

CHAPITRE XIII

MALADIES DU PHARYNX.

§ 1. — Anatomie.

Chaque anatomiste a cherché une comparaison frappante pour le pharynx, et on l'a tour à tour comparé à un entonnoir, à la capote d'une voiture, à un soufflet, au ventilateur d'un bateau à vapeur, etc. Je ne veux pas dire que ces comparaisons soient mauvaises ni que la forme complexe de l'organe ne rende nécessaire en quelque sorte une comparaison frappante pour l'esprit. Seulement chacune d'elles n'est valable que pour certaines formes de l'organe, car cette « *communis aeris et nutrimentorum via* » en change suivant qu'elle est adaptée à la déglutition, à la respiration tranquille ou à la phonation.

Pour se faire une idée de la forme du pharynx, il est nécessaire de se figurer l'organe dans une position intermédiaire. Prenons par exemple un individu ayant la bouche ouverte et respirant par conséquent par la bouche et le nez. On voit alors qu'à chaque inspiration l'air pénètre par le nez, et qu'à chaque expiration il ressort par le nez et la bouche ; on remarque encore que l'air qui sort par le nez est plus froid que celui qui s'échappe par la bouche. Mais si l'on veut, on peut s'arranger de façon que l'air expiré ne passe que par le nez ou que par la bouche. Autrement dit, en supposant un individu la bouche ouverte et respirant tranquillement, on verrait, en regardant d'arrière en avant (en supposant transparente la paroi postérieure du pharynx et les parties qui se trouvent derrière lui), que la cavité du pharynx communique : 1° avec les fosses nasales par l'intermédiaire des choanes ; 2° avec la cavité buccale par l'intermédiaire de l'isthme du gosier ; 3° avec le larynx par l'intermédiaire de l'orifice supérieur du larynx. En bas le pharynx, l'orifice de communication avec l'œsophage, n'est pas librement béant car les parois de l'œsophage sont appliquées l'une contre l'autre.

Prenons maintenant l'acte de la déglutition. Quand le bol alimentaire arrive vers l'isthme du gosier, les piliers postérieurs du voile du palais se portent simultanément vers la ligne médiane et en arrière, en se rapprochant de la paroi postérieure du pharynx ; le voile du palais se soulève et devient horizontal ; la luette s'applique par sa racine contre un bourrelet de la paroi postérieure du pharynx qui correspond à l'arc antérieur de l'atlas, et la cavité commune se trouve ainsi divisée en deux cavités : une supérieure, la *cavité naso-pharyngienne* et une inférieure, la *cavité bucco-pharyngienne*. La première n'est ouverte qu'en avant vers les choanes ; en bas elle est fermée par la luette qui lui forme une sorte de plancher. En même temps l'orifice supérieur du larynx se ferme aussi ; les voies respiratoires se trouvent par conséquent barrées comme, au moment du passage d'un train, une rue qui traverse la voie ferrée, et le bol alimentaire passe sans encombre dans l'œsophage.

Prenons maintenant le cas d'un individu qui respire tranquillement la bouche fermée. Le dos de la langue est appliqué contre la voûte palatine, la racine de

l'organe contre la luette, de sorte qu'à ce moment la cavité buccale n'existe pas ; comme en outre l'œsophage est fermé comme d'habitude, les voies digestives se trouvent barrées et les voies respiratoires libres.

La position des parties est à ce moment la suivante : la cavité supérieure du pharynx, qui s'insère en haut sur la base du crâne, en arrière sur la colonne vertébrale, et latéralement sur les apophyses ptérygoïdes, est toujours libre ; l'orifice de communication avec le larynx se présente maintenant sous forme d'une fente étroite grâce à la translation de la base de la langue et du voile du palais vers la paroi postérieure du pharynx. (Plus loin en bas, les cordes vocales forment une fente antéro-postérieure.) Cette fente transversale peut être complètement fermée quand la langue tombe en arrière, comme cela s'observe parfois sous le chloroforme et dans certains cas de rétraction spasmodique de la langue, et l'occlusion de la fente est suivie immédiatement d'accès de suffocation.

Enfin dans la phonation, abstraction faite des sons nasaux, le voile du palais ne s'applique pas étroitement contre la paroi du pharynx, mais se soulève seulement, comme l'ont démontré les expériences de Debrou, Brücke et Czermak, et rétrécit ainsi l'orifice de communication avec les choanes.

§ 2. — Difformités.

