

de substances en décomposition; on voit alors se développer des pleurésies et des péricardites putrides, et la mort vient le plus souvent bientôt terminer la scène.

2. L'**abcès rétro-pharyngien ou rétro-viscéral** proprement dit (idiopathique). Cet abcès se développe habituellement dans la région du pharynx, à peu près au niveau des 3^e et 4^e vertèbres cervicales. Il détermine surtout des symptômes du côté de la déglutition et de la respiration.

La maladie débute souvent par une **dysphagie** plus ou moins intense, laquelle atteint parfois un degré tel que les substances ingérées ne peuvent plus être avalées et sont rejetées par la bouche et le nez.

L'influence sur la **respiration** est variable. Tantôt c'est la respiration nasale qui est empêchée, et l'air pénètre par la cavité buccale, en produisant un bruit de râles particulier, tantôt la tumeur vient se placer au-dessus du larynx et constitue un obstacle à la respiration pouvant donner lieu à des symptômes très graves de suffocation, et même à une véritable asphyxie. Un œdème des replis aryténo-épiglottiques vient encore augmenter la gêne respiratoire. Les abcès situés plus bas peuvent comprimer la trachée elle-même et produire des symptômes de rétrécissement de ce conduit, ou bien l'abcès s'ouvre dans des conditions si défavorables que le pus s'écoule dans la fente glottique et entraîne la mort.

Nous n'avons pas à insister sur l'altération de la voix et la douleur localisée produites par les abcès idiopathiques, et nous ajouterons seulement que le diagnostic repose essentiellement sur l'examen local, sur l'existence d'une tuméfaction aux endroits indiqués plus haut, c'est-à-dire au-dessous du maxillaire et en avant du sterno-cleido-mastoïdien, enfin principalement sur la présence d'une **tuméfaction du pharynx**, que l'on peut constater avec le doigt. La situation profonde de l'abcès rend parfois le diagnostic très difficile, surtout chez les enfants, chez lesquels il n'est pas aisé d'examiner la partie inférieure du pharynx.

3. Les abcès chroniques.

Le plus souvent il s'agit d'abcès par congestion provenant de processus inflammatoires chroniques de la colonne vertébrale. La paroi postérieure du pharynx devient le siège d'une tuméfaction qui se développe lentement; il en résulte peu à peu une accommodation des parties voisines qui fuient devant l'abcès, et les muscles s'habituent à ce changement de position. Les symptômes de compression des voies respiratoires et la dysphagie n'arrivent jamais à un aussi haut degré que dans les abcès aigus, car le gonflement se développe lentement, et, d'autre part, la tuméfaction ou œdème inflammatoire de la muqueuse fait défaut à cause de la faible quantité de substances irritantes phlogogènes contenues dans le pus de ces abcès. On est parfois surpris de voir de grosses tumeurs de cette nature ne s'accompagner que d'une gêne légère de la déglutition

et de la respiration. Le plus souvent on parvient à reconnaître l'affection primitive de la colonne vertébrale.

Dans les deux dernières formes d'abcès la limite formée par l'espace rétro-pharyngien est habituellement respectée. Les expériences et l'extension rapide du phlegmon septique nous prouvent qu'il n'existe pas de limite bien tranchée entre le tissu conjonctif péri-pharyngien et celui qui entoure l'œsophage; cependant, dans les conditions habituelles, le pus ne franchit pas la limite qui sépare le pharynx de l'œsophage, et l'on peut ainsi parler d'un abcès rétro-pharyngien dans le sens clinique du mot.

§ 41. — A peu près la moitié des **abcès idiopathiques** de l'espace rétro-viscéral s'observent dans la première enfance, habituellement dans les deux premières années de la vie. L'étroitesse des conduits respiratoire et alimentaire nous explique l'apparition soudaine des troubles mécaniques de la respiration et de la déglutition. Le symptôme initial le plus caractéristique chez les enfants est une respiration stertoreuse particulière, dont nous avons déjà parlé; en outre on constate de la dyspnée et de la dysphagie. Vu la gravité de cette affection, on nous pardonnera sans doute l'esquisse rapide que nous allons faire du tableau clinique présenté par le petit malade.

