

ARTICLE II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE.

1^o Maladies inflammatoires (phlegmons et abcès).

L'étude de la *pharyngite* et de l'*œsophagite* est entièrement du domaine de la pathologie interne et ne devra pas nous occuper. Nous avons indiqué, à l'occasion des plaies, des brûlures, des corps étrangers du pharynx et de l'œsophage, les divers accidents inflammatoires qui peuvent succéder à l'action de ces causes ainsi que les conséquences ultérieures de ces accidents (ulcérations, perforations, gangrène). Les rétrécissements consécutifs aux diverses formes d'œsophagite seront décrits plus tard. Nous nous bornerons à étudier ici les phlegmons et abcès développés dans le tissu cellulaire qui entoure le pharynx et l'œsophage.

Ces phlegmasies, tantôt *idiopathiques*, tantôt *symptomatiques* de la lésion d'un organe voisin, sont décrites dans les auteurs sous le nom d'*abcès pharyngiens* ou de *péricœsophagite*, suivant qu'ils affectent le pharynx ou l'œsophage; les abcès pharyngiens sont eux-mêmes distingués en *rétro-pharyngiens*, *latéro-pharyngiens*, *antéro-pharyngiens*, selon qu'ils siègent à la paroi postérieure, latérale ou antérieure du pharynx.

Nous étudierons successivement : 1^o les abcès pharyngiens idiopathiques; 2^o la péricœsophagite; 3^o les abcès pharyngiens et œsophagiens symptomatiques.

A. *Abcès pharyngiens idiopathiques.*

Cette maladie se trouve déjà signalée avec quelques détails par A. Paré et par J. L. Petit; cependant on doit dire que son étude complète ne date que des travaux modernes et, en particulier, de ceux de Mondière, de Gillette, de Roustan et de Gautier.

MONDIÈRE, *Rech. pour servir à l'histoire des abcès rétro-pharyngiens (l'Expérience, 1842, t. IX, p. 33 et suiv.)*. — GILLETTE, *Des abcès pharyngiens idiopathiques*, thèse de Paris, 1867. — ROUSTAN, *Des abcès pharyngiens idiopathiques*, thèse de Paris, 1869. — V. GAUTIER, *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques*, Genève et Bâle, 1869. — JACQUEMART, *Étude sur les abcès du pharynx*, thèse de Paris, 1872. — ABELIN, *Des abcès rétro-pharyngiens chez les jeunes enfants (Gaz. hebdomadaire, 1873, n^o 44)*.

Les phlegmons et abcès pharyngiens idiopathiques, quoique pouvant occuper les parois postérieure, latérale ou antérieure du pharynx, ont été confondus la plupart du temps dans une description commune sous le nom d'*abcès rétro-pharyngiens*. Ceux-ci, en effet, sont de beaucoup les plus fréquents et peuvent être pris pour type à la condition d'indiquer, chemin faisant, les particularités propres aux abcès *latéro-pharyngiens* et

antéro-pharyngiens. Mais il importe de diviser ces abcès idiopathiques, d'après leur marche, en *aigus* et *chroniques*.

a. *Abcès pharyngiens idiopathiques aigus.*

ÉTIOLOGIE. — Le jeune âge doit être considéré comme une cause prédisposante aux phlegmons et abcès pharyngiens. Sur 48 cas rapportés par Gillette, 12 ont trait à des enfants dont l'âge est compris entre onze semaines et cinq ans. Gautier a, d'autre part, montré par ses statistiques que sur 46 cas d'abcès rétro-pharyngiens chez des enfants, 35 se rencontrent dans les deux premières années de la vie : la première année donnant à elle seule 26 cas, et la seconde 9.

Les divers traumatismes (plaies, contusions, cathétérisme, brûlures), et surtout la présence de corps étrangers, doivent être considérés comme la cause déterminante la plus habituelle des abcès pharyngiens. Ceux-ci succèdent aussi fréquemment aux rétrécissements des parties supérieures de l'œsophage, en raison de l'irritation continuelle produite par le bol alimentaire sur les parties situées au-dessus du rétrécissement et des efforts répétés des muscles pour effectuer la déglutition. Les abcès pharyngiens résultent souvent aussi de la propagation au tissu cellulaire péripharyngien de l'inflammation d'un organe voisin. Ainsi l'amygdalite est parfois le point de départ d'un phlegmon latéro-pharyngien; celui-ci peut succéder aussi à l'inflammation de la région parotidienne; enfin la laryngite devient souvent l'origine d'un abcès antéro-pharyngien.

