

crée une prédisposition, et de là l'influence indéniable des mauvais états généraux, des cachexies chroniques diverses. De là aussi l'action possible des maladies infectieuses : il n'en est pour ainsi dire aucune, médicale ou chirurgicale, au cours de laquelle on n'ait noté, rarement il est vrai, l'abcès rétro-pharyngien à titre de complication. Parmi les fièvres éruptives, c'est surtout la rougeole et la scarlatine, mais Stooss⁽¹⁾ a prouvé que la varicelle suffisait. J'énumérerai la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pyohémie, l'infection urinaire (Nélaton).

Le mode d'action de ces divers états infectieux est double : d'une part, la résistance des tissus aux agents pyogènes est diminuée; d'autre part les muqueuses nasale et bucco-pharyngienne sont le siège de lésions qui servent de porte d'entrée à ces agents.

J'en dirai autant pour la scrofule et le lymphatisme, dont Schmitz paraît avoir eu tort de nier l'influence. Sans doute, l'abcès chaud rétro-pharyngien n'est pas une lésion de nature scrofuleuse, c'est-à-dire tuberculeuse. Mais chacun sait que chez les sujets scrofuleux le système lymphatique est d'une grande susceptibilité; et que, d'autre part, chez eux les excoirations nasales, les coryzas sont vulgaires et par là peut se faire l'infection aiguë des ganglions. Il en est de même pour la syphilis, malgré les dénégations d'A. Guérin, de Giraldès : il est certain que les adénopathies spécifiques ne suppurent pas, mais on peut très bien accorder à A. Verneuil, à A. Fournier⁽²⁾, à J. Bokay qu'elles prédisposent à la suppuration s'il existe une porte d'entrée; et, d'après A. Fournier, les chiffres prouvent que le phlegmon rétro-pharyngien des adultes est fréquent chez les syphilitiques.

Ainsi, l'abcès rétro-pharyngien est le plus souvent le résultat d'un adéno-phlegmon. Cette opinion, déjà émise assez anciennement par Fleming, a pris corps après que Luschka, Sappey, Simon, Gillette, nous eurent donné une description anatomique exacte de ces ganglions, pairs et latéraux, situés au-devant de la colonne cervicale, le plus souvent en haut, entre l'aponévrose prévertébrale et le pharynx. L'anatomie nous apprend que ces ganglions s'atrophient à mesure que le sujet avance en âge, et de là la rareté de leur adéno-phlegmon lorsque l'enfance est passée. L'anatomie nous enseigne encore qu'ils reçoivent leurs lymphatiques de la pituitaire, de la partie supérieure du pharynx et peut-être de l'oreille moyenne : la pathologie vérifie ces données en nous montrant souvent à l'origine du mal une angine ou un coryza, plus rarement une otite moyenne⁽³⁾, ce qui explique assez bien la plus grande fréquence au printemps et en hiver. Peut-être les inflammations buccales de la dentition jouent-elles un rôle important dans cette étiologie, et cela cadrerait bien avec de la fréquence toute spéciale dans le cours de la première année. Récemment, Koplik a fait voir que ces adéno-phlegmons sont dus à des streptocoques, dont il distingue 4 variétés.

L'adéno-phlegmon est la variété la plus fréquente, mais elle n'est pas la seule et quelquefois le tissu conjonctif rétro-pharyngien est infecté directement

(1) STOOSS, *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, Bâle, 1883, p. 400.

(2) A. VERNEUIL, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1863, 2^e série, t. IV, p. 200 et 207. — A. FOURNIER, *Leçons sur la syphilis chez la femme*, Paris, 1874, p. 650. — DARBOUET, Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n° 20.

(3) On peut citer à cet égard des observations de KORNMAN (Centralbl. Zeit. f. Kinderheilk., Berlin, 1877, t. I, p. 5); de WEIL (d'après *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1881, p. 325) et de CALMETTES.

soit par une plaie, soit par une ulcération au niveau d'un corps étranger ou au-dessus d'un rétrécissement. Ainsi Deguise fils a observé des phlegmons rétro-pharyngiens chez les aliénés nourris à la sonde. Mais ces suppurations traumatiques sont cliniquement bien différentes des adéno-phlegmons et, pour ne pas obscurcir la description, elles seront passées ici sous silence, d'autant mieux que la connaissance des péri-œsophagites⁽¹⁾ suffit pour faire comprendre leur histoire.

