

CHAPITRE VII

MALADIES DU PHARYNX ET DES AMYGDALES

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques de l'isthme du gosier et du pharynx n'ont qu'un intérêt médiocre.

1° **Plaies.** — Certaines plaies sont produites de dehors en dedans, rarement il est vrai; elles ne sont guère différentes des plaies semblables de l'œsophage.

Dans quelques cas exceptionnels, un corps vulnérant a pu être poussé jusque dans la gorge et y déterminer des lésions parfois profondes; c'est en somme la même étiologie que nous avons signalée pour certaines plaies du voile du palais, de la langue. Ainsi on a vu un tuyau de pipe s'enfoncer fort loin dans les tissus péripharyngiens. Les plaies de ce genre présentent deux dangers: 1° primitivement la lésion d'organes importants, vasculaires surtout, dans le triangle maxillo-pharyngien; chez un malade de Morratt Baker⁽¹⁾, un tuyau de pipe ayant atteint l'artère pharyngienne ascendante, l'évolution a été mortelle; la gravité, évidemment, est plus grande encore pour la carotide ou la jugulaire internes; 2° secondairement, des accidents septiques sont à craindre.

2° **Brûlures.** — Les brûlures ne sont qu'un épiphénomène de celles de l'œsophage, avec lesquelles elles seront étudiées plus loin.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES

A. — ANGINES

Les anciens désignaient tous les maux de gorge sous le nom d'angine et d'esquinancie; et ils en rapprochaient même des troubles fonctionnels n'ayant rien à voir avec la gorge, tels que l'angine de poitrine, par exemple. Peu à peu le sens du mot s'est restreint et, lorsqu'il n'est pas accompagné d'un qualificatif, le terme angine ne s'applique qu'aux affections inflammatoires, totales ou partielles, de l'isthme du gosier, c'est-à-dire du voile du palais et de ses piliers, de la base de la langue, des amygdales surtout et du pharynx buccal. C'est au pharynx buccal qu'appartiennent, en partie au moins, les replis ary-épiglotiques, dont le gonflement inflammatoire constitue une forme de l'œdème de la

⁽¹⁾ MORRANT BAKER, *St-Barthol. hosp. rep.*, London, 1876, t. XII, p. 165.

glotte ou angine laryngée œdémateuse; mais ici les troubles dyspnéiques dominent la symptomatologie et la thérapeutique, en sorte que l'usage justifié est de ranger cette maladie parmi celles du larynx. Quant à l'angine linguale, j'en ai déjà dit quelques mots⁽¹⁾.

Étiologie générale. — Il y a deux espèces principales d'angines, les unes non infectieuses, et les autres infectieuses.

Les angines non infectieuses, de cause exclusivement locale, sont celles qui relèvent d'irritations alimentaires ou médicamenteuses; et parmi les médicaments, il faut distinguer ceux qui agissent par contact direct et ceux qui doivent être d'abord absorbés et transportés par le sang, puis viennent exercer sur la gorge une action élective. C'est par ce dernier mécanisme que sont produites les angines causées par l'iode, la belladone, le datura, par exemple.

Ces faits intéressent le médecin et non le chirurgien. Je m'en tiendrai donc à cette courte mention, et j'en viens aux angines infectieuses qui sont, de beaucoup, les plus fréquentes et les plus importantes.

On sait aujourd'hui que les angines relèvent de microbes pathogènes multiples, et on commence à déterminer les allures cliniques imprimées à la phlegmasie par quelques-uns de ces micro-organismes. Mais ces études sont avant tout du domaine de la pathologie interne, et ce que le chirurgien doit connaître c'est: 1° le mode d'infection; 2° les complications de ces infections.

Il est des angines qui sont simplement une lésion infectieuse locale, provoquée par des microbes qui ont trouvé une porte d'entrée et un terrain favorable. Cette porte d'entrée peut être traumatique, et de là les accidents inflammatoires consécutifs à certaines plaies superficielles, surtout lorsqu'il y a pénétration d'un corps étranger; ainsi, quelquefois, lorsqu'une arête de poisson se fiche dans l'amygdale.