Adhérences entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx. — Ces adhérences modifient considérablement les rapports que nous venons de décrire et la forme des cavités. Le plus souvent il s'agit d'ulcérations syphilitiques, et à côté de ces adhérences on trouve ordinairement encore une destruction partielle du voile du palais qui ne reste intact que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans un cas que j'ai observé à la clinique de v. Dumreicher et qui fut examiné en détail par Czermak, des ulcérations scrofuleuses du pharynx et des fosses nasales avaient donné lieu à la formation d'adhérences si étendues entre le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx que les cavités nasales se trouvèrent complètement séparées de la cavité buccale. La respiration ne s'effectuait que par la bouche, mais le voile du palais n'était pas complètement immobilisé et pouvait encore jouer en quelque sorte dans le cadre fibreux qui l'entourait, se tendre, bomber, s'effacer, etc.

Dans la grande majorité des cas, des *pertes de substance* précèdent la formation des adhérences.

Au point de vue des communications entre les différentes parties du pharynx, Ried distingue :

- 1) Les cas dans lesquels seule la face postérieure des piliers postérieurs du voile du palais est soudée à la paroi correspondante du pharynx, le bord inférieur du voile du palais et la luette restant libres ;
- 2) Les cas dans lesquels la soudure porte non seulement sur la face

postérieure des piliers postérieurs, mais aussi sur celle du *voile* lui-même, et il faut distinguer ces cas suivant qu'il persiste ou non une communication entre le pharynx et le naso-pharynx derrière la luette, conservée ou complètement détruite, ou à côté d'elle.

Dans le premier cas, les troubles sont à peine marqués du côté de la respiration et de la déglutition (si, bien entendu, il n'existe pas en même temps une perforation du voile du palais); dans la seconde catégorie de cas, la respiration par le nez est gênée en raison inverse du diamètre de la communication, et les malades sont obligés dans la grande majorité des cas de respirer par la bouche.

Chez ces sujets ou dans les cas d'adhérence totale, il serait avantageux de rétablir les communications normales, car ces malades se plaignent d'une sécheresse très pénible de la bouche et peuvent perdre à la longue la gustation et l'odorat. Seulement toutes les tentatives faites dans cette direction ont donné des résultats peu satisfaisants. S'il existe des adhérences totales de la face postérieure du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, on a réussi à rétablir les communications en divisant les adhérences avec un bistouri courbe, des ciseaux, une spatule et à isoler les surfaces à l'aide de mèches introduites entre les deux surfaces avec la sonde de Bellocq.

Dans un cas où les adhérences remontaient très haut, Ried a excisé le voile du palais et détaché du pharynx la masse cicatricielle. Dans un autre cas, Mose tig a fait la trépanation de la voûte palatine pour remédier à des troubles graves. Quand les adhérences ne portaient que sur les bords et quand la muqueuse du pharynx était peu atteinte, Dieffenbach séparait la luette du pharynx et bordait la surface cruentée de la première avec la muqueuse prise sur le second.

Enfin, lorsqu'à côté des adhérences il existe une perforation du voile du palais, il vaut mieux s'abstenir. Ried a essayé de libérer en arrière les parties adhérentes et de combler la perte de substance qui se trouvait en avant, mais il a complètement échoué. Les malades de cette catégorie doivent avoir recours aux obturateurs dont ils se trouvent fort bien¹.

(1) Le rétrécissement naso-pharyngien, qui vient d'être décrit, est en effet la forme la plus fréquente des rétrécissements du pharynx. Mais il n'est pas la seule et il faut encore mentionner : 1° le *rétrécissement de l'isthme*, exceptionnel, portant sur les piliers antérieurs et causant une dysphagie parfois excessive; 2° le *rétrécissement inférieur*, moins rare, siégeant soit au niveau de la base de la langue, soit derrière le cricoïde, et s'accompagnant, outre la dysphagie, de troubles dyspnéiques pouvant aller jusqu'à la mort par suffocation. Il va sans dire que dans ces formes, l'intervention chirurgicale est indiquée: ce sera même quelquefois la trachéotomie d'urgence. Le traitement consistera en débridements suivis de dilatation graduelle.

(A. B.)

§ 3. — *Lésions inflammatoires.*

Abcès rétro-pharyngiens. — Les abcès rétro-pharyngiens sont une affection très importante à connaître. Nous donnons plus loin une description détaillée de la région où ils siègent; ici, disons seulement que le tissu conjonctif lâche, situé derrière le pharynx, remplit une partie de l'espace désigné par Henle sous le nom de fente rétro-viscérale du cou. Des espaces semblables remplis de tissu conjonctif lâche, capable par conséquent de s'infiltrer avec une grande facilité, existent partout, entre les organes qui jouissent d'une grande mobilité.