Anatomie pathologique. — Gillette divise les abcès rétro-pharyngiens en trois variétés, d'après leur siège : les supérieurs sont situés sous l'apophyse basilaire, ils sont donc naso-pharyngiens; les moyens occupent le pharynx buccal; les inférieurs enfin, le pharynx laryngien.

Les abcès moyens sont les plus fréquents, et c'est là en effet que se trouvent d'ordinaire les ganglions lymphatiques rétro-pharyngiens, au-devant du corps de l'axis. L'abcès est originairement latéral, et non médian, ce qui se conçoit puisque les ganglions sont disposés par paires; mais autour de lui le gonflement phlegmoneux prend très vite en masse toute la paroi postérieure du pharynx. Le volume de la poche varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de poule et c'est seulement quand l'abcès, abandonné à lui-même, est devenu très considérable, qu'il pointe au cou vers le haut de la région carotidienne. Le pus, situé entre le pharynx et l'aponévrose prévertébrale, est ordinairement jaune, bien lié, quelquefois sanguinolent; sa fétidité est presque toujours grande.

Symptômes et diagnostic. — Avant que n'éclate l'abcès rétro-pharyngien, il existe une période sur laquelle Gautier (de Genève) a insisté, sous le nom de *période angineuse*. Ce nom n'est pas très exact, car la phlegmasie muqueuse préalable n'est pas toujours une angine, mais parfois un coryza. Et chez le nouveau-né à la mamelle le coryza est rarement méconnu — car on sait quels troubles de la succion il provoque — tandis que l'angine passe aisément inaperçue.

Cette maladie initiale dure un temps variable, avec une intensité variable. Puis survient l'infection ganglionnaire : alors commence à proprement parler le phlegmon rétro-pharyngien.

Ce phlegmon a les allures générales de tous les adéno-phlegmons. C'est dire qu'il peut avoir un début brutal, une évolution rapide; ou bien qu'il peut être insidieux, subaigu, l'adénite suppurant lentement, en quelque sorte en deux temps. La première forme est, de beaucoup, la plus fréquente.

1^o FORME AIGUË. — Le début brusque est, en particulier, la règle chez l'enfant. Il se caractérise par une fièvre vive, de la céphalalgie, des vomissements, quelquefois des frissons, des convulsions. En même temps existent les signes fonctionnels d'une angine plus ou moins intense, avec une douleur exaspérée par la déglutition : en sorte que le nourrisson ne refuse pas le sein et même, affamé, le prend quelquefois avec avidité; mais on le voit, au premier essai de déglutition, se rejeter violemment en arrière, pousser des cris et se refuser à une nouvelle tentative. Un autre symptôme qui attire l'attention est la dyspnée, déjà plus marquée à cette période qu'elle n'a coutume de l'être dans les angines. En analysant de plus près les souffrances — mais cela est presque toujours

(1) Voy. t. V, p. 553.

impossible vu le jeune âge des patients — on apprend que la douleur siège surtout en arrière, qu'elle est exagérée par les mouvements de la tête.

Dès ce moment, si l'on regarde la gorge — et l'on sait que cet examen s'impose chez tout enfant malade — on la voit rouge, avec une voussure de la paroi postérieure du pharynx, voussure dont l'asymétrie est plus ou moins nette. Si l'on pratique le toucher, on sent un empatement phlegmoneux sans fluctuation qui à ce moment a coutume de prédominer nettement d'un côté, mais ne fait pas saillie à la région cervicale latérale : c'est la période d'adénite, à laquelle la résolution est encore possible, et même, d'après Bokay, cette résolution est plus fréquente qu'on ne le croit, l'adénite rétro-pharyngienne étant volontiers méconnue dans les cas qui n'aboutissent pas à suppuration.

Quoi qu'il en soit, les adéno-phlegmons suppurés sont la règle, et ils constituent les cas réellement chirurgicaux. A cette période, la douleur devient vive, brûlante, avec sensation de corps étranger dans le pharynx; la voix est nasillarde et sourde, la toux est sèche et très douloureuse; le cou est raide, quelquefois incliné en arrière ou latéralement; la dysphagie est constante et absolue, au point que le sujet n'avale même pas sa salive et la laisse s'écouler par la bouche entr'ouverte.