Il y a encore, jusqu'à un certain point, une provocation traumatique pour ces amygdalites à répétition liées à l'existence de calculs ou d'amas caséeux retenus dans les cryptes de l'amygdale où pullulent les microbes les plus divers. Mais ici l'effraction est, à vrai dire, à peu près nulle, souvent même nulle, et l'étiologie se rapproche de celle des angines dites spontanées.

Même sans ces causes adjuvantes, en effet, les cryptes amygdaliennes et celles de tous les amas lymphatiques du pharynx sont habitées, chez les sujets sains, par des microbes variés, dont quelques-uns seulement sont déterminés. A un moment donné, la défense de l'organisme devient insuffisante, il en résulte une réaction inflammatoire et l'angine est constituée. Mais l'infection ne reste pas toujours exclusivement locale; elle est susceptible de se généraliser, et l'on se trouve, en somme, en présence d'une pyrexie infectieuse, avec atteinte de l'état général. Cette doctrine, qui est celle de Ch. Bouchard, de Landouzy⁽²⁾, est plus vraisemblable que la doctrine inverse, soutenue par Kannenberg, d'après laquelle l'infection est d'abord générale.

Est-ce à dire cependant que l'état général n'ait aucune influence étiologique? Il n'en est rien, et comme pour toutes les maladies infectieuses, locales ou générales, nous voyons intervenir la débilitation, le surmenage, le refroidissement et l'humidité, d'où la fréquence des angines au printemps ou à l'automne.

⁽¹⁾ Voy. t. V, p. 140.

⁽²⁾ LANDOUZY, *Progrès médical*, Paris, 1885, p. 600 et 628.

Chez la femme, la menstruation s'accompagne quelquefois de poussées congestives ou inflammatoires de la gorge, et pendant cette période les angines herpétiques sont fréquentes.

Variétés. — Les diverses causes que j'ai énumérées produisent des angines suppurées ou des angines non suppurées.

Les angines non suppurées n'ont rien de chirurgical, mais leurs complications sont en partie de notre ressort. Je ne m'occuperai que de ces complications.

Je passerai sous silence les angines des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, des fièvres palustres.

1° COMPLICATIONS DE L'ANGINE NON SUPPURÉE

Les complications chirurgicales de l'angine non suppurée sont de trois ordres. Elles sont dues :

- 1° A l'excès d'inflammation locale;
- 2° A la propagation de l'inflammation aux parties voisines;
- 3° A l'infection générale.

1° *L'excès d'inflammation locale* ne nécessite une intervention opératoire que lorsque le gonflement est suffisant pour causer une dyspnée menaçante due à l'œdème de la glotte. Ainsi, dans la glossite basique, l'orifice du larynx est vite menacé; de même dans l'angine épiglottique antérieure étudiée par Karl Michel, par Charazac⁽¹⁾. En dehors de ces localisations spéciales, la suffocation est exceptionnelle; elle a été constatée cependant par Gilbert Ballet⁽²⁾, par exemple, dans le cours d'un œdème aigu de la luette; il y a quelques années, j'ai soigné à l'hôpital Bichat un homme chez lequel une angine herpétique aiguë, avec œdème intense généralisé, a nécessité d'urgence la trachéotomie et le port d'une canule pendant plusieurs jours.

