

## COMPLICATIONS DE LA RÉGION RÉTRO-PHARYNGIENNE

On sait qu'un abcès du cou, quelle que soit son origine, peut venir faire saillie derrière le pharynx. Les observations d'abcès ganglionnaires, d'abcès ossifluents originaires de la face inférieure du rocher, d'abcès de la pointe de la mastoïde ouverts dans le pharynx ou le larynx ne sont absolument pas rares. Pour Kornmann, une grande partie des abcès rétro-pharyngiens chez les enfants est due à la suppuration, au cours d'une otite moyenne, d'un des ganglions lympho-rétro-amygdaliens (Central Zeit fur Kinderheilk, 1<sup>er</sup> décembre 1877, n° 5, p. 67).

On trouvera dans la thèse de Collinet (Paris, 1897) la bibliographie de ces abcès latéro-pharyngiens qui s'accompagnent d'un gonflement diffus de la région sterno-mastoïdienne correspondante à l'oreille malade et qui ne sont qu'un prolongement interne de la collection purulente cervicale. Avec une intervention faite à temps, on pourrait les éviter; et en tout cas, il est possible de les évacuer en ouvrant la collection purulente à son foyer d'origine.

Mais il y a des abcès rétro-pharyngiens, rattachables à l'oreille moyenne et qui n'ont aucune connexion avec le squelette du crâne ou les ganglions du cou. Ils se forment autour de la trompe d'Eustache, dans le réseau lymphatique périlabaire et descendent entre la paroi pharyngienne et la colonne vertébrale ou montent dans le crâne par un des orifices de la base.

Un exemple typique de cette variété de complications otitiques nous est donné par l'observation de Knapp (1). Aussi nous allons la rapporter presque in extenso :

Mac Greenberg, âgé de 22 ans, vint à ma clinique le 29 novembre

(1) Z. f. Ohr. 1893, t. 27, p. 4.

1894. Diagnostic : otite moyenne purulente aiguë de l'oreille gauche. Le malade se plaint de douleurs derrière l'oreille; l'apophyse mastoïde paraissait quelque peu rouge et enflée.

10 décembre, douleurs continues à l'intérieur de l'oreille; œdème de la région mastoïdienne, le segment supérieur du tympan fait une voussure externe. Paracentèse, issue de sang; mais non de pus.

On procède à la trépanation de la mastoïde; et on ne trouve qu'une petite quantité de pus, mais de grosses granulations qu'on retire avec une curette. La sonde pénètre facilement dans l'attique.

L'opération ne produit pas d'amélioration des douleurs; fond d'œil, acuité visuelle, champ visuel normaux.

21 décembre, nouvelle intervention, cette fois plus radicale.

L'incision faite précédemment est dilatée et une assez grande quantité de fongosités grattées et enlevées. Dès les premiers coups de burin, le sinus latéral est ouvert; la plaie est tamponnée et fermée.

Nouvel échec thérapeutique; les douleurs sont plus fortes que jamais, surtout dans l'oreille.

Une deuxième paracentèse ne donne pas plus de pus que la première.

T. variable entre 97°8 et 100°3; P. entre 76 et 88.

Un point douloureux au toucher, bien déterminé, et placé à 0<sup>m</sup>,035 au-dessus du conduit auditif.

*Le malade crache constamment, se plaint de douleurs et de gonflement dans la gorge. La déglutition est difficile. Le pharynx est rouge et tuméfié, mais pas plus que dans une pharyngite catarrhale bénigne.*

26 décembre, aucune amélioration, craniotomie; on fait d'abord un curettage de l'attique qui contenait une grande quantité de pus et qui paraît élargi surtout en avant. En grattant les parois de la cavité, on retire un fragment cylindrique de muscle provenant sûrement du tenseur du tympan. Après quoi, le crâne est ouvert et la dure-mère incisée; des ponctions aspiratrices faites en tous sens ne donnent rien.

La réaction fut considérable; la température monta dès le lendemain à 99°5 le matin; et le soir à 101°1.

Le 28 décembre, T. M. 102, S. 100°4. Le malade se plaint d'un corps étranger dans le pharynx, il crache continuellement, ne peut pas avaler et vomit fréquemment; il ne peut parler, répond par oui et par non; mais semble tout comprendre; pupille et fond d'œil normaux.