Chez les nourrissons, cette dysphagie — qui est la seule extériorisation de la douleur — acquiert une grande importance, car les enfants à la mamelle supportent très mal la privation de nourriture. Mais ce qui est plus rare encore, c'est la dyspnée; c'est elle qui menace directement l'existence. Elle est due à l'occlusion mécanique du pharynx par la saillie de l'abcès et à l'œdème de voisinage. Mais aussi un élément spasmodique intervient dans sa genèse : aussi des accès de suffocation se greffent-ils, par crises, sur une gêne respiratoire continue. Ces accès se manifestent souvent dès que le sujet est couché. Ils sont d'autant plus graves que le malade est plus jeune.

Les signes fonctionnels que je viens d'énumérer sont ceux de bien des maladies, et, en particulier, de bien des maladies de l'enfance. A ne se fier qu'à eux, on commettrait de fréquentes erreurs de diagnostic avec toutes les affections infantiles caractérisées surtout par une dyspnée brusque et intense. En fait, des erreurs ont été et sont commises journellement avec la laryngite striduleuse, le croup, l'œdème de la glotte et même les corps étrangers des voies aériennes ou pharyngo-œsophagienne. De même, lorsque prédominant, au début, les convulsions et les vomissements, on a pu croire à des affections du cerveau, de l'estomac ou du péritoine.

Il est vrai qu'une analyse exacte des signes fonctionnels est vite démonstrative. Même chez le nouveau-né, la dysphagie prouve que le pharynx est douloureux. L'intensité de cette dysphagie et presque caractéristique; et d'autre part on apprend, par l'interrogatoire des parents, que la déglutition a été gênée avant la respiration. Enfin, l'attention doit être attirée par la raideur du cou, avec torticolis assez souvent. Ces renseignements imposent, en tout cas, un examen attentif de la gorge par la vue et par le toucher, et si cet examen est pratiqué, les erreurs de diagnostic sont à peu près impossibles.

L'examen physique par la vue ne fournit en général que des renseignements imparfaits, d'autant plus que souvent les mâchoires contractées s'ouvrent incomplètement. On aperçoit une tuméfaction diffuse du pharynx, de couleur écarlate, quelquefois violacée et même ecchymotique; en un point de la face postérieure existe une saillie plus accentuée. Pour apprécier sa forme et ses

dimensions, Arnozan et Moure ont conseillé d'user du laryngoscope; en réalité, la dyspnée et le jeune âge du sujet en rendent l'emploi impossible.

C'est surtout au toucher qu'il faut avoir recours pour déterminer le siège et les dimensions du phlegmon; le doigt donnera en outre des renseignements sur la consistance de la tumeur et sur la fluctuation.

Pour que l'introduction du doigt soit possible, il faut d'abord que la tête de l'enfant soit fixée : pour cela, elle sera appuyée sur la poitrine soit d'un aide, soit du chirurgien lui-même, et on la renversera un peu en arrière. Puis on introduira le doigt dans la gorge, ce qui est toujours difficile, vu l'indocilité habituelle des malades. De plus, il en résulte souvent une crise de dyspnée, aussi n'est-il pas rare que plusieurs tentatives soient nécessaires avant de réussir.

Le doigt une fois introduit, on sent d'abord une tuméfaction diffuse, au milieu de laquelle on trouve toutefois une région plus empâtée, plus saillante, formant pour ainsi dire tumeur. Pour en être certain, il faut chercher avec le doigt le relief que fait, sur l'œdème de voisinage, le pourtour du phlegmon proprement dit; on trouvera plus facilement ce relief à la demi-circonférence inférieure que vers le naso-pharynx.

Il faut déterminer avec grand soin si la tumeur ainsi circonscrite dans le gonflement est fluctuante et en quel point exactement existe cette fluctuation. A cet effet, en raison de la profondeur de la région, on se contente le plus souvent de la sensation de rénitence et de *choc en retour* (1) obtenue par la pression d'un seul doigt. Gillette affirme cependant qu'on peut, malgré l'étroitesse de l'accès et la profondeur de la collection, obtenir la fluctuation proprement dite, entre les deux index introduits dans la bouche et recourbés en crochet, le chirurgien étant placé derrière le sujet, dont il appuiera l'occiput sur sa poitrine.

