

œdémateuse : difficulté d'accomplir l'inspiration et facilité d'exécuter l'expiration, aphonie, accidents de suffocation. Cela résulte de ce que la collection purulente donne lieu à un œdème du tissu cellulaire sous-muqueux de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, en même temps que l'épiglotte elle-même est refoulée sur l'orifice supérieur du larynx. Il y a aussi un gonflement de la région thyro-hyoïdienne, avec chaleur, douleur, difficulté dans la déglutition et la phonation.

La collection purulente se porte de préférence du côté de la bouche et forme une saillie entre la base de la langue et l'épiglotte. Si on ne prévient pas la formation du pus par un traitement antiphlogistique local et des frictions résolutive, il faut ouvrir l'abcès, d'après le procédé proposé par Vidal : on divise transversalement la membrane thyro-hyoïdienne, en rasant le bord inférieur de l'os hyoïde ; puis, avec un petit stylet, on écarte les mailles du tissu cellulaire qui séparent la membrane fibreuse de la muqueuse. Lorsque le pus n'est pas encore formé, l'opération précédente sert à débrider le foyer inflammatoire, ce qui prévient la suffocation.

(c) Dans la région *laryngo-trachéale*, les abcès développés sous le feuillet superficiel de l'aponévrose du cou peuvent arriver dans la région sus-claviculaire ou sous le sterno-mastoïdien. Ceux qui se forment au-dessous du feuillet profond de l'aponévrose fusent parfois dans la poitrine.

(d) Les abcès qui se forment dans la gaine du *muscle sterno-mastoïdien*, et qui ont souvent pour point de départ une lésion des amygdales, une inflammation des ganglions voisins, donnent lieu à la production d'une tumeur fusiforme, avec chaleur et tension, sur la partie latérale et antérieure du cou. Si on cherche à déplacer cette tumeur, on reconnaît que le muscle sterno-mastoïdien en suit les mouvements. Le pus peut s'accumuler dans la gaine du sterno-mastoïdien, ou bien se frayer un passage à travers cette enveloppe fibreuse et se disséminer dans le tissu cellulaire environnant.

(e) Les abcès de la région *carotidienne* fusent vers le sternum et la région parotidienne.

(f) Dans la région *sus-claviculaire*, si l'abcès est en dehors de l'aponévrose cervicale, il se dirige vers la peau ; s'il est au-dessous du fascia, il se porte vers l'aisselle.

(g) Les abcès de la partie postérieure du cou, ou de la *nuque*, présentent peu de relief, alors même qu'ils sont sous-cutanés, parce que le tissu cellulaire de la région est dense et serré.

Sous le nom de **PHLEGMON LARGE DU COU**, Dupuytren a décrit une phlegmasie qui occupe les parties latérales du cou et qui s'étend parfois de l'oreille à la clavicule. Elle comprend non-seulement le tissu cellulaire, mais les muscles et les ganglions cervicaux. Elle débute quelquefois par une angine, et bientôt l'un des côtés du cou devient le siège d'un gonflement diffus avec rougeur de la peau et douleur pulsative ; le cou est incliné du côté sain ; quelquefois les mâchoires ne peuvent s'écarter. En même temps se manifestent des phénomènes généraux ; parfois il y a de l'assoupissement et du délire par suite de la compression qu'exercent les

tissus enflammés sur la veine jugulaire interne, ce qui met obstacle au retour du sang veineux de la tête.

C'est sous l'influence de l'action d'un courant d'air froid que la phlegmasie se développe, parfois à la suite d'une contusion. Dupuytren a surtout noté la maladie chez les crieurs publics, les marchands ambulants. Les femmes y sont plus exposées que les hommes.

L'affection a une marche assez lente ; la tumeur est dure au début, surtout au-dessous des oreilles. Au bout de deux à trois semaines, elle fournit aux doigts une sensation d'empâtement sans fluctuation. On cherchera à obtenir la résolution du phlegmon, par les antiphlogistiques locaux, les onctions hydrargyriques ; si le mal se termine par suppuration, on ouvre l'abcès en incisant les parties molles couche par couche.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS.

