine de cet adéno-phlegmon réside dans une infection produite au niveau de la zone des lymphatiques afférents aux ganglions pré-rachidiens du cou. Or, ces ganglions sont les aboutissants de tous les vaisseaux blancs des premières voies respiratoires : fosses nasales, naso-pharynx, pharynx supérieur.

Donc, toutes les lésions des muqueuses de ces régions, qui ouvrent une porte d'entrée aux micro-organismes pyogènes de la bouche et du nez, peuvent être la cause de ces infections ganglionnaires. Ainsi interviennent chez les enfants, qui sont plus exposés que l'adulte à l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien, les fièvres éruptives avec leurs localisations naso-pharyngées fréquentes (surtout la scarlatine et la rougeole), les angines, les érosions pharyngo-buccales du lymphatisme, exceptionnellement les lésions traumatiques de la muqueuse. — Chez l'adulte, les accidents naso-pharyngiens de la syphilis secondaire, les

érosions opalines des plaques muqueuses, peuvent devenir, ainsi que VERNEUIL, GILETTE et FOURNIER l'ont établi, l'origine d'adénites suppurées de l'arrière-pharynx (bubon post-pharyngien de VERNEUIL), en servant de porte d'entrée aux microbes pyogènes des infections secondaires.

A côté de ces adénites rétro-pharyngiennes *aiguës*, il faut signaler des adénopathies *chroniques* pré-rachidiennes, de l'arrière-pharynx, qui sont de nature bacillaire et se rattachent, comme lésion originelle, à une tuberculose de la partie haute de la colonne vertébrale : ces abcès *froids* rétro-pharyngiens, symptomatiques d'un mal de Pott cervical, sont presque aussi fréquents que les abcès *chauds* ganglionnaires de la région.

Anatomie pathologique. — A la faveur d'une érosion muqueuse, les streptocoques de la bouche, plus rarement les pneumocoques ou les staphylocoques, ont pénétré dans le réseau lymphatique du naso-pharynx : ils sont ainsi portés dans les ganglions cervicaux pré-rachidiens, dont la topographie a été précisée par GILETTE. Ces ganglions sont échelonnés le long de la colonne cervicale : selon GOUGUENHEIM, le siège le plus fréquent de l'adéno-phlegmon se trouve au niveau de la partie inférieure du pharynx ; d'où l'erreur de MONDIÈRE à qui l'on doit la première étude sur l'abcès rétro-pharyngien et qui le décrit comme une œsophagite. Bien que les ganglions soient situés sur les côtés du rachis et que l'adéno-phlegmon commence par les parties latérales, c'est surtout vers la ligne médiane qu'il évolue, et, grâce à la laxité du tissu sous-muqueux, y pointe au maximum, ce qui permet de l'ouvrir, sans péril hémorragique, sur la ligne médiane. Toutefois, il est plus exact de dire, avec ROCHARD, que l'adénite post-pharyngienne commence ordinairement à la partie supérieure : si l'abcès descend très bas, c'est qu'il a fusé et décollé le pharynx. — Dans quelques cas, la situation de l'adénite est franchement latérale : l'abcès est latéro-pharyngien, plutôt que rétro-pharyngien ; il s'agit alors d'adéno-phlegmons développés dans les ganglions situés en dehors de la carotide.

Symptômes et diagnostic. — Chez les tout jeunes, la marche peut être très rapide ; le petit malade est exposé à

mourir par asphyxie, si l'affection n'est pas reconnue et traitée à temps. La dysphagie et la gêne respiratoire sont les deux symptômes qui doivent attirer l'attention du médecin du côté de la gorge. S'il s'agit d'un nourrisson, l'enfant lâche le sein à tout moment; il crie, ne peut avaler le lait qui s'écoule hors de sa bouche, et renverse sa tête en arrière. Des accès de suffocation apparaissent qui résultent de la présence de l'abcès volumineux, en regard de l'entrée du larynx. On peut croire, en pareil cas, à une laryngite striduleuse ou croupale : le diagnostic est souvent malaisé et n'est tranché que par le toucher. Portez l'index très bas, en arrière de la langue, vers le plan pré-vertébral : vous percevrez une tumeur chaude, rénitente ou molle, selon la phase de la suppuration, donnant au doigt la sensation de *choc en retour*, quand le pus est bien collecté. — A-t-on affaire à un enfant plus âgé ou à un adulte, l'examen devient plus facile : le malade tient sa colonne cervicale immobilisée par la contracture; il éprouve de la peine à déglutir sa salive et ses aliments même liquides; la gêne respiratoire est marquée et il en résulte une insomnie, parfois des crises de suffocation; on sent de l'empâtement dans la région rétro-sternomastoïdienne; le toucher constate l'existence de l'abcès bombant dans le pharynx.

Traitement. — Doit-on ouvrir l'abcès rétro-pharyngien par la bouche? Ou bien faut-il l'inciser par l'extérieur, en arrière du sterno-mastoïdien, selon la méthode de Watson-Cheyne? — Chez les enfants, la voie buccale est la meilleure : un coup de pointe sur la ligne médiane évacue l'abcès; après l'ouverture, placez rapidement le petit malade en tête basse, pour que le pus s'écoule. S'il s'agit d'un abcès pointant plutôt sur les côtés du pharynx, comme c'est le cas de maints abcès froids, il vaut mieux l'aborder par l'incision externe.

SIXIÈME PARTIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA POITRINE

CHAPITRE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES

ARTICLE PREMIER

CONTUSIONS DU THORAX

Étiologie. — Un corps contondant, animé d'une force vive notable, vient frapper le thorax; ou bien, ce dernier subit une pression violente et brusque entre deux corps résistants, comme entre une roue et le sol; ou bien enfin, dans une chute d'un lieu élevé, la poitrine heurte le sol, la saillie d'un trottoir, d'un escalier, d'une vergue, d'une grosse pierre.

Formes cliniques. — Dans ces trois conditions, trois éventualités peuvent se produire : 1° une contusion simple de la paroi, limitée aux parties molles, sans fractures de côtes, sans déchirure du poumon; 2° sans lésion de la cage thoracique, une contusion et une déchirure de poumon; 3° coïncidant avec une fracture de côtes, une déchirure pulmonaire due à la lésion du viscère par la saillie des fragments repoussés en dedans.

1° **CONTUSION SIMPLE.** — Dans le cas d'une contusion simple, on trouve : au niveau du point frappé, une *ecchymose* ou un