Lorsqu'on a laissé l'affection évoluer, on voit un gonflement se dessiner à la région angulo-maxillaire et l'on peut alors, en associant le palper extérieur au toucher pharyngien, constater que le phlegmon a gagné la face latérale du pharynx et qu'on obtient de la fluctuation d'une main à l'autre.

Telle est la forme ordinaire, aiguë, des abcès rétro-pharyngiens moyens. Quelques symptômes fonctionnels spéciaux, mais peu importants, existent dans les abcès supérieurs et inférieurs. Ainsi le reflux des liquides par le nez est plus fréquent pour les abcès supérieurs; dans les inférieurs, le passage des liquides déglutis dans les voies aériennes, l'œdème ary-épiglottique, le refoulement du larynx en avant sont usuels.

Dans la forme aiguë, le pus est collecté en quatre à huit jours. Quelquefois la rapidité est plus grande et l'évolution est suraiguë, foudroyante. Gautier a même constaté des accidents gangreneux. Ces formes graves s'observent surtout chez les sujets débilités par une pyrexie antérieure.

2° FORME SUBAIGUË. — La forme subaiguë de l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien est moins fréquente que la précédente, mais elle est loin d'être exceptionnelle : seulement, elle attire moins l'attention. La période angineuse y dure, dit Gautier, de six à quinze jours, puis le gonflement de la gorge peut se terminer par résolution, comme cela s'observe pour tous les adéno-phlegmons et pour ceux du cou en particulier. Mais il ne faut pas affirmer trop tôt que la suppu-

(1) Voy. t. I, p. 50.

ration sera sûrement évitée : après une résolution apparente, la suppuration est possible, même au bout de plusieurs semaines, et l'on conçoit ainsi qu'il faille admettre, avec Gillette et malgré Mondière, les abcès rétro-pharyngiens presque chroniques, évoluant pour ainsi dire en deux temps.

Ces abcès chroniques sont, il est vrai, la plupart du temps, des abcès froids par adénite rétro-pharyngienne tuberculeuse, et il est démontré que si presque tous les abcès froids rétro-pharyngiens sont dus à de l'ostéite vertébrale, il en est où, avec ou sans lésion squelettique, les ganglions sont en cause. Ces adénopathies, encore assez confusément décrites, sont assez difficiles à différencier de l'adéno-phlegmon subaigu. Elles sont cependant plus torpides et surtout s'accompagnent en général d'autres adénopathies cervicales.

Pronostic. — Le pronostic des abcès subaigus est bénin. Celui des abcès aigus dépend absolument du traitement : abandonnés à eux-mêmes, ils sont presque fatalement mortels; incisés à temps, ils guérissent presque toujours.

Dans son évolution spontanée, en effet, l'abcès rétro-pharyngien n'a généralement pas de tendance à s'ouvrir, et dans ce cas la mort est fatale; elle est causée par l'asphyxie qu'engendrent l'obstruction du pharynx et l'œdème de la glotte. Thoyer-Rozat a étudié spécialement la mort subite, par spasme de la glotte ou par compression des gros troncs nerveux du cou. Ou bien le sujet succombe à des complications du côté des voies aériennes, telles que la bronchite, la pneumonie, la pleurésie; ou bien, mais c'est exceptionnel, le phlegmon diffuse dans le tissu cellulaire profond du cou et jusque dans le médiastin. Si l'abcès s'ouvre, le pronostic n'en vaut guère mieux et la mort est la règle, car l'évacuation est insuffisante et les accidents précédemment énumérés n'en suivent pas moins leur cours; quelquefois même cette ouverture est la cause directe de la mort, le pus faisant brusquement irruption dans les voies aériennes. Cette complication rare s'observe surtout lorsque l'abcès s'ouvre pendant le sommeil de l'enfant.

Par l'incision précoce et franche, au contraire, on obtient une détente immédiate et presque toujours une guérison rapide.

Traitement. — De ce qui précède, il résulte que l'expectation n'est pas de mise. Sans doute, pendant un jour ou deux, si la dyspnée est médiocre et à condition de la surveiller, on pourra attendre, en espérant la résolution. Mais dès que l'on constate la présence de l'abcès, l'incision doit être pratiquée séance tenante.