2° La propagation aux parties voisines est représentée par les *adénites*. L'engorgement ganglionnaire est à peu près constant au cours des angines simples, et l'on ne saurait s'en étonner si l'on songe à la richesse de la région gutturale en organes lymphoïdes. Presque toujours cette adénopathie reste très légère et se termine par résolution, mais quelquefois elle suppure, alors que l'angine ne suppure pas. C'est là l'origine de certains adéno-phlegmons autrefois considérés comme idiopathiques. Parmi ces adéno-phlegmons, il en est qui sont directement péri-pharyngiens, latéro-pharyngiens surtout. Mais d'autres se produisent à distance, plus ou moins bas au cou, dans la chaîne sterno-mastoïdienne. Siredey et Milsonneau⁽³⁾ ont publié des observations intéressantes pour montrer que l'angine la plus simple peut se compliquer ainsi d'adéno-phlegmons cervicaux; mais cette suppuration à distance est surtout fréquente dans l'angine de la scarlatine.

La propagation de proche en proche, à la trompe d'Eustache et à la caisse du tympan est d'une haute importance et l'origine angineuse des *otites moyennes suppurées* est d'une grande fréquence.

(1) CHARAZAC, Thèse de doct. de Bordeaux, 1884-1885, n° 33.

(2) G. BALLET, *France médicale*, Paris, 1885, t. I, p. 206.

(3) MILSONNEAU, Thèse de doct. de Paris, 1884-1885, n° 202.

3° Les complications par infection générale que le chirurgien doit connaître sont surtout celles qui frappent les organes génitaux internes. Gray, James, Joal, Bougarel ont signalé l'ovarite⁽¹⁾, peu importante d'ailleurs. Plus intéressantes, pour le diagnostic, sont les métastases testiculaires. Verneuil⁽²⁾ a attiré l'attention sur la vaginalite avec épanchement, sur l'orchite avec atrophie consécutive du testicule, et Joal⁽³⁾ a publié des faits confirmatifs. Le traitement sans doute est nul, mais il est utile de savoir qu'en présence d'une vaginalite de cause obscure, il faut rechercher l'angine dans les antécédents, et faire alors des réserves pronostiques en raison de l'atrophie possible.

Ces complications par infection générale ne sont pas les seules, et je mentionnerai les métastases qui peuvent frapper l'appareil pleuro-pulmonaire⁽⁴⁾, les articulations⁽⁵⁾, les reins⁽⁶⁾, qui peuvent même aboutir à la septicopyhémie⁽⁷⁾. Ces lésions nous intéressent lorsqu'elles arrivent à suppuration comme cela a été vu pour la plèvre⁽⁸⁾, pour les jointures, et quelquefois même une angine est la porte d'entrée d'une ostéomyélite⁽⁹⁾.

2° ANGINE PHLEGMONEUSE

Il est d'usage de réunir sous le nom d'amygdalite phlegmoneuse des lésions inflammatoires assez diverses, pharyngiennes et péripharyngiennes. Ainsi c'est à l'amygdalite qu'on rattache souvent, en partie au moins, les adéno-phlegmons juxta-pharyngiens. De la sorte, on attribue aux abcès amygdaliens des complications dont ils ne sont pas responsables. Mieux vaut ne faire rentrer dans l'angine phlegmoneuse que les abcès superficiels, sous-muqueux.

Anatomie pathologique. — Ces foyers, de petite dimension, ne contenant guère plus d'une cuillerée à café de pus, siègent presque toujours dans le pilier antérieur du voile du palais, plus rarement à la face externe de l'amygdale qu'ils refoulent en dedans. Dans ce dernier cas, on croit volontiers que l'amygdale elle-même est malade; en réalité, l'abcès intra-amygdalien est exceptionnel et l'abcès péri-amygdalien est la règle⁽¹⁰⁾. Mais une autopsie de Didelot démontre la réalité de l'abcès intra-amygdalien.

D'après C. Rice⁽¹¹⁾, il faut établir à ce point de vue une différence suivant les âges: chez l'enfant l'abcès amygdalien serait fréquent; chez l'adulte, ce serait le péri-amygdalien, en raison des adhérences qui, unissant les amygdales aux piliers, empêchent le pus de migrer vers le pharynx et le forcent à fuser vers le

(1) JAMES, *Med. Times*, London, 1859, t. II, p. 227. — GRAY, *Ibid.*, t. I, p. 58. — BOUGAREL, *France méd.*, Paris, 1886, t. II, p. 1252.