Les symptômes s'aggravant l'après-midi et le malade paraissant perdu, nouvelle intervention; la plaie est rouverte; la dure-mère incisée. Une aiguille assez volumineuse est enfoncée dans le lobe temporo-sphénoïdal, sans rien ramener. Une lame de bistouri enfoncée à trois centimètres ne donne rien. On ouvre l'étage postérieur du crâne sans

rien trouver; on fait communiquer largement la cavité mastoïdienne avec la caisse. Hémorragie veineuse, tamponnement.

Les jours suivants, la température s'élève; et le malade meurt dans le coma le 3 janvier.

*Autopsie.* — Pus à la face interne et à la partie supérieure des deux lobes antérieurs, veines congestionnées en ces points; le pus est sous l'arachnoïde, mais n'infiltré pas la substance cérébrale; rien dans le reste du cerveau ou du cervelet.

*La partie supérieure de la caisse était pleine de pus qui pénétrait dans la gouttière du tenseur du tympan, s'étalait dans le tissu cellulaire péritymbaire et venait faire saillie à la partie supérieure du pharynx.*

Une sonde introduite par l'attique dans la poche purulente refoulait en avant la moitié gauche du voile du palais où le doigt introduit dans la bouche pouvait la sentir. Une section du voile du palais et de la partie supérieure du pharynx permit de bien constater que c'était un abcès otitique retropharyngien communiquant avec l'oreille. En enlevant la trompe et les tissus voisins, on voyait que le pus n'avait pas suivi le canal de la trompe, mais le tissu cellulaire périphérique et la gouttière du tenseur du tympan. La portion de muscle enlevée avec la cuiller tranchante, comme il a été dit plus haut, appartenait donc au tenseur du tympan.

Suivent les remarques de Knapp que nous n'avons qu'à reproduire pour mettre en relief les caractères principaux de l'observation.

Knapp s'est laissé surprendre par le diagnostic, car le cas était nouveau pour lui; et il n'a pas su donner à la rougeur du voile du palais et à la gêne de la déglutition leur véritable valeur symptomatique. Il les a rattachées à une pharyngite catarrhale. C'est d'autant plus regrettable que l'examen digital ou au miroir aurait fait diagnostiquer l'abcès et que la ponction de l'abcès aurait sauvé le malade.

Mais en réalité, l'explication d'un pareil fait est assez simple. Le pus de l'otite s'échappe de la caisse par les débouchés naturels de la cavité tympanique, la trompe et le canal du muscle tenseur du tympan. Il suit les enveloppes de la trompe et arrive dans l'espace naso-pharyngien, où il se collecte, faute d'issue, à travers la trame musculaire.

C'est de là qu'il est susceptible de pénétrer dans le crâne par

les nombreux orifices de la base, ou en remontant le long des hypophyses cérébraux qui font partie embryologiquement de la voûte palatine.

Et Knapp d'ajouter: peut-être pourrait-on expliquer de cette manière quelques otoméningites suppurées, surtout chez les enfants dont les fissures crâniennes ne sont pas aussi bien soudées que chez l'adulte.

Il est difficile de distinguer dans les observations d'abcès rétro-pharyngiens celles que leur pathogénie rapproche du fait de Knapp.

Mais le praticien ne doit pas maintenant se laisser surprendre. Les douleurs du cou, la gêne des mouvements de rotation de la tête, la dysphagie, la sensation de corps étranger dans le pharynx, l'expectoration de mucosités ou de pus doivent faire supposer une collection purulente rétro-pharyngienne; et le diagnostic doit être complété par un examen objectif. Le pharynx, le voile du palais, les piliers, l'amygdale peuvent n'être que rouges et un peu œdématisés, comme dans le cas de Knapp ou tuméfiés et propulsés dans la cavité pharyngienne et y faire une saillie très considérable. On a signalé aussi une localisation du gonflement au niveau du voile du palais, au-dessus et derrière l'amygdale. Collinet attribue ce dernier signe à l'infiltration du pus au voisinage de la trompe et autour des muscles péristaphylins. Au toucher, la saillie du pharynx, rénitente au début, donne plus tard une sensation de mollesse, de dépressibilité ou même de fluctuation si l'on met les deux doigts dans la bouche. La pression sur la poche pharyngée augmente parfois l'écoulement purulent du conduit auditif.

Ces abcès peuvent guérir par évacuation spontanée; mais il est préférable de les inciser par la bouche où ils pointent; et dans le cas d'impossibilité de faire ouvrir la bouche, il faut les débrider par la région cervicale et en passant le long des gros vaisseaux du cou.

Si l'on diffère trop longtemps l'opération, le malade peut succomber à un œdème de la glotte ou à une méningite.