Comme nous le dirons bientôt, on tend de plus en plus à admettre que les abcès rétro- et latéro-pharyngiens ont fréquemment pour point de départ l'inflammation des ganglions placés à la partie postérieure et latérale du pharynx; ainsi s'expliquerait le cas d'un abcès latéro-pharyngien consécutif à la carie dentaire, et rapporté dans la thèse de Gilbert-Bonneau (1).

C'est probablement aussi par le fait du développement d'adénopathies rétro-pharyngiennes que les diathèses scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse, peuvent être considérées comme causes de phlegmons pharyngiens.

Verneuil (2) admet même que ceux-ci peuvent succéder à une adénite *syphilitique*; mais les trois observations qu'il rapporte sont tout à fait insuffisantes, et nous ferons remarquer, d'ailleurs, que s'il s'agissait réellement d'adénites syphilitiques, la terminaison par suppuration serait exceptionnelle.

Enfin on a observé assez fréquemment les abcès pharyngiens dans le cours de maladies graves ou au moment de leur convalescence (variolo, fièvre typhoïde, érysipèle, pyohémie).

(1) Thèse de Montpellier, 1851.

(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 2^e série, t. IV, p. 200 et 207.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les abcès pharyngiens, qu'ils se développent d'emblée ou consécutivement à l'inflammation d'un organe voisin, peuvent être circonscrits ou s'étaler sur une large surface. C'est surtout dans le premier cas qu'il est possible de les distinguer en *rétro-pharyngiens*, *latéro-pharyngiens*, *antéro-pharyngiens* ou *laryngo-pharyngiens*, suivant qu'ils occupent la région *postérieure*, *latérale* ou *antérieure* du pharynx. Nous prendrons pour type de la description les abcès rétro-pharyngiens.

D'après Gillette, ils peuvent occuper trois positions principales : 1^o la partie supérieure du pharynx, au-dessous de l'apophyse basilaire (*abcès supérieurs*) ; 2^o l'arrière-gorge proprement dite (*abcès moyens*) ; 3^o la partie inférieure, dans l'espace compris entre la quatrième et la sixième ou septième vertèbre cervicale (*abcès inférieurs*). Au-dessous de ce point ce seront des abcès *rétro-œsophagiens*.

Parmi ces abcès quelques-uns sont médians, mais la plupart sont latéraux. Le volume en est extrêmement variable, depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un gros œuf de poule et davantage. Quelquefois les dimensions de l'abcès sont énormes lorsqu'il s'étend vers les parties inférieures et gagne le médiastin. Relativement au siège exact de la collection purulente, il est rare que le pus siège au-dessous de la muqueuse, dans le tissu cellulaire qui sépare celle-ci des muscles constricteurs. Si, dans certains cas, ce tissu a été envahi par la suppuration, il s'agissait d'infiltration purulente et non de véritable abcès. Dans les trente-huit autopsies réunies par Gautier, la collection purulente siégeait en arrière des muscles constricteurs, dans le tissu cellulaire placé en avant des muscles prévertébraux et de leur aponévrose.

On admet assez généralement aujourd'hui que, dans un certain nombre de cas, surtout chez les enfants, les abcès pharyngiens, sont à l'origine de véritables *adénites*, devenant plus tard des *adéno-phlegmons*. Les recherches récentes de Gillette ont, en effet, démontré l'existence de ganglions lymphatiques, surtout apparents chez les enfants, et occupant l'angle de réunion des parois postérieure et latérale du pharynx. De là, sans doute, la fréquence des abcès rétro-pharyngiens dans le jeune âge.

La formation du pus paraît être précédée par une infiltration de lymphes plastique, et c'est à cette première période que Gautier donne le nom de *période angineuse*, car les symptômes sont à cette époque ceux de l'angine simple.

