

**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-

ment parfois dans l'épaisseur des tuniques ou à l'extérieur du conduit. Le pus est alors expulsé spontanément par le vomissement, ou bien à la suite d'un cathétérisme de l'œsophage. On a signalé la formation de *fistules* œsophagiennes. Des ulcérations compliquent parfois le rétrécissement inflammatoire. La terminaison par *gangrène* est très-rare.

**Anatomie pathologique.** Les altérations siègent dans la muqueuse seulement, et alors tantôt les divers éléments de la membrane sont affectés (œsophagite simple), tantôt la phlegmasie occupe spécialement les follicules (œsophagite folliculeuse); ou bien ces altérations s'étendent au tissu cellulaire sous-muqueux en même temps. On trouve une rougeur uniforme ou par plaques de la muqueuse, qui est boursoufflée au point d'effacer complètement dans certains cas la lumière du canal, parfois ramollie à un degré tel que l'on peut détacher de larges lambeaux d'épithélium. Dans l'œsophagite *folliculeuse*, il existe des élevures rouges, arrondies, souvent percées d'un orifice au centre. En cas d'ulcérations, il n'est pas rare de constater un épaissement des tuniques de l'œsophage autour de la perte de substance.

**Diagnostic.** On peut confondre l'inflammation de l'œsophage avec certaines affections du pharynx et du larynx qui donnent lieu à la dysphagie, avec des abcès profonds du cou. On tiendra compte des antécédents, des troubles de la phonation, du siège exact de la douleur.

**Traitement.** Il doit être antiphlogistique dans la première période : émissions sanguines générales, sangsues et cataplasmes émollients sur les côtés du cou. Le malade est condamné à l'abstinence de tout aliment et on le nourrit avec des lavements de bouillon; on lui donne pour boisson des liquides mucilagineux à température peu élevée. On n'introduira pas de sonde dans l'œsophage, pour ne pas augmenter l'inflammation du conduit. Plus tard, on promène des vésicatoires volants entre les épaules. Si la maladie se termine par suppuration, et que l'abcès proémine sur la région latérale du cou on en fait l'ouverture.

2° **RÉTRÉCISSEMENTS ORGANIQUES.** On peut les diviser en deux groupes : les rétrécissements *simples* dus à une phlegmasie chronique, et les rétrécissements par *production accidentelle*, une tumeur cancéreuse par exemple. Ceux de la première catégorie sont occasionnés par les causes énumérées à la page 459, notamment par l'ingestion de liquides corrosifs : Sédillot a observé un cas de double rétrécissement très-étroit à la suite de l'ingestion de l'ammoniaque. On cite, comme point de départ du mal, une éruption variolique dans l'œsophage, l'abus des alcooliques, du tabac, la syphilis. Il y a aussi des rétrécissements *congénitaux* parfois assez étroits pour que l'œsophage soit complètement oblitéré (Warner), ou laissant subsister assez de lumière du canal pour que les aliments puissent passer (Cassan). Les rétrécissements de la seconde catégorie sont occasionnés par des productions de nouvelle nature dont les causes nous sont le plus souvent inconnues, et rentrent dans l'étude générale du cancer, des tubercules, etc.

**Anatomie pathologique.** Les lésions diffèrent dans les deux espèces de rétrécissements :

1° Dans les rétrécissements organiques *simples* qui succèdent à un travail phlegmasique, on trouve la muqueuse œsophagienne rouge, gonflée, dure, doublée d'un tissu cellulaire hypertrophié, demi-transparent, d'aspect lardacé. Ou bien la muqueuse étant saine, le tissu cellulaire sous-muqueux est induré; ces dernières sortes de coarctations se présentent sous la forme d'un anneau dur, cylindrique, plus ou moins étendu en hauteur, doué à la fois d'*élasticité* et de *rétractilité*. D'autres fois, les rétrécissements succédant à des blessures, des ulcérations, des abcès, se présentent sous forme de *cicatrices* étendues à toute la circonférence ou à une portion du pourtour du conduit; dans le dernier cas, il existe une *bride valvulaire*. Dans d'autres cas encore, l'inflammation produit une diminution à la fois dans le calibre et dans l'épaisseur des parois de l'œsophage, en conséquence de la propriété rétractile dont le tissu cellulaire sous-muqueux est doué; c'est ainsi que se forment les rétrécissements *atrophiques*.

2° Les rétrécissements par *productions de nouvelle formation* sont parfois la conséquence d'une simple *hypertrophie* partielle ou générale soit de la muqueuse seule, soit de la tunique musculaire de l'œsophage. Ces hypertrophies de la tunique musculaire ont souvent été prises pour des dégénérescences squirrheuses (Follin). Les parois de l'œsophage peuvent subir une transformation fibreuse; cartilagineuse et même osseuse ou plutôt *calcaire*. Les tissus de nouvelle formation qu'on a rencontrés dans ces parois sont le *cancer* sous forme de plaques infiltrant le tissu sous-muqueux, faisant saillie en dedans du canal, et formées généralement de substance *encéphaloïde*. Le cancer *épithélial* est plus rare; il en est de même des *tubercules* qu'on a cependant trouvés dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux.

Dans les diverses espèces de rétrécissements de l'œsophage, il y a d'autres lésions qui sont la conséquence des coarctations : il n'est pas rare de trouver une inflammation fongueuse ou ulcérate de la muqueuse, au-dessus du rétrécissement, des abcès dans l'épaisseur des tuniques du canal. Sous l'influence de l'accumulation continue des aliments au-dessus de l'obstacle, il peut y avoir une dilatation de l'œsophage et du pharynx, formation d'un sac qui descend entre la face postérieure du conduit et la colonne vertébrale; dans d'autres cas, l'œsophage se rompt au-dessus de l'obstacle et les matières alimentaires s'infiltrent dans les tissus ambiants. Sous l'influence du travail d'ulcération dont l'œsophage est le siège, il s'établit parfois des *fistules* entre ce conduit et les organes environnants, la trachée, l'aorte, la plèvre, le médiastin.

**Siège.** Les rétrécissements de nature cancéreuse se développent le plus souvent aux extrémités de l'œsophage (Lebert). Les rétrécissements par hypertrophie musculaire, au voisinage du cardia; les rétrécissements fibreux, suite d'inflammation chronique, à la partie supérieure de l'œsophage, ou à l'entrée de ce conduit dans le thorax.

**Etendue. Nombre.** Il y a des rétrécissements qui ont la forme d'un