(2) VERNEUIL, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1857, t. II, p. 452.

(3) JOAL, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1886, t. I, p. 515 et 678. — Voy. aussi la thèse de BRUMAUD DES HOULIÈRES, Paris, 1894-1895, n° 78.

(4) RICHARDIÈRE, *Union médicale*, Paris, 26 janvier 1895.

(5) DUFILH, Thèse de doct. de Bordeaux, 1892-1893, n° 42. — J. SACAZE, *Nouveau Montpellier médical*, 1895, n° 25, p. 445.

(6) COLLINET, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1894, n° 60.

(7) P. DUBOST, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 587.

(8) HEDDAEUS, *Münch. med. Woch.*, 1897, p. 467.

(9) BUSCHKE, *Deutsche Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1890, t. XXXVIII, fasc. 4-5.

(10) A. VERNEUIL, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1879, p. 162. — BOSWORTH, *Med. Record*, New-York, 1854, t. II, p. 365.

(11) C. RICE, *Med. record*, New-York, 51 juin 1891, t. XXIX, p. 125.

tissu cellulaire. Cela ne répond pas à ce que j'ai observé par moi-même, et chez l'enfant comme chez l'adulte, j'ai eu à inciser le pilier antérieur plus souvent que l'amygdale.

Étiologie. — L'étiologie générale des angines ayant été esquissée précédemment, il nous reste à rechercher quelles sont les causes de la suppuration.

Le rôle de la prédisposition individuelle est ici bien connu : certains sujets sont voués, sans qu'on sache pourquoi, aux angines suppurées à répétition.

La nature exacte de l'infection joue un rôle jusqu'à présent moins connu, mais il semble établi que plusieurs microbes sont capables de provoquer l'angine phlegmoneuse. On sait que certaines angines, telles que les angines rhumatismales et herpétiques, ne suppurent presque jamais, même lorsqu'elles ont tendance à se compliquer d'adéno-phlegmon à distance, comme cela est le cas pour l'angine de la scarlatine.

Symptômes et marche. — Le début est marqué soit par une angine qui paraît d'abord vulgaire, soit par des accidents immédiatement graves, avec fièvre, frissons, céphalalgie, courbature, etc., quelquefois aussi accentués que dans la pneumonie.

Lorsque l'inflammation est devenue nettement phlegmoneuse, la douleur est vive et exagérée par la déglutition, en sorte que la sialorrhée, si fréquente dans les angines, devient un symptôme très pénible; de même la soif est vive et très douloureuse à satisfaire. Il y a sensation de corps étranger, avec ardeur gutturale et toux sèche; la voix est étouffée et nasillarde; la respiration est bruyante, gênée, quelquefois même jusqu'à la suffocation; les oreilles, plus ou moins assourdies, sont souvent le siège de bourdonnements, de tintements et même d'élançements douloureux. Les mouvements de la tête sont raides et la rotation se fait d'une pièce; un certain degré de constriction des mâchoires est de règle, et ce peut être un obstacle réel à l'examen direct.

La fièvre est presque toujours intense; la dépression des forces est considérable et rapide.

Lorsque, après avoir abaissé la langue, on regarde la gorge, on voit un gonflement rouge violacé, bilatéral, mais prédominant d'un côté. De ce côté, le pilier antérieur bombe en avant. Les deux amygdales sont grosses, quelquefois parsemées d'îlots caséux. La luette est déviée vers le côté le moins gonflé.