Le pus contenu dans le foyer est le plus souvent jaune, épais, bien lié, quelquefois il est séreux, sanieux ou de couleur rouge brúnâtre, mélangé à des caillots sanguins. Il répand une odeur fétide toute spéciale, comme tous les abcès qui avoisinent le tube digestif.

Nous signalerons, en terminant, une forme rare de phlegmon du pharynx, dont Gautier cite six observations ; il s'agit du phlegmon *diffus* et *gangréneux*, avec destruction étendue du tissu cellulaire et des muscles,

dénudation des vaisseaux et des nerfs. Le pus est séreux, sanieux, très-fétide, de couleur sale et souvent mélangé de sang.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le début de la maladie est marqué par une douleur d'intensité variable, quelquefois se bornant à un simple picotement ; elle occupe le fond de la gorge, mais peut se propager aux parties latérales du cou et gêner les mouvements de la tête. Il existe une sensation de sécheresse avec légère dysphagie, nausées et toux ; puis peu à peu l'affection fait des progrès et parvient à son maximum d'intensité. Mais il peut arriver que le début soit bien plus rapide et presque foudroyant, comme Mondière en cite un exemple.

Le gonflement de la muqueuse pharyngienne existe presque constamment, excepté dans certains cas d'abcès rétro-pharyngiens inférieurs. Parfois il est précédé, mais plus souvent accompagné d'une tuméfaction plus ou moins notable des parties latérales du cou, au-dessus de l'os hyoïde. Il amène nécessairement une gêne de la déglutition, même en l'absence de toute douleur, et peut entraîner, mais plus indirectement, une gêne de la respiration.

Chez les enfants, le début de l'abcès rétro-pharyngien s'accompagne de symptômes généraux. Il y a de la fièvre, des vomissements, quelquefois du délire, des convulsions ; et l'examen de la gorge, d'ailleurs fort peu aisé, ne fournit souvent aucun renseignement. La fièvre et les accidents généraux se montrent un peu plus tardivement chez l'adulte.

A mesure que la tuméfaction augmente, la projection de la paroi postérieure du pharynx s'affirme davantage. Les signes locaux et généraux deviennent plus graves et prennent un caractère bien tranché. La fièvre devient rémittente, puis des frissons répétés annoncent la suppuration. Pendant ce temps, la déglutition est de plus en plus pénible. Les boissons sont rejetées en presque totalité, et souvent quelques gouttes de liquide pénètrent dans les voies aériennes, ce qui détermine des accès de toux et une suffocation imminente. La salive elle-même n'est plus avalée et coule au dehors, mêlée à des mucosités visqueuses et jaunâtres, sécrétées par la muqueuse enflammée. Si c'est un enfant à la mamelle, il est à peine approché du sein qu'il se rejette en arrière avec une extrême anxiété.

Enfin, à une période avancée, lorsqu'il existe une tumeur du pharynx, la respiration est considérablement gênée ; les mouvements respiratoires forcés font entendre un bruit de glouglou ; la toux est fréquente et douloureuse, la dyspnée peut aller jusqu'à l'orthopnée. La voix est parfois complètement éteinte, et Mondière a signalé le déplacement du larynx en avant.

Dans quelques cas, l'apparition de l'œdème sur un côté ou sur les deux côtés du cou doit éveiller l'attention du médecin sur la production d'une suppuration profonde. Il peut arriver que des abcès viennent faire saillie sur différents points de la région antérieure du cou et s'ouvrent spontanément.

A côté de ces symptômes fondamentaux, il en est d'autres dont l'importance ne saurait être méconnue. Le hoquet a été signalé dans une observation de Roussille-Chamseru (1). On peut également observer des troubles du côté de la voix, de l'ouïe, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ou cervicaux. L'attitude du malade est spéciale, le col est roide et inflexible; les plus légers mouvements sont douloureux; la tête est parfois inclinée fortement en arrière ou bien latéralement.

Le trismus a été noté par Fleeming et par Gillette, et il est d'autant plus fâcheux qu'il empêche d'examiner l'arrière-gorge. Chez quelques malades, la bouche au contraire reste constamment béante; chez un enfant, la langue était projetée en avant et agitée de mouvements spasmodiques.

