

## CHAPITRE XII

### MALADIES DU VOILE DU PALAIS ET DE LA GORGE.

*Isthmus illa pars est, quæ os et gulam inter jacet*, dit Galien dans ses commentaires aux aphorismes d'Hippocrate. L'isthme est cette partie qui sépare la bouche de la gorge, et cette définition est restée jusqu'à nos jours. Mais lorsqu'on dit *isthmus faucium*, on commet un pléonasme, car l'*ισθμός* de Galien signifie la même chose que les *fauces* de Celse. Plus tard, la gorge fut désignée sous les noms de *fauces*, *gula*, *guttur*, et à une époque ultérieure tous ces noms devinrent synonymes de cou. Aujourd'hui encore on dit quelquefois inflammation du cou dans les cas de tonsillite.

Pour éviter cette confusion, il faut séparer la *paroi postérieure de la cavité buccale* de l'*isthme du gosier* qui s'y trouve.

#### § 1. — Anatomie.

La paroi postérieure de la cavité buccale est limitée en bas par la base de la langue, en haut par le bord postérieur de la voûte palatine. L'espace qui se trouve entre ces deux bords est occupé par le voile du palais, ce qui fait que les dimensions du passage qui existe entre la cavité de la bouche et celle du pharynx sont très variables. Le voile du palais avec la luette forme une sorte de rideau qui se redresse sous l'influence des contractions musculaires ; les piliers du voile du pa-

les glandes sublinguales, soit dans la glande de Blandin, soit dans la sous-maxillaire, l'*ostiolum ombilicale* étant oblitéré. Dans ce dernier cas il s'agit d'un kyste par rétention et la tumeur est constituée surtout par la dilatation du canal de Wharton, la glande elle-même étant d'ordinaire indemne.

L'*oblitération du canal de Wharton* par un calcul semble être la cause habituelle des *grenouillettes aiguës* qu'on a attribuées à un hygroma aigu de la prétendue bourse de Fleischmann. Il y a dans ces cas un ensemble symptomatique bien connu, mais la lésion anatomique exacte reste obscure.

Quant à la théorie de Neumann, faisant jouer un rôle au *canal de Bochdalek*, c'est-à-dire à l'invagination thyroïdienne médiane, elle n'a absolument rien à voir avec la grenouillette. Il existe dans la base de la langue des kystes à épithélium cilié qui semblent en effet dus à une lésion du canal de Bochdalek, canal médian qui part du *foramen cæcum* et de là se porte plus ou moins loin vers le corps de l'os hyoïde : il ne peut rien faire on le voit, pour la grenouillette, tumeur latérale du plancher buccal.

(A. B.)

lais figurent des coulisses mobiles qui peuvent se porter vers la ligne médiane. L'espace libre qui existe entre toutes ces parties est l'isthme du gosier. Si l'on voulait comparer l'isthme du gosier à une porte-cochère par laquelle on passerait de la cavité buccale dans le pharynx, on pourrait pousser plus loin la comparaison en disant que cette porte-cochère possède deux loges, une à droite, l'autre à gauche. En effet les deux piliers, qui descendent en divergeant, circonscrivent ainsi de chaque côté un espace, une loge, dans laquelle se trouve l'amygdale.

Galien désigne les amygdales sous le nom de *paristhmia*. L'espace qui se trouve entre l'arc palato-glosse et la luette est l'isthme bucco-pharyngien ; l'espace situé derrière la loge, et qui est rétréci par la saillie que forme l'arc palato-pharyngien vers la ligne médiane, est l'isthme naso-pharyngien. Les arcs palato-glosses, qui se continuent en haut avec la luette, en bas avec les bords de la langue, ressemblent, comme aspect et structure, au voile du palais et possèdent un grand nombre de glandes muqueuses. Les piliers postérieurs s'insèrent en haut sur les bords de la luette ; en bas, ils se continuent avec la paroi du pharynx et forment de chaque côté les replis pharyngo-épiglottiques.