Ces abcès se développent dans le tissu cellulaire qui sépare le pharynx de la face antérieure de la colonne vertébrale. Ils sont plus fréquents dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie. Sur 58 cas réunis par Allin (de New-York), il y en avait 18 chez des enfants âgés de quatre mois à trois ans, 40 chez des enfants de trois à cinq ans. Les enfants scrofuleux y sont plus exposés que ceux d'une bonne constitution. On observe parfois la maladie dans la convalescence de la scarlatine (West). Cette inflammation est parfois la conséquence de la propagation d'une amygdalite ou d'une pharyngite. Dans d'autres cas, elle succède à l'introduction dans la gorge de boissons trop chaudes. On l'attribue encore au rhumatisme, à un refroidissement brusque, à une blessure du pharynx.

Symptômes. L'affection s'annonce par de la fièvre, une gêne de la déglutition et de la difficulté pour respirer. Si le sujet peut rendre compte de ses sensations, il accuse une douleur au fond de la gorge et de toute la région cervicale. Dans la première période, on trouve une rougeur plus ou moins vive de l'isthme du gosier ; plus tard, on découvre, par la vue ou par la palpation avec le doigt porté au fond de la bouche, une tumeur plus ou moins volumineuse, lisse, arrondie, de la paroi postérieure du pharynx, s'avancant dans quelques cas jusqu'à la base de la langue ; on perçoit dans cette tumeur une sensation de rénitence.

Si l'affection est abandonnée à sa marche naturelle, la gêne de la déglutition et de la respiration est plus marquée. Les liquides refluent par les fosses nasales ; la respiration devient bruyante et stertoreuse. La compression exercée par la tumeur sur les veines avoisinantes donne lieu à un œdème sur les côtés du cou, et en raison de l'obstacle au retour du sang veineux de l'encéphale, produit des phénomènes de congestion ou d'irritation cérébrale, de la somnolence ou du délire. Chez quelques sujets, le larynx est déplacé en avant et l'épiglotte devient le siège d'un gonflement œdémateux qui ajoute encore aux difficultés de la respiration. Il y a des malades qui accusent la sensation d'un corps flottant dans le pharynx.

Marche. Terminaisons. Si l'art n'intervient pas, le malade succombe à une asphyxie lente, par suite de l'obstacle à l'entrée de l'air dans les voies aériennes et par la compression que la tumeur exerce sur les nerfs laryngés (Giraldès). D'autres fois l'abcès se rompt et le pus s'épanche dans le thorax, ou s'infiltré au loin dans le tissu cellulaire du cou, ce qui amène une mort prompte.

Diagnostic. On peut confondre l'abcès rétro-pharyngien, surtout chez les enfants, avec le croup et l'œdème de la glotte. Mais l'abcès reste quelquefois stationnaire pendant un certain temps, ou s'aggrave plus lentement que le croup et l'angine laryngée œdémateuse. L'inspection du fond de la gorge et la palpation de cette région avec le doigt démontrent l'existence d'une tumeur qui n'existe qu'en cas d'abcès rétro-pharyngien et qui fait défaut dans le croup et l'angine laryngée œdémateuse. On ne confondra pas l'abcès rétro-pharyngien avec un abcès froid qui se forme parfois dans la même région, et qui est symptomatique d'une altération des vertèbres (voy. t. I, p. 108), parce que dans le dernier cas la marche de l'affection est très-lente et qu'il n'y a pas production rapide de phénomènes asphyxiques.

Traitement. Dans la première période, on combat la phlegmasie par l'application de sangsues aux angles de la mâchoire, des dérivatifs sur le canal intestinal. Lorsque le pus est formé, il faut, pour prévenir l'accumulation du liquide et les obstacles qui en résultent pour le passage de l'air, pratiquer l'ouverture de la collection. Deux voies se présentent : le fond de la bouche et le côté du cou.