Si l'on pratique l'examen direct du fond de la gorge, en faisant ouvrir largement la bouche du malade et en abaissant la langue, on constate l'asymétrie des deux moitiés latérales de la paroi postérieure du pharynx et la présence d'une tumeur sessile, rouge, luisante; de plus, si l'on s'aide du toucher avec l'index, on sent une saillie tendue, chaude, douloureuse à la pression, de consistance molle, dépressible et élastique. Enfin on pourra souvent s'assurer qu'il existe une fluctuation qui, si elle est bien nettement perçue, servira de signe pathognomonique.

Pour sentir la fluctuation, il faut, d'après les auteurs du *Compendium de chirurgie*, enfoncer perpendiculairement le bout du doigt sur la partie la plus saillante de la tumeur et s'arrêter un instant; on sent alors le doigt pressé par une masse molle qui fait effort pour le repousser, effort qui décroît et cesse entièrement quand le doigt est revenu au point où il était d'abord. Le liquide refoulé dans la poche, distend les parois de celle-ci, qui réagissent pour revenir sur elles-mêmes et repousser à leur tour, par l'intermédiaire du liquide, le doigt du chirurgien.

Dans certains cas, si la tumeur fuit en masse sous le doigt, il faut s'aider des deux mains: l'indicateur droit est placé dans l'arrière-gorge sur la tumeur, tandis que l'autre main exerce une pression latérale du côté malade, ou bien embrasse les tissus placés derrière le larynx, avec les quatre derniers doigts à droite et le pouce à gauche, de manière à repousser le liquide vers la colonne vertébrale, c'est-à-dire sous le doigt explorateur qui perçoit le choc au niveau de l'isthme du gosier.

Enfin Gillette a pu, dans un cas, employer un troisième mode d'exploration que voici: faisant asseoir le malade sur une chaise, et se plaçant derrière lui de manière à offrir à sa tête un point d'appui solide, il enfonça profondément ses deux indicateurs recourbés en crochets et sentit ainsi, d'une façon très-nette, la fluctuation que l'on avait vainement cherchée jusque-là.

La marche des phlegmons et abcès rétro-pharyngiens est rarement très-aiguë; sa durée varie, suivant les auteurs, de quatre jours à six

(1) Cité par Gautier, *loc. cit.*, p. 101.

mois; mais, dans ce dernier cas, il s'agirait plutôt de la forme chronique de la maladie. D'après Gautier, la *période angineuse* durerait de six à quinze jours, avant qu'une tumeur soit perceptible à la vue et au toucher.

La maladie abandonnée à elle-même se termine le plus souvent par la mort, avant que le pus se soit frayé une issue au dehors; dans ses recherches statistiques, Gautier n'a pu trouver que quatre cas de guérison par ouverture spontanée, et encore doit-on remarquer que sur ces quatre cas, trois fois il existait dans le foyer un corps étranger ayant déterminé une sorte d'ouverture artificielle à travers la paroi du pharynx.

La mort reconnaît habituellement pour cause la gêne apportée à la respiration, soit par le fait seul de la présence de la tumeur, soit par l'extension de l'inflammation à l'ouverture supérieure du larynx. On a signalé quelques cas d'asphyxie subite, et dans un fait dû à Allé (1), la suffocation fut occasionnée par l'arrêt d'un fragment de pain entre l'abcès pharyngien et le larynx. La mort peut encore être déterminée par un affaiblissement lent et progressif, et quelquefois par l'inanition due à la dysphagie. Dans un seul cas, où le malade avait cherché à ouvrir lui-même son abcès avec un couteau, il se déclara une hémorrhagie mortelle.

Lorsque l'abcès s'ouvre spontanément, ce qui est rare, la terminaison fatale s'observe le plus souvent, soit qu'il s'agisse de la forme diffuse et gangréneuse, soit que la maladie existe chez des sujets affaiblis, cachectiques ou atteints d'une autre affection chronique.

Enfin, nous devons noter un certain nombre de complications qui, survenant dans le cours de la maladie, peuvent en précipiter la marche et entraîner la mort; telles sont: la bronchite, la pneumonie, la pleurésie, qui parfois est produite par une sorte d'extension de la maladie, le pus ayant fusé le long de la colonne vertébrale jusque dans le médiastin, et ayant même perforé la plèvre.