Au début de la maladie l'enfant offre une coloration rouge et plus tard une teinte livide, cyanotique, des téguments. La face exprime une grande angoisse, et les yeux sont largement ouverts. La bouche est constamment ouverte, la respiration nasale étant impossible. La respiration stertoreuse s'accompagne d'un bruit de râle particulier, qui de même que la voix revêt un timbre guttural caractéristique. A mesure que les symptômes augmentent d'intensité, on voit survenir des arrêts momentanés de la respiration, auxquels met fin l'enfant par un mouvement de déglutition évidemment douloureux. Le cou est maintenu raide dans l'extension, et il devient le siège d'une tumeur qui apparaît le plus souvent dans la région sous-maxillaire. La tête est fortement renversée en arrière, et toute tentative pour la ramener en avant peut déterminer un arrêt de la respiration. La manière dont se comporte le nourrisson lorsqu'il veut prendre le sein est aussi très caractéristique. Il saisit avidement le mamelon entre ses lèvres pour l'abandonner ensuite tout aussi rapidement et en poussant un cri. Souvent aussi le lait ressort par la bouche et le nez. Pendant le sommeil la respiration est bonne tant que la bouche reste ouverte. Mais dès que celle-ci se ferme, la respiration devient peu à peu plus courte et stertoreuse, et finalement les muscles inspireurs se contractent inutilement; l'air n'arrive plus dans le larynx. L'enfant devient alors inquiet, s'agite, ouvre la bouche et la respiration reprend son cours. Enfin se montrent des symptômes d'asphyxie, et le petit malade reste plongé dans un état d'assoupissement continu.

Un coup d'œil dans la cavité buccale suffit presque toujours pour con-

firmer rapidement le diagnostic que l'on aura déjà posé en se basant sur les symptômes observés. On aperçoit, en effet, une tumeur ayant refoulé d'un seul ou des deux côtés la paroi postérieure du pharynx jusqu'au voile du palais. Chez les petits enfants l'étroitesse de la cavité buccale rend souvent fort difficile l'inspection de la gorge, et l'on est parfois obligé de baser le diagnostic sur l'exploration digitale.

L'étiologie des abcès idiopathiques n'est pas encore suffisamment connue. Chez les enfants au-dessous de trois ans on observe régulièrement plusieurs ganglions lymphatiques dans le tissu conjonctif lâche qui sépare le constricteur supérieur du pharynx de l'aponévrose des muscles prévertébraux; il a été constaté que, dans beaucoup de cas, ces ganglions sont le point de départ de la suppuration.

BOKAY s'appuie sur un grand nombre d'observations d'abcès rétro-pharyngiens pour prouver que les ganglions sont le foyer de l'inflammation. Chez un certain nombre d'enfants il a pu suivre tout le processus, depuis la tuméfaction glandulaire jusqu'à la formation de l'abcès ou jusqu'à la résolution sans suppuration. La constatation d'un adéno-phlegmon se terminant par résolution est d'une grande importance au point de vue de l'étiologie des abcès en question. Ces ganglions reçoivent les lymphatiques des amygdales, des parois latérales du pharynx et du voile du palais. C'est donc dans ces parties que nous devons chercher le point de départ de l'infection, et de fait l'adéno-phlegmon a été observé dans le cours de maladies inflammatoires comme la diphtérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde, maladies dans lesquelles on voit survenir des processus phlegmoneux de cette région.