Ouverture de l'abcès par le fond de la bouche. Après avoir fait fixer la tête du malade, on porte l'index de la main gauche jusqu'au fond de la gorge. On peut, pour prévenir les effets d'une morsure, garnir ce doigt de linge ou tenir les mâchoires écartées par des coins de liège. On conduit sur le doigt un bistouri droit dont la lame est entourée, jusqu'à 2 centimètres de la pointe, d'une bandelette de diachylon gommé, et on enfonce l'instrument directement d'avant en arrière. On a recommandé de ne pas enfoncer le bistouri trop profondément, pour éviter une blessure du plexus veineux pharyngien. Le bistouri est préférable au trocart. Après l'ouverture de l'abcès, si on s'aperçoit que pendant la déglutition les boissons s'engagent dans le foyer purulent, il faut pendant quelques jours nourrir le malade avec une sonde œsophagienne.

Ouverture de l'abcès par la région cervicale. Ce procédé, mis en usage par Petruni, consiste à inciser couche par couche les parties molles de la région cervicale, le long du bord *postérieur* du muscle sterno-mastoïdien, pour arriver sur l'œsophage qu'on ouvre, ce qui permet d'inciser ensuite la tumeur à sa partie déclive. Les difficultés d'exécution de ce procédé doivent le faire rejeter.

CHAPITRE V.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE.

On comprend sous ce nom des diminutions *temporaires* ou *permanentes* de la capacité de l'œsophage, reconnaissant pour point de départ, soit une altération des parois, soit une perversion de fonctions de ce conduit.

Les rétrécissements de l'œsophage sont *inflammatoires*, *organiques* ou *spasmodiques*.

1° RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES. Ils sont le plus souvent la conséquence de l'ingestion de substances caustiques, ainsi qu'il arrive lorsqu'un sujet tente de se détruire en avalant de l'acide sulfurique, de l'acide nitrique, une solution de carbonate de potasse. Ou bien ils succèdent à l'introduction dans l'œsophage de corps étrangers volumineux, irréguliers; à des tentatives d'extraction nombreuses et maladroites de ces corps; à la déglutition d'un liquide très-chaud ou très-froid. Plus rarement, ils sont le résultat de l'usage interne et à haute dose de la teinture d'iode, d'un traitement hydrargyrique poussé jusqu'à la salivation, de coups portés sur la région du cou, d'un violent accès de colère (Barras). On a signalé aussi l'influence du rhumatisme, de la rougeole, de la scarlatine. La muqueuse du pharynx et de l'œsophage a été trouvée enflammée chez les sujets atteints de rage.

Symptômes. La maladie débute par un sentiment de gêne ou de douleur légère au moment de la déglutition. Plus tard, la douleur devient tellement vive, que la déglutition des aliments et des boissons est impossible. Si le rétrécissement occupe la partie supérieure de l'œsophage, la déglutition est arrêtée promptement et le bol alimentaire rejeté tout de suite; si le rétrécissement occupe le voisinage du cardia, il se passe un temps plus long entre l'ingestion de l'aliment et son expulsion. Le siège de la douleur varie : c'est au niveau du larynx, ou à l'épigastre, ou entre les épaules; ou bien encore au niveau de la circonférence supérieure du thorax, à l'endroit où l'œsophage pénètre dans la poitrine. La douleur augmente quelquefois pendant le décubitus dorsal, presque toujours par les mouvements brusques de la tête, par la pression sur certains points du cou. Il existe un hoquet fréquent et pénible. Le malade rend par l'expuition des matières glaireuses en plus ou moins grande quantité; il y a parfois vomissements des liquides de l'estomac, par action réflexe. Tous ces phénomènes ont une intensité plus marquée, lorsqu'à l'inflammation de l'œsophage se joint un spasme du conduit. En général, il existe des symptômes généraux : fièvre intense, soif ardente, parfois délire.

Marche. Terminaisons. L'inflammation de l'œsophage se termine rarement par *résolution* complète, bien plus souvent par *induration*, d'où la production de rétrécissements *organiques* (voy. plus loin). Des *abcès* se for-