VARIÉTÉS. — Je dois dire quelques mots de la symptomatologie propre aux abcès pharyngiens, suivant le siège qu'ils occupent.

Les *abcès latéro-pharyngiens*, indépendamment des symptômes précédemment indiqués, se feraient remarquer par la roideur du cou, par la gêne de la déglutition et de la respiration, par la plus grande fréquence des vomissements et des troubles cérébraux, ce qui, d'après Jacquemart, tiendrait à la compression ou à l'irritation des nerfs pneumogastrique, spinal, glosso-pharyngien. Le trismus serait également plus fréquent que dans l'abcès rétro-pharyngien. Enfin la tumeur, généralement plus difficile à percevoir du côté de la bouche, fait fréquemment saillie à l'extérieur sous l'angle de la mâchoire.

L'*abcès laryngo-pharyngien* ou *antéro-pharyngien* ne présente, en fait

(1) *Esterr. med. Wochenschrift*. Wien, 1841, n° 6.

de symptômes spéciaux, que la projection du larynx en avant et l'apparition des troubles de la respiration avant ceux de la déglutition; enfin, on doit signaler la complication très-fréquente d'œdème glottique.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des abcès rétro-pharyngiens est souvent fort difficile, surtout chez les jeunes enfants.

Les maladies avec lesquelles la confusion a été le plus souvent faite sont : le croup et les affections aiguës ou chroniques du pharynx et du larynx, les maladies des organes thoraciques, enfin, les affections des centres nerveux, à cause des accidents thoraciques et cérébraux qui peuvent parfois masquer l'affection qui nous occupe.

Le premier point du diagnostic consiste à reconnaître l'existence de l'abcès. Or, à la période angineuse, la maladie ne peut guère qu'être soupçonnée. Il n'en est plus de même quand la suppuration s'établit, car elle est annoncée par la fièvre, les frissons irréguliers, la douleur et l'embarras de la déglutition, l'œdème et la roideur du cou, et surtout par la tumeur que l'on peut constater dans l'arrière-gorge par l'inspection et par le toucher. L'exemple malheureux de Chassaignac (1); dans lequel une tumeur anévrysmale fut prise pour un abcès rétro-pharyngien et ponctionnée, enseigne qu'on devra rechercher à la surface de la tumeur l'existence de battements isochrones avec ceux du pouls.

Pour distinguer nettement l'abcès du pharynx du croup, il faut, tout en étant prévenu de la coexistence possible de ces deux affections, se rappeler que le croup survient épidémiquement, qu'il a son maximum de fréquence de deux à sept ans, tandis que l'abcès pharyngien survient plutôt dans les deux premières années de la vie. D'ailleurs, dans le croup, les mouvements de la tête ne sont pas gênés, il n'y a pas de rigidité du cou, pas de trismus, pas de tumeur au fond de la cavité pharyngienne, peu de douleur dans la déglutition; mais en revanche on constate l'altération de la voix, la toux croupale, les accès intermittents de suffocation; enfin, dans quelques cas, l'expectoration des fausses membranes.

Comme le croup, l'œdème de la glotte peut coexister avec l'abcès rétro-pharyngien. Le toucher fera reconnaître les deux bourrelets durs au niveau de l'orifice supérieur du larynx. De plus, l'œdème de la glotte ne présente pas ces quatre symptômes qui différencient la pharyngite phlegmoneuse de toutes les autres pharyngites; nous voulons parler du renversement de la tête en arrière, de la rigidité du cou dans cette attitude défléchie, de la dysphagie et de la sécrétion abondante de mucosités.

Le diagnostic avec les tumeurs du pharynx est souvent facilité par la marche lente du développement de ces tumeurs. Il est inutile de nous arrêter aux polypes, aux anévrysmes, aux gommes syphilitiques, au cancer du pharynx, aux kystes et aux masses tuberculeuses de la base du crâne, à la luxation des vertèbres cervicales.

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1863, p. 83.

Le second point du diagnostic consiste à reconnaître le siège, la nature et l'étendue du phlegmon. Le toucher sera le principal agent de cette détermination. Quant à reconnaître si le phlegmon est de nature ganglionnaire, l'expérience est encore muette à cet égard. Nous réservons provisoirement la question du diagnostic avec les abcès symptomatiques, dont nous allons avoir bientôt à parler.