§ 42. — Le tableau clinique que nous venons de retracer nous montre que dans le cours de la maladie, un certain nombre d'accidents fâcheux menacent les jours du malade; l'asphyxie peut être produite au début par un œdème de la glotte, plus tard par une compression qui rétrécit la trachée, ou bien par l'écoulement du pus dans les voies respiratoires. Ce fait nous explique les résultats de la statistique. Le tableau des cas observés précédemment nous montre que presque tous les malades succombaient à cette affection, et que jamais l'abcès n'avait été incisé. Par contre tous les auteurs affirment que l'incision de l'abcès faite de bonne heure donne les meilleurs résultats. Sur 98 cas d'abcès rétro-pharyngiens rassemblés par GAUTIER, il y eut 54 guérisons; parmi les cas à terminaison heureuse 50 fois la guérison a succédé à l'ouverture de l'abcès. Sur 136 cas d'abcès idiopathiques et scarlatineux traités par BOKAY, 7 enfants seulement ont succombé.

Dans ces conditions on comprend que, pour les abcès idiopathiques, l'incision seule est capable de donner un résultat thérapeutique sûr. Si l'incision n'a pas empêché, dans certains cas, la mort de survenir, c'est que le plus souvent l'opération avait été incomplète; il ne faut pas oublier, en effet, que l'opérateur ne peut pas toujours choisir pour l'inci-

sion l'endroit le plus convenable. Les abcès profonds sont difficiles à atteindre soit avec le doigt, soit avec le bistouri; dans un certain nombre de cas la collection purulente siège au-dessous du cartilage cricoïde, par conséquent, chez l'adulte, au delà des limites que nous avons décrites.

Lorsqu'on peut arriver avec le doigt sur l'abcès, il est possible de l'atteindre aussi avec un bistouri. Pour l'ouverture de l'abcès nous rejetons les instruments spéciaux qui ont été imaginés dans ce but, comme les pharyngotomes, et avant tout le trocart qui ne donne pas au pus un écoulement suffisant. On se servira de préférence d'un bistouri à long manche; afin d'éviter de blesser les parties voisines de l'abcès, on entoure la lame de l'instrument d'une bandelette de sparadrap jusqu'à une certaine distance de la pointe; le bistouri est conduit le long du doigt et l'on fait une incision longue d'au moins un centimètre dirigée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Si l'incision ne suffit pas à donner un libre écoulement au pus, on l'agrandira à l'aide d'un bistouri boutoné à long manche. Il faut éviter l'incision de ces abcès dans le décubitus dorsal, qui favorise l'écoulement du pus et du sang dans la trachée. Le danger est beaucoup moindre lorsqu'on donne au malade la position assise ou que l'on place la tête latéralement. Cependant BOKAY a observé deux fois des symptômes graves d'asphyxie chez des enfants qu'il avait opérés dans cette position. C'est pourquoi nous pensons devoir conseiller pour l'incision de ces abcès la position de ROSE consistant à placer le malade la tête pendante. Dans ces conditions il est impossible que le pus s'écoule dans le larynx.

Dans les processus aigus septiques il faut, cela va sans dire, pratiquer l'incision dès que l'on constate dans le pharynx la saillie de l'abcès. Dans ces cas l'abcès contient souvent des gaz, et l'incision dans le pharynx donne issue à peu de pus, mais à une grande quantité de gaz infects. Malheureusement, si l'on n'est pas consulté assez tôt, toute intervention devient inutile à cause de l'extension du processus putride du côté de la cavité thoracique.

Dernièrement j'incisai un pareil abcès chez un homme en état d'asphyxie; l'écoulement d'une grande quantité de gaz infects et de liquide ichoreux n'apporta qu'une amélioration momentanée de la dyspnée; je fis alors la trachéotomie. Un liquide écumeux abondant s'écoula de la trachée, prouvant ainsi qu'il s'était déjà développé un fort œdème pulmonaire. L'autopsie démontra l'existence d'un phlegmon septique du tissu conjonctif des médiastins antérieur et postérieur; en outre il existait une péricardite et une pleurésie avec œdème pulmonaire bilatéral. On comprend dès lors l'inefficacité du traitement dans ce cas et dans d'autres du même genre. Une arête de poisson avait perforé l'œsophage au-dessous du cartilage cricoïde et pénétré dans l'espace rétro-viscéral. Des matières alimentaires en décomposition étaient sorties par cette ouverture de l'œsophage, et le phlegmon putride développé dans