

résultats quand la constitution des malades ne contrindique pas ces endroits.

Dans la *pharyngite sèche* on recommande la douche nasale avec une solution tiède à 1 % de sel de cuisine. Parfois aussi des badigeonnages au nitrate d'argent, à la glycérine iodée, etc. font du bien. Beaucoup d'agents irritants qui sont nuisibles dans la pharyngite commune, paraissent avoir une action *avantageuse* en ce cas, comme par exemple, l'action de fumer, de priser, etc.

Le traitement de la *forme hypertrophique de la pharyngite* est le même que celui du catarrhe chronique commun. Les badigeonnages régulièrement poursuivis avec le nitrate d'argent ou même les cautérisations avec la pierre infernale sont à essayer. On n'obtient de guérison radicale et durable qu'en détruisant les masses hypertrophiées à l'aide de la *galvanocaustie*.

#### CHAPITRE QUATRIÈME.

##### ABCÈS RÉTROPHARYNGIEN.

L'*abcès rétropharyngien*, c'est-à-dire l'inflammation du tissu cellulaire situé entre la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale avec terminaison par suppuration, est une maladie rare à la vérité, mais d'une importance considérable. Méconnue, elle conduit fréquemment à la mort, tandis que, diagnostiquée à temps, elle guérit d'ordinaire aisément et sûrement. Cette affection se déclare de préférence chez les *enfants*, surtout en deçà d'un an. Presque toujours elle a les caractères d'une maladie primitive aiguë, à laquelle on ne peut assigner de cause particulière. Il est probable qu'elle est due à la pénétration d'agents inflammatoires provenant de l'espace pharyngé. L'opinion qui place l'origine de l'inflammation dans les petits ganglions lymphatiques situés devant la colonne vertébrale, n'est pas encore définitivement établie.

La maladie se développe non moins chez les enfants malingres, que chez ceux qui sont pleins de force et de santé. Peu à peu ils deviennent difficiles, pleurent constamment et refusent le sein. Il est probable que dès le début la déglutition est accompagnée de douleur, ce dont on ne peut d'ailleurs s'assurer que chez les enfants qui ne sont plus tout à fait jeunes. Bientôt la respiration a lieu avec un *ronflement* spécial, surtout pendant le sommeil. La bouche et le pharynx se remplissent de mucosités. Parfois une partie des aliments avalés reflue par la bouche ou le nez, à moins qu'elle n'entre dans le larynx où elle provoque un accès de toux. Les ganglions sous maxillaires s'engorgent communément et toute la région cervicale est légèrement œdématiée. Graduellement, pendant une à deux semaines envi-

ron, la *gêne respiratoire* va en s'accroissant. La dyspnée devient de plus en plus pénible et fatigante, un râle bruyant s'y joint, le tirage se prononce. Les veines cervicales se tuméfient, les lèvres se cyanosent, on voit des dépressions inspiratoires se dessiner au thorax. La *voix* faiblit, se voile et devient indécise.

Ces phénomènes qui appartiennent à divers états morbides, ne peuvent être interprétés correctement qu'à la faveur d'un examen attentif du pharynx. L'*inspection* est parfois très difficile, surtout chez les petits enfants. Cependant, au milieu ou un peu sur le côté de la *paroi postérieure du pharynx*, on aperçoit quelquefois une *saillie* manifeste. Le diagnostic est mis hors de doute par l'*exploration digitale*, pendant laquelle il faut se garantir les doigts au moyen d'un bouchon placé entre les dents de l'enfant. De cette manière on sent la saillie qui occupe la paroi pharyngée postérieure et on y perçoit de la *fluctuation*.

Aussitôt que le diagnostic est acquis, l'indication est d'ouvrir *immédiatement*. On ne doit pas tarder à le faire, quand même les symptômes de suffocation n'auraient pas atteint leur plus haut degré. L'ouverture de l'abcès au moyen de l'ongle, ainsi qu'on l'a recommandé, ne peut être pratiquée que comme pis-aller. D'ordinaire on incise l'abcès avec un bistouri pointu, revêtu de sparadrap jusqu'à la pointe et en se guidant sur l'index gauche introduit jusque sur la tumeur. Pendant qu'on incise, la tête de l'enfant doit être tenue tout à fait droite et, dès qu'on aura incisé, il faut immédiatement l'incliner en avant. Le pus s'écoule en masse de l'ouverture. Il est bon de seringuer à diverses reprises la cavité buccale avec de l'eau tiède. Les formidables symptômes qui mettaient quelquefois la vie en danger, disparaissent presque instantanément avec l'évacuation du pus. Ce n'est que par exception que l'abcès se remplit de nouveau et que l'incision doit être renouvelée.

Si la maladie n'est pas reconnue à temps, et que l'abcès n'est pas ouvert opportunément, le malade peut succomber à l'asphyxie. Il arrive aussi que l'abcès s'ouvre spontanément, et alors la guérison s'opère promptement, ou bien le pus en pénétrant dans le larynx produit la suffocation. On a observé aussi à la suite d'abcès rétropharyngiens non ouverts au moment voulu, des fusées purulentes s'étendant au loin dans la région du cou et dans le médiastin postérieur. Quand l'abcès est de prime abord situé plus profondément que d'habitude il peut être très difficile à reconnaître et à ouvrir.