PRONOSTIC. — Il est très-grave en ce sens que, sans l'intervention chirurgicale, la mort est la terminaison fatale de l'abcès rétro-pharyngien. Les statistiques de Gautier montrent que dans 25 cas où il y a eu erreur de diagnostic, et où l'abcès pharyngien a été méconnu, la mort a été la terminaison constante; tandis que dans 66 cas où la maladie a été reconnue, on ne compte que 16 morts. Sur ces 16 cas de mort huit fois l'ouverture de l'abcès n'a pas été faite; une fois le trocart enfoncé trop timidement n'a pas pénétré jusqu'au foyer purulent; trois fois l'ouverture a été faite trop tardivement et l'incision a été trop étroite pour donner au pus une issue suffisante. Les quatre derniers cas, enfin, appartiennent à la forme diffuse et gangréneuse du phlegmon pharyngien.

TRAITEMENT. — D'après ce qui précède, on ne doit pas beaucoup compter sur l'emploi des résolutifs (antiphlogistiques, réfrigérants, altérants) pour combattre le phlegmon rétro-pharyngien, et l'indication absolue est de donner issue au pus dès que sa présence a été reconnue, sans attendre l'ouverture spontanée de l'abcès et sans chercher à provoquer cette ouverture par l'administration des vomitifs.

On devra donc avoir recours le plus tôt possible à l'incision pratiquée de la manière suivante : la tête étant solidement maintenue par un aide, la bouche largement ouverte et la langue abaissée avec un instrument quelconque ou avec l'index de la main gauche, un bistouri entouré de linge jusqu'à une petite distance de sa pointe, est porté rapidement jusque sur le siège de la tuméfaction et y pratique une incision suffisamment large pour assurer l'écoulement du pus. Cette incision sera faite autant que possible sur la ligne médiane. J.-L. Petit avait conseillé, pour l'ouverture de cet abcès, un instrument désigné sous le nom de *pharyngotome*, et consistant en une sorte de lancette cachée, mais cet instrument n'est plus employé aujourd'hui. Dans les cas difficiles, on pourrait se servir d'un trocart droit ou courbe.

Il arrive parfois qu'une première incision a été insuffisante, les lèvres de la plaie s'étant réunies avant l'accroissement des parois de l'abcès. On devra, dès lors, répéter l'opération autant de fois qu'elle sera nécessaire.

Une fois ouvert, l'abcès marche en général rapidement vers la guérison sans qu'il soit utile de favoriser cette heureuse terminaison, et les observations prouvent que la crainte de voir les substances alimentaires pénétrer dans le foyer est purement chimérique. Cet accident n'a été observé que dans quelques exemples de phlegmons gangréneux avec ouvertures larges et multiples, aussi pourrait-il être indiqué alors d'avoir recours au cathétérisme œsophagien pour alimenter les malades.

Dans les cas rares où la collection purulente rétro-pharyngienne vient faire saillie sur les côtés du cou, on pourra pratiquer une incision externe le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Cependant Gautier fait remarquer que cette ouverture pouvant être insuffisante, il vaudrait mieux commencer par faire l'incision interne, quitte à pratiquer, par la suite, une contre-ouverture au dehors si celle-ci est indiquée.

Enfin la trachéotomie a été pratiquée dans quelques cas pour parer à des accidents de suffocation immédiate, mais on doit le dire, le chirurgien agit le plus souvent dans ces circonstances sous l'empire d'une erreur de diagnostic.

b. *Abcès pharyngiens idiopathiques chroniques.*

Mondière regardait à tort cette forme d'abcès pharyngiens comme tout à fait exceptionnelle. Gillette a démontré par des faits que, si les chirurgiens ont pendant quelque temps admis l'opinion de l'auteur que nous avons cité, c'est que très-souvent la première période de la maladie était méconnue. Elle n'éveille, en effet, l'attention que dans la forme aiguë où son cortège d'accidents généraux conduit le malade à l'hôpital. Dans la forme chronique, au contraire, l'ignorance de cette première période induit en erreur sur la durée de l'affection.

Les causes sont les mêmes que dans la forme aiguë, mais la scrofule et la syphilis ont ici plus d'influence.