Dans le pharynx, ce sont les mouvements de déglutition qui rendent impossible toute fixation rigide de l'organe à la colonne vertébrale; ici, l'espace qui existe entre le pharynx d'un côté, la colonne vertébrale et les muscles pré-vertébraux de l'autre, ne peut être rempli que par un tissu conjonctif lâche. Aussi les abcès qui siègent dans cette région doivent-ils être désignés, avec Kœnig, sous le nom de *rétro-viscéraux*, et si l'on veut préciser la localisation du processus, on peut les diviser en *rétro-pharyngiens* et *rétro-œsophagiens*. Les abcès rétro-pharyngiens proviennent soit des parties molles, soit de la colonne vertébrale.

Le point de départ des premiers est ordinairement dans les *ganglions lymphatiques*. On admet qu'au niveau de la troisième vertèbre cervicale se trouve de chaque côté de la ligne médiane, entre le muscle constricteur du pharynx et l'aponévrose pré-vertébrale, un ganglion lymphatique dont les vaisseaux afférents naissent en dehors et au-dessous de l'amygdale. Tout comme dans les autres parties du corps, les processus inflammatoires et ulcéreux des régions d'où partent ces radicules, peuvent donner lieu à la suppuration des deux ganglions que nous venons de décrire. Et en effet, il est très possible qu'un certain nombre d'abcès rétro-pharyngiens relève de cette origine et se forme de la même façon que les adénites suppurées de l'aîne consécutives aux petites ulcérations du pied; mais il est aussi très probable que le tissu cellulaire rétro-pharyngien peut être le siège de suppuration *primitive*.

A côté de ces abcès *idiopathiques*, on trouve les abcès *par congestion* qui sont produits par la carie et la nécrose des corps vertébraux. Les premiers résultent d'un processus aigu; dans les seconds on a affaire à une affection chronique.

Les abcès rétro-pharyngiens sont *fréquents* pendant les premières

années de la vie ; une moitié des cas revient à l'enfance⁽¹⁾, l'autre à l'âge adulte. Ces abcès sont très graves, puisque d'après Gautier le nombre des guérisons est à celui des décès comme 54 : 41. Les raisons de cette gravité sont faciles à saisir. La voussure de la paroi postérieure du pharynx, qui existe dans ces cas, rend tout d'abord la déglutition difficile, ensuite impossible, de sorte qu'un grand nombre des petits malades succombent à l'inanition ; dans d'autres cas, l'orifice supérieur du larynx se rétrécit, la respiration devient difficile et le malade succombe à un accès de suffocation ; dans d'autres cas encore, le pus se porte en bas et envahit le médiastin : enfin chez certains malades, l'ouverture de la collection purulente est suivie de gangrène et de septicémie.

La mortalité excessive s'explique surtout par ce fait qu'un grand nombre de ces abcès est méconnu. Il existe en effet à peine une autre forme d'abcès dans laquelle l'ouverture de la collection fasse disparaître aussi vite le danger que dans ces abcès rétro-pharyngiens. Dans les abcès par congestion consécutifs à la tuberculose vertébrale, l'ouverture de l'abcès fait cesser le danger de suffocation, mais la carie reste intacte ; dans les abcès idiopathiques, l'incision de la collection pare au danger immédiat et guérit en même temps l'affection.

Le diagnostic d'un abcès rétro-pharyngien n'est pas difficile, et c'est une faute grave que de méconnaître son existence. Il suffit de penser à la possibilité de l'abcès, pour le découvrir toujours en introduisant le doigt dans le pharynx, car il est absolument impossible de méconnaître la voussure rénitente qui existe dans ces cas sur la paroi postérieure du pharynx. Mais le fait est qu'on n'y pense pas, et l'enfant est soigné pour une angine. Il est certain qu'il existe toujours dans l'angine une rougeur du voile du palais et une tuméfaction des amygdales ; mais quand les troubles de la respiration s'exagèrent et deviennent graves, il est absolument impardonnable de ne pas explorer le pharynx avec le doigt. L'exploration digitale devrait être faite dans ces cas ne fût-ce que pour s'assurer s'il n'existe pas d'œdème de la glotte, et alors le doigt tomberait infailliblement sur l'abcès. Un médecin qui raisonne devrait se dire, en voyant l'enfant régurgiter et rendre les aliments et les boissons, que la petite angine qu'il a devant les yeux ne suffit pas pour provoquer ces phénomènes ni pour expliquer les troubles respiratoires qui existent en même temps. Aussi, chaque fois qu'on voit un enfant en proie à des troubles marqués de la déglutition et de la respiration, faut-il penser à un abcès rétro-pharyngien.