A cette période, malgré l'intensité des phénomènes locaux, la résolution est possible, mais d'ordinaire l'affection se juge par un abcès en trois à huit jours. La suppuration est annoncée par la prolongation et l'acuité des accidents locaux, de la douleur surtout, avec des exacerbations fébriles vespérales, avec une dysphagie extrême. Si l'on abandonne la maladie à elle-même, le point qui bombait fait de plus en plus saillie, se ramollit en même temps qu'il devient jaunâtre et fluctuant, et finalement s'ouvre spontanément dans la bouche. Cette évacuation fait percevoir au malade une sensation de puanteur intense, et le pus, souvent très fétide, est rejeté par expiration. Il en résulte un soulagement immédiat et persistant. Mais la faiblesse générale dure pendant assez longtemps. Ce qui contribue assez souvent à retarder encore le retour à la santé, c'est la formation possible d'abcès successifs, soit d'un seul, soit des deux côtés; ces abcès, il est vrai, évoluent plus vite que le premier et sont moins douloureux.

Qu'il y ait eu ou non suppuration, les angines phlegmoneuses, surtout quand elles sont à répétition, se terminent quelquefois par induration et hypertrophie de l'amygdale.

Elles peuvent aussi aboutir à la formation d'abcès chroniques de l'amygdale, décrits par Babuel-Peyrissac, par Cartaz; ces reliquats d'amygdalites antérieures, capables de remonter à plusieurs années, ne provoquent aucun phénomène général, causent un peu de gêne locale, de la toux, quelquefois de l'expectoration intermittente de pus (1).

Si le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même est presque toujours bénin, il faut cependant tenir compte de quelques cas mortels, soit par œdème de la glotte, soit par irruption du pus dans les voies aériennes (2), l'abcès s'étant ouvert pendant le sommeil. Les ulcérations vasculaires, quelquefois considérées comme une complication de l'amygdalite phlegmoneuse, appartiennent en réalité aux adéno-phlegmons latéro-pharyngiens.

Traitement. — Il est rare que l'angine phlegmoneuse évolue naturellement jusqu'au bout; il est rare surtout qu'on laisse l'abcès bomber, devenir jaunâtre et fluctuant. Presque toujours l'acuité des symptômes et les souffrances sont telles qu'un médecin est rapidement appelé.

Au début, les astringents sont nuisibles : on prescrira des gargarismes antiseptiques et émollients. Bientôt on reconnaîtra qu'un point tend à faire saillie et est spécialement douloureux à la pression. Les médecins recommandent alors volontiers d'ordonner un vomitif : dans les efforts de vomissement, le foyer purulent se rompt. Mais en règle générale, sauf pusillanimité du patient, mieux vaut inciser aussi vite que possible en donnant un coup de bistouri sur le point le plus douloureux à la pression. Bientôt on est guidé par la constatation, avec la pulpe de l'index, d'un point dépressible au niveau duquel on sent une boutonnière par laquelle le pus a passé, entre deux faisceaux musculaires du pilier.

Pour opérer, on limite d'abord à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 environ la pointe du bistouri en enroulant autour de la lame une feuille de papier de soie (aussi efficace et plus propre que le diachylon), et on incise en tenant la lame bien parallèle au plan médian.

3° ANGINES GANGRENEUSES

Étiologie. — La gangrène du pharynx est rare. Elle peut compliquer les angines les plus diverses et comme observations exceptionnelles je rappellerai celle de Féréol (3), où une amygdalite syphilitique avec hypertrophie devint gangreneuse; celle de Hallopeau et Tuffier (4) où le sphacèle survint après une éruption herpétiforme de la face et de la gorge; celle de Goodall (5) où une perforation du voile du palais résulta de l'angine scarlatineuse. La gangrène est encore quelquefois un élément du phagédénisme syphilitique primitif ou ter-

(1) BABUEL-PEYRISSAC, Thèse de doct. de Bordeaux, 1892-1895, n° 85. — CARTAZ, *Bull. de la Soc. de laryng.*, Paris, février 1894.

(2) Voy. par exemple une observation récente de GANN, *Lancet*, London, 24 juin 1895, t. I, p. 1515.