La méthode usuelle consiste à inciser par la face muqueuse, avec un bistouri droit dont la pointe seule est laissée libre. L'enfant est mis, la bouche ouverte, dans la même position que pour pratiquer le toucher. La lame du bistouri sera tenue bien parallèle au plan médian vertical et sera guidée par l'index gauche, poussée au contact de l'abcès. L'accès des abcès inférieurs n'est pas toujours aisé et l'on a quelquefois recours dans ces conditions au trocart courbe, mais cette éventualité est bien rare. Autrefois, J.-L. Petit a inventé pour ces incisions un instrument spécial appelé pharyngotome; cet instrument n'a pas fait fortune, non plus que ceux, plus ou moins analogues, inventés de nos jours par Schmitz, Stœck, Mackenzie.

L'incision pharyngienne s'oblitére quelquefois et un second coup de bistouri est nécessaire; souvent, on doit plusieurs fois rouvrir l'incision à la sonde

cannelée. D'autre part, certains chirurgiens lui ont de nos jours reproché d'être incompatible avec l'antisepsie. Aussi Watson Cheyne⁽¹⁾, Boéchat, ont-ils conseillé et pratiqué une incision cutanée, par les parties latérales de la nuque. Dans ces dernières années, Burckhardt, Phocas (de Lille), ont voulu ériger cette méthode en principe presque absolu. Ces auteurs ont certainement prouvé que cette voie est possible à suivre, mais ils ont exagéré les inconvénients de l'incision pharyngienne, laquelle reste, jusqu'à nouvel ordre, la méthode de choix, et pour ma part j'en ai eu de bons résultats. Je crois qu'il faut réserver l'incision cutanée aux cas où l'abcès, devenu latéro-pharyngien, pointe vers l'angle de la mâchoire.

Quelquefois l'enfant est apporté asphyxiant et le chirurgien doit commencer par une trachéotomie d'urgence. Mais cela fait, la mort est néanmoins à peu près inévitable, si le foyer n'est pas incisé.

2° ABCÈS LATÉRO-PHARYNGIENS

Les abcès latéro-pharyngiens sont le résultat des adéno-phlegmons du triangle maxillo-pharyngien. Dans la plupart des traités classiques, on en parle incidemment à propos des abcès rétro-pharyngiens; d'autre part, on attribue à l'amygdalite phlegmoneuse des complications qui leur appartiennent sûrement. En réalité, par leurs symptômes et surtout par leurs complications et leur traitement ils méritent une description spéciale, que je donnerai très brève, m'attachant surtout à marquer les différences avec les abcès rétro-pharyngiens.

Étiologie. — L'étiologie des adéno-phlegmons latéro-pharyngiens est pour une bonne part semblable à celle des abcès rétro-pharyngiens, dont ils sont quelquefois une extension. Mais un premier fait est à noter : les enfants, en bas âge surtout, ne sont pas spécialement prédisposés, et d'autre part l'origine est bien plutôt bucco-pharyngienne que nasale. Parmi les causes locales un peu particulières, les inflammations amygdaliennes sont assez souvent le point de départ de l'adénite; quelquefois c'est du côté d'une carie dentaire avec périodontite qu'on trouvera la porte d'entrée.

Symptômes et diagnostic. — Les abcès latéro-pharyngiens causent une dysphagie analogue à celle des abcès rétro-pharyngiens, mais la dyspnée y est bien moins grave. Les convulsions, les vomissements, le trismus y seraient particulièrement fréquents, ce qu'on a cherché à expliquer par le voisinage des nerfs spinal et pneumogastrique.

L'inspection extérieure révèle un gonflement de la région supéro-latérale du cou⁽²⁾. Après avoir fait ouvrir la bouche, on voit une tuméfaction générale de la gorge; le gonflement et la rougeur prédominent surtout d'un côté, où l'amygdale est rouge, un peu grosse, refoulée vers la ligne médiane, d'où la confusion fréquente avec le phlegmon de l'amygdale.

En pratiquant le toucher, on constate que la tumeur inflammatoire siège en dehors et un peu en arrière de l'amygdale. On apprécie nettement son siège, ses dimensions, sa rénitence et même sa fluctuation, surtout si on associe au toucher

⁽¹⁾ W. CHEYNE, *Med. Times and Gaz.*, London, 1881, t. II, p. 954.

⁽²⁾ Il s'agit probablement d'un adéno-phlegmon latéro-pharyngien dans l'observation intitulée par PARKER, *Retro-pharyngeal abscess pointing at the angle of the jaw*. *Med. Times and Gaz.*, London, 1882, t. II, p. 211.