Relativement aux symptômes, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit, exception faite des symptômes généraux du début qui manquent dans la forme chronique. La marche et la durée établissent surtout la différence entre la forme aiguë et la forme chronique. Par suite de la lenteur du développement de la tumeur, les organes s'habituent peu à peu à la compression qu'elle exerce sur eux, d'où il résulte que l'abcès peut acquérir un volume beaucoup plus considérable.

Le traitement est le même que pour la forme aiguë.

B. *Périœsophagite.*

L'étude de la périœsophagite est encore bien incomplète. La thèse de Caulet (1) ne repose que sur une seule observation personnelle recueillie dans le service de Duplay père, à Lariboisière, et la description de cette affection est à peine mentionnée dans les traités classiques.

La périœsophagite peut être *aiguë* ou *chronique*, *circoscrite* ou *diffuse*; tantôt elle est *primitive*, tantôt elle résulte de la fusée vers le médiastin postérieur d'un abcès pharyngien et principalement des abcès latéro-pharyngiens.

ÉTILOGIE. — On rencontre cette affection à la suite de la lésion d'un

(1) *De la périœsophagite*, thèse de Paris, 1864.

des organes du médiastin postérieur, à la suite d'une œsophagite grave, d'ulcérations perforantes de l'œsophage, de corps étrangers, de rétrécissements de ce conduit, de lésions des ganglions lymphatiques voisins. Joignons à ces causes la simple extension inflammatoire à la suite d'un abcès pharyngien.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes des abcès de l'œsophage, quand ils occupent la partie supérieure de ce conduit, ne se distinguent pas de ceux des abcès pharyngiens inférieurs. Quant aux collections purulentes situées au niveau de la partie moyenne ou inférieure de l'œsophage, leurs symptômes les plus saillants sont la douleur et la dysphagie. La douleur siège entre les deux épaules, le long du rachis, derrière le sternum; elle est généralement ascendante. La dysphagie est considérable; non-seulement le malade ne peut avaler, mais il ne peut faire un seul mouvement de déglutition, ce qui n'a pas lieu dans l'œsophagite simple. Dans deux cas de péri-œsophagite chronique (1), les malades éprouvaient une dysphagie portée au point de rendre la déglutition impossible, néanmoins on put facilement, et à plusieurs reprises, pratiquer le cathétérisme de l'œsophage, ce qui fit rejeter l'idée d'une compression de ce canal, et dans les deux cas l'erreur de diagnostic ne fut reconnue qu'à l'ouverture spontanée de l'abcès dans l'œsophage. La roideur du cou et l'immobilité de la tête existent d'une façon notable. Il y a des symptômes cérébraux qui ont pu faire songer à l'hydrophobie. Les crachats muqueux, jaunâtres, ne ressemblent guère à l'expectation abondante et difficile de matières glaireuses signalée dans l'œsophagite.

La marche de l'affection est assez rapide. La terminaison se fait le plus souvent par la rupture du foyer purulent dans l'œsophage et par le rejet du pus sous forme de vomiturations. L'observation a montré à Mondière que la plupart des abcès péri-œsophagiens développés dans le cours ou à la suite de l'œsophagite, se terminaient par la rupture du foyer dans le conduit et par une guérison prompte; d'un autre côté, on voit, dans le mémoire d'Hévin, que le plus grand nombre des abcès formés autour de ce canal, à la suite de corps étrangers arrêtés dans son intérieur, ont eu également une terminaison heureuse. On reconnaît que l'abcès s'est ouvert dans l'œsophage par l'augmentation des difficultés du cathétérisme, par le bruit de crépitation que perçoit l'oreille en auscultant l'œsophage, par la présence de pus et de sang dans les vomissements.

DIAGNOSTIC. — Nous avons en passant donné les principaux symptômes qui permettront de distinguer la péri-œsophagite de l'œsophagite. Il suffira de mentionner l'hydrophobie comme pouvant simuler la péri-œsophagite à un examen superficiel. D'après Caulet, on devra songer à certaines formes de péricardites latentes, dans lesquelles il existe parfois une dysphagie considérable. Mais les symptômes fournis par la percussion

(1) Caulet, thèse citée, p. 32.