(3) FÉREOL, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1881, p. 285.

(4) HALLOPEAU et TUFFIER, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1882, p. 79.

(5) GOODALL, *Path. Soc. of London*, 6 nov. 1894; d'après *Brit. med. Journal*, t. II, p. 1050.

liaire. Dans ses causes il faut aussi ranger l'érysipèle du pharynx; quelquefois enfin, mais à titre de grande rareté, une angine phlegmoneuse qui semble d'abord devoir être simple⁽¹⁾.

Mais ces diverses causes locales ne suffisent presque jamais si le sujet n'est pas débilité, par la misère par exemple, ou par une maladie infectieuse: la gangrène du pharynx est, dans ces conditions, tout à fait comparable au noma⁽²⁾.

Parmi les maladies infectieuses se compliquant de gangrène du pharynx, on a longtemps compté la diphtérie. Mais Bretonneau a bien montré que c'en est, au contraire, une complication exceptionnelle; Guersant, Bricheateau ont toutefois été trop loin en niant sa possibilité.

Symptômes et marche. — Il faut distinguer deux variétés, à évolution essentiellement différente.

Quelquefois — et c'est la règle pour les cas, rares d'ailleurs, où le sphacèle succède à une angine inflammatoire franche — on observe de petites plaques gangreneuses limitées, peu étendues, bientôt éliminées; et le sujet guérit le plus souvent.

Il en est tout autrement dans ces gangrènes diffuses qui sont à la gorge ce que le noma est à la bouche. On voit des plaques grises ou noires, entourées d'une teinte livide et d'un œdème de mauvais aspect. L'haleine est fétide; l'engorgement ganglionnaire est souvent considérable. Pendant ce temps, l'état général est gravement compromis; l'adynamie est intense, la fièvre vive, les sueurs abondantes et visqueuses, et presque toujours le malade meurt de septicémie, dans l'adynamie et avec un ralentissement considérable du pouls; ou bien c'est une syncope qui l'emporte. A moins que ne se déclare une complication locale mortelle telle que l'œdème de la glotte, ou une thrombose infectieuse de la jugulaire; ou bien encore des hémorragies multiples, auxquelles Treganowan⁽³⁾ a une fois reconnu comme source une ulcération de la carotide interne. La terminaison fatale ne tarde généralement pas: deux à six jours suffisent presque toujours. Cependant les malades de Hallopeau et Tuffier, d'Ed. Cruveilhier⁽⁴⁾, ont péri lentement, par épuisement septique progressif.

Traitement. — Ce n'est guère que dans ces cas à évolution relativement lente qu'on est en droit d'espérer quelque chose de la thérapeutique. Thérapeutique d'ailleurs bien peu chirurgicale. Trousseau, Gubler recommandent les cautérisations à l'acide chlorhydrique fumant: on obtient quelquefois de bons résultats. On prescrira toujours des gargarismes et collutoires antiseptiques: à cet effet, les substances les plus actives, parmi celles que tolère la cavité bucco-pharyngienne, sont le permanganate de potasse et l'hyperchlorite de soude.

Lorsque par hasard le malade survit, il reste à traiter des pertes de substance et des rétrécissements du voile et du pharynx.

⁽¹⁾ PARKOWSKI, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1875, p. 747. — GRESLOU, *France médicale*, Paris, 1881, t. II, p. 29.

⁽²⁾ V. STEIN, *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, Berlin, mai 1894, p. 145. — BLUMENAU, *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1896, p. 416.

⁽³⁾ TREGANOWAN, *Amer. Journal of med. sc.*, Philad., 1875, t. LXIX, p. 222.

⁽⁴⁾ E. CRUVEILHIER, *France médicale*, Paris, 1888, p. 226.