Outre les abcès rétropharyngiens idiopathiques et aigus que nous venons de décrire, des abcès *chroniques* semblables peuvent compliquer la carie vertébrale. L'ouverture n'en est indiquée qu'en cas de menace d'asphyxie.

Les abcès rétropharyngiens qu'on a observés comme faisant partie de la pyémie ou au cours d'autres maladies infectieuses aiguës graves, n'ont qu'un intérêt purement anatomopathologique (1).

### TROISIÈME PARTIE. MALADIES DE L'ŒSOPHAGE.

#### CHAPITRE PREMIER.

##### INFLAMMATIONS ET ULCÈRES DE L'ŒSOPHAGE.

**Étiologie et anatomie pathologique.** Les différentes formes d'inflammation et d'ulcération de l'œsophage ne présentent pas beaucoup d'intérêt clinique. Les types les plus graves sont d'ailleurs rares, et si on les rencontre, ce ne sont le plus souvent que des épiphénomènes d'une maladie plus complexe au courant de laquelle des symptômes particuliers viennent accidentellement les mettre en évidence. Les formes légères de l'inflammation sont peut-être plus fréquentes, mais ne se révèlent presque jamais par des signes caractéristiques.

L'*inflammation catarrhale* commune de la muqueuse œsophagienne peut être provoquée par la déglutition de substances qui exercent une irritation chimique, thermique ou mécanique. On l'observe encore au cours des maladies infectieuses générales (typhus, exanthèmes aigus, etc.). En outre, tout processus inflammatoire quelconque des organes qui l'avoisinent, peut se propager à l'œsophage. La stase sanguine qui accompagne les maladies du cœur, se traduit dans la muqueuse œsophagienne sous forme de *catarrhe chronique*. Enfin le catarrhe s'associe à d'autres affections chroniques de l'œsophage, surtout au cancer et aux diverticulums (v. plus loin).

Le *catarrhe aigu* de l'œsophage a cela de particulier que l'augmentation de sécrétion qui caractérise les autres inflammations fait défaut dans celle-ci. Par contre, l'épithélium est généralement relâché et se détache en lamelles, de façon qu'on peut l'appeler à juste titre un *catarrhe desquamatif*. Dans quelques cas seulement les rares follicules muqueux de l'œsophage se gonflent et forment sur la surface muqueuse de petites nodosités. On désigne cette forme d'œsophagite du nom de *catarrhe folliculaire*. Par ci par là l'épithélium en tombant donne lieu à de petites *érosions catarrhales*, tandis

1. La *tuberculose* du pharynx est traitée dans le chapitre de la tuberculose pulmonaire p. 336. Les néoplasmes de la bouche et du pharynx sont du domaine de la chirurgie.

que les follicules muqueux infiltrés peuvent donner naissance à de petits *ulcères folliculaires*.

Dans le *catarrhe chronique* de l'œsophage, il y a, outre une légère augmentation de sécrétion muqueuse, un notable épaissement de l'épithélium. Quand la maladie dure très longtemps, il se forme à la fin de véritables excroissances papillaires. On a aussi rencontré des ulcérations dans le catarrhe chronique.

L'*inflammation croupale et diphthéritique* est très rare dans l'œsophage. En parlant de la diphthérie pharyngée spécifique, nous avons fait remarquer qu'elle se transmet souvent au larynx, mais par exception seulement à l'œsophage. Cependant, nous avons vu chez un enfant un rétrécissement du tiers supérieur de l'œsophage, qui était, selon toute probabilité, le reliquat d'une diphthérie grave. On a observé aussi quelques cas d'œsophagite diphthéritique au cours de maladies infectieuses graves (typhus, variole, choléra, pyémie, tuberculose pulmonaire) et d'autres affections (maladie de BRIGHT, cancer). Dans la *variole* se montre parfois une véritable éruption variolique sur la muqueuse œsophagienne.

Sous le nom d'*œsophagite purulente, phlegmoneuse*, on désigne une inflammation purulente qui se rencontre parfois dans le *tissu sous-muqueux* de l'œsophage. Elle se présente à l'état circonscrit ou sous forme diffuse. Le pus décolle la muqueuse, la fait bomber à l'intérieur, de façon qu'une suppuration considérable peut rétrécir la lumière du canal œsophagien. Le plus souvent la muqueuse finit par se perforer, le pus se vide et la guérison s'ensuit. Si le décollement a été très étendu, il reste même après guérison, comme ZENKER l'a décrit, une cavité en forme de fente dont la paroi devient lisse et, qui plus est, peut se revêtir d'un épithélium de nouvelle formation.

Les *causes de l'œsophagite purulente* sont, tantôt des corps étrangers qui se sont arrêtés dans l'œsophage, tantôt des foyers purulents du voisinage (abcès ganglionnaires, abcès vertébraux, péricondrite laryngée). On a aussi quelquefois observé l'œsophagite purulente à la suite de fortes cautérisations de la muqueuse par des acides concentrés, etc.

L'*affection de la muqueuse œsophagienne qui se déclare après l'action de violents poisons caustiques (œsophagite corrosive)* consiste en une mortification et une destruction de tissu auxquelles l'inflammation proprement dite vient s'ajouter ultérieurement à titre de processus secondaire. La surface interne de l'œsophage est transformée en une eschare d'un gris sale ou presque entièrement noire, pulpeuse et hémorragique, qui dans les cas intenses comprend même la tunique musculuse. Si la mort ne vient pas à bref délai, les parties nécrosées s'éliminent et il se produit des ulcérations