Il peut arriver qu'après avoir inspecté et exploré le pharynx, le médecin ne trouve pas de tumeur. Faut-il alors abandonner l'idée d'un

(1) Surtout pendant le cours de la première année.

abcès rétro-pharyngien ? Nullement, car l'abcès peut être situé très bas, comprimer la trachée et l'œsophage et provoquer de cette façon des troubles de respiration et de déglutition. Le timbre de la voix, comme l'a démontré Duparcque, prend dans ces cas un caractère spécial et rappelle le *cri du canard*. Mais dans certains cas l'inspection de la paroi postérieure du pharynx est impossible. Ce fait est dû à la constriction des mâchoires qui s'observe dans les cas où l'abcès, après avoir franchi les limites de la fente rétro-viscérale, suit la paroi latérale du pharynx, vient faire saillie au niveau de la parotide ou de la joue en descendant quelquefois jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. Mais alors on se trouve en face d'une tumeur visible à l'extérieur ou du moins on trouve un œdème de toutes ces parties, tandis que les troubles de la déglutition et de la respiration attirent l'attention vers le pharynx.

Dans les abcès par congestion consécutifs à la carie vertébrale, d'autres signes encore facilitent le diagnostic. Ce qui frappe avant tout chez ces malades, c'est l'immobilité de la colonne vertébrale et, par conséquent, la raideur de la tête, et contrairement à ce qu'on observe dans la dyspnée ordinaire où la tête est inclinée en arrière, ici la tête est plutôt inclinée en avant. En outre, dans les cas de carie vertébrale avancée, on peut déjà trouver la saillie cyphotique formée par une apophyse épineuse. Tous ces signes peuvent servir en même temps pour différencier les abcès idiopathiques et les abcès rétro-pharyngiens par congestion.

Un jour que je remplaçais à Vienne mon maître v. Dumreicher, on m'apporta, au milieu d'une leçon que je faisais aux élèves, un enfant en proie à une dyspnée intense ; le médecin qui le soignait l'avait envoyé à l'hôpital pour qu'on lui fit la trachéotomie. Ce qui m'a frappé tout d'abord, c'était la raideur de la nuque et la position singulière de la tête. J'ai pensé tout de suite à un abcès rétro-pharyngien. Sans dire un mot je mis les doigts sur la nuque de l'enfant, et trouvai une apophyse épineuse saillante ; j'introduisis immédiatement le doigt dans le pharynx et tombai sur une tumeur rénitente. Séance tenante, je fis avec le ténotome une incision par laquelle s'échappa un flot de pus : la dyspnée disparut, la cyanose s'effaça et l'enfant était sauvé. J'eus ensuite la satisfaction d'expliquer cette conduite à mes auditeurs⁽¹⁾.

(1) Pour assurer l'antisepsie, certains auteurs ont conseillé d'ouvrir les abcès rétro-pharyngiens à l'aide d'une incision externe. Cette complication semble inutile. L'ouverture par la face muqueuse est très facile et donne d'excellents résultats. Pour la pratiquer on glisse le long de l'index gauche, qui relève le voile du palais et qui appuie sur la partie supérieure de la tumeur, un bistouri dont on n'a laissé libre que la pointe et dont on a soin de tenir la lame bien parallèle au plan médian (l'abcès étant d'ordinaire un peu latéral), le tranchant dirigé en bas, le dos étant au contact de la face palmaire de l'index. Il faut distinguer des abcès rétro-pharyngiens, les *abcès latéro-pharyngiens* : ceux-là, dangereux par l'ulcération possible de la carotide ou de la jugulaire, seront de préférence ouverts par une incision faite derrière l'angle de la mâchoire.

§ 3. — *Tumeurs.*

Tumeurs rétro-pharyngiennes. — Les tumeurs rétro-pharyngiennes *solides* peuvent provoquer les mêmes symptômes que les abcès rétro-pharyngiens, seulement elles ne causent pas de douleurs et les symptômes se développent très lentement. Ces tumeurs sont rares et proviennent soit de l'os, soit du périoste de la colonne vertébrale, soit du tissu conjonctif rétro-viscéral. Comme le fait déjà prévoir leur point