B. — PHLEGMONS CIRCONSCRITS PÉRI-PHARYNGIENS

Les phlegmons circonscrits péri-pharyngiens sont presque tous des adéno-phlegmons: ils sont en cela semblables aux autres phlegmons du cou, dont ils sont en réalité une variété. Mais de leur siège péri-pharyngien résultent des symptômes, des dangers spéciaux: aussi faut-il les distraire des phlegmons du cou et leur faire place parmi les maladies du pharynx. Les plus importants de ces phlegmons, par leur fréquence et leur gravité, sont ceux qui siègent entre le pharynx et le rachis. De là est venu l'usage classique de ne s'occuper guère que d'eux: on étudie les abcès rétro-pharyngiens et, chemin faisant, on indique les quelques particularités des abcès latéraux ou antérieurs. Mais de la sorte l'étude reste forcément confuse, parce qu'elle englobe des faits assez disparates. Il faut donc décrire séparément les abcès rétro-pharyngiens, latéro-pharyngiens et antéro-pharyngiens.

1° ABCÈS CHAUDS RÉTRO-PHARYNGIENS

Les abcès chauds rétro-pharyngiens sont une affection fréquente, surtout dans le jeune âge, et qu'il y a un intérêt majeur à bien connaître, car la vie du malade est le plus souvent entre les mains du chirurgien. Vu leur appareil symptomatique effrayant, vu l'efficacité remarquable de la thérapeutique, il est naturel que ces abcès aient donné lieu à de nombreux travaux, dont il sera facile de trouver l'indication en se reportant aux mémoires suivants:

GILLETTE, Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Thèse de Paris, 1867, n° 225. — ROUSTAN, Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques et de l'adénite supp. rétro-phar. chez les enfants (bibliographie). Thèse de Paris, 1869, n° 105. — SCHMITZ, Der idiopathische retro-pharyngeal Abscess der zwei ersten Lebensjahre. *Jahrb. für Kinderkrankh.*, Leipzig, 1875, t. VI, p. 285. — BOKAY, Ueber retro-pharyngeal Abscess bei Kindern. *Jahrb. für Kinderheilk.*, Leipzig, 1876, t. X, p. 108. — BOKAY u. ALEXY (J.), Neuere Mittheilungen über retro-pharyngeal Abscesse. *Jahrb. für Kinderheilk.*, Leipzig, 1881, t. XXII, p. 195. — KOENIG, Die entz. Prozesse am Hals. *Deutsche Chir. von Billroth und Lücke*, Stuttgart, liv. XXXVI, p. 52, 1882 (bibl.). — ARNOZAN et MOURE, art. PHARYNX du *Dict. encycl. des sc. méd.*, Paris, 1887, 2^e série, t. XXIV, p. 83 (bibl.). — REUMAUX, Traitement des abcès rétro-pharyngiens par incision par le cou. Thèse de doct., Lille, 1894-1895, n° 87. — THOYER-ROZAT, Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Thèse de doct., Paris, 1895-96, n° 354. — H. KOPLIK, The acute retro-pharyngeal abscess of infancy and childhood. *New York med. Journal*, 1896, t. LXIII, n° 14, p. 440. — BOKAY (J.), Abcès rétro-pharyngiens. *Traité des maladies de l'enfance* (Grancher, Comby et Marfan), t. II, p. 411, Paris, 1897.

Étiologie. — Les causes prédisposantes générales ont une grande importance, et en particulier il faut signaler l'influence de l'âge. Certes, il n'est pas d'âge exempt, et Bouvier a observé un abcès rétro-pharyngien chez un vieillard de soixante-douze ans. Mais il est incontestable que les enfants sont presque seuls atteints, surtout dans le cours des deux premières années et principalement pendant la première: les statistiques de Gautier (de Genève), de Gillette, de Bokay, ne laissent aucun doute à cet égard.

Schmitz a prétendu qu'il y avait prédominance dans le sexe féminin: cette opinion semble erronée.

Le rôle de l'état général est mis en évidence par l'étude des abcès rétro-pharyngiens dits secondaires. Il est certain que toute débilitation antérieure