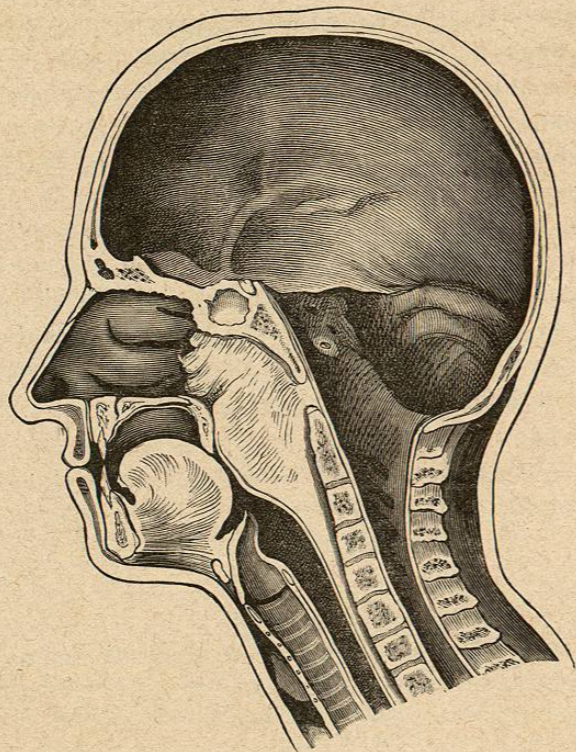


Fig. 65. — Tumeur rétro-pharyngienne d'après Bryk.

de départ, ces productions sont de nature conjonctive, et on trouve ici des *fibromes*, des *fibro-chondromes*, des *fibro-sarcomes*. Le développement lent de ces tumeurs fait que les organes de la respiration et de la déglutition ont le temps de fuir en quelque sorte devant la masse morbide, de s'accommoder aux nouveaux rapports, en sorte que les troubles fonctionnels ne paraissent nullement en rapport avec les dimensions du néoplasme. Le même phénomène existe du reste dans les autres régions. Dans les tumeurs à développement lent du bassin,

l'intestin est peu à peu repoussé, incurvé, et pourtant les symptômes de sténose ne se manifestent que fort tard. Dans le pharynx, les tumeurs peuvent atteindre des dimensions considérables. En repoussant devant lui la muqueuse dont il s'entoure, le néoplasme peut pénétrer si loin qu'il efface complètement les arcs palato-pharyngien et palato-glosse, et la courbure du voile du palais. Et le malade continue néanmoins à avaler les aliments, si invraisemblable que cela paraisse à l'inspection de la fente étroite qui persiste sous la tumeur. Il en est de même de l'isthme de la glotte qui n'est pas oblitéré, mais seulement repoussé, déplacé. Certainement quand la tumeur a atteint une certaine limite, des troubles fonctionnels graves apparaissent à leur tour, et il est impossible alors de les faire disparaître aussi rapidement que lorsqu'ils sont provoqués par les abcès rétro-pharyngiens. Pour parer aux accès de suffocation, il ne reste que la trachéotomie. Autant que je sache, on n'a pas encore été obligé de faire l'œsophagotomie pour sauver le malade de l'inanition.

OPÉRATION. — Les tumeurs rétro-pharyngiennes qui se développent dans le tissu cellulaire sont faciles à énucléer, et Busch a obtenu de la sorte un certain nombre de succès. L'extirpation doit être faite de façon à se mettre à l'abri des hémorragies. A cet effet, après la section de la muqueuse qui recouvre la tumeur, on ne travaillera plus avec l'instrument tranchant et on se servira principalement des doigts. Pour faire commodément cette opération sous le chloroforme, il serait indiqué de faire d'abord la trachéotomie et le tamponnement de la trachée. L'opération présente des difficultés énormes, quand la tumeur a envahi la région des gros vaisseaux du cou. Mais l'hésitation n'est guère permise, puisque la ligature de ces vaisseaux n'aggrave pas la situation et que l'ostéotomie temporaire du maxillaire inférieur avec luxation et relèvement du lambeau ostéoplastique facilite considérablement l'accès de la tumeur.

Cancer du pharynx. — Parmi les autres tumeurs du pharynx, nous pouvons mentionner les épithéliomes, qui sont rarement primitifs et ne s'observent alors que sur la paroi laryngée du pharynx. Si la tumeur siègeait sur la paroi postérieure du pharynx, l'ablation de la tumeur suivie de curettage de la cavité serait la méthode de choix. Dans les épithéliomes étendus on a fait plusieurs fois la résection du pharynx.

Polypes naso-pharyngiens. — Ces tumeurs méritent d'être étudiés en détail. On comprend sous ce nom des fibromes qui se développent sur la portion osseuse de la région du pharynx et envahissent secondairement les fosses nasales. Leur point de départ est le plus souvent