Les *amygdales* varient comme forme et comme dimensions, plus que tout autre organe, et sont si souvent le siège de modifications pathologiques que les amygdales saines sont plus rares que les amygdales malades. Sur leurs faces latérales, elles répondent à un tissu conjonctif dense sur lequel viennent s'insérer un certain nombre de faisceaux des muscles constricteurs du pharynx et du stylo-pharyngien. Les premiers attirent l'amygdale vers la ligne médiane, les seconds vers les côtés. Un peu plus en dehors, sont situés l'aponévrose bucco-pharyngienne avec le tissu adipeux que nous avons déjà décrit, et le muscle ptérygoïdien interne.

Les *rapports* les plus importants à connaître sont ceux qui existent entre la carotide interne et l'amygdale. La carotide interne se trouve un peu en dehors et en arrière de l'amygdale, sur la face latérale de l'aponévrose bucco-pharyngienne, à 1 ou 1 centimètre et demi de l'amygdale. Un peu plus en dehors (à 2 cm.) se trouve la carotide externe, et plus en dehors encore la veine jugulaire interne. Par conséquent, quand on ouvre un abcès des amygdales ou quand on fait l'extirpation de l'organe, le tranchant du bistouri doit rester parallèle aux bords des piliers si l'on veut éviter une blessure de la carotide interne. E. Wagner a démontré expérimentalement que, contrairement à ce que pensent encore aujourd'hui un grand nombre de médecins, il est impossible de sentir, à travers la région sous-maxillaire, les amygdales hypertrophiées.

#### § 2. — Lésions inflammatoires. Angines.

L'affection qu'on observe le plus souvent sur le voile du palais est l'angine avec ses diverses formes. Aujourd'hui on comprend sous ce nom les inflammations de l'isthme du gosier. Si on dit simplement angine, on désigne l'inflammation de toutes les parties qui entourent l'isthme ; mais si l'inflammation est localisée aux amygdales, l'affection doit porter le nom d'*angine tonsillaire*. Au point de vue de la localisation du processus, on pourrait encore parler d'angine palatine et



d'angine uvulaire, quand l'inflammation occupe le voile du palais ou la luette<sup>1</sup>.

**Angine catarrhale. Croup et diphtérie.** — Parmi les processus qu'on désigne aujourd'hui sous le nom d'angine, les catarrhes simples et les processus diphtéritique et croupal appartiennent à la médecine interne. Nous tenons toutefois à dire quelques mots de l'angine diphtéritique et de l'angine tonsillaire, deux affections dont le chirurgien peut avoir à s'occuper.

Ces temps derniers, on a considéré le croup et la diphtérie comme un seul et même processus, contrairement à l'opinion de Virchow pour lequel la diphtérie devait être séparée du croup. Reproduisons d'abord l'ancienne théorie, la théorie de Virchow, qui, abstraction faite de la nature de ces deux affections, attache une grande importance aux symptômes visibles, aux phénomènes locaux.

Dans le *croup* de la gorge on trouve au début sur une, plus rarement sur les deux amygdales, un certain nombre de dépôts *blancs* des dimensions d'une lentille, épais de 2 millimètres. Ces dépôts sont adhérents et élastiques, s'étendent et s'épaississent très rapidement, de sorte qu'au bout de 24 heures ils arrivent à couvrir toute la surface des amygdales. Dans quelques cas ces dépôts, ces fausses-membranes, envahissent les parties voisines, les piliers, la luette. Presque toujours les piliers et la luette sont tuméfiés et œdématiés, quand même ils ne sont pas couverts par les fausses membranes. La tuméfaction des amygdales provoque la compression de la luette ; les ganglions sous-maxillaires sont à peine tuméfiés.

Dans la *diphtérie*, les fausses membranes occupent dès le début une grande surface et s'étendent sur les piliers, la luette, les faces antérieure et postérieure du voile du palais. Elles changent rapidement d'aspect, deviennent d'un blanc-sale, *jaunâtres* ou *brunâtres*,

(1) Chez les anciens, le mot angine avait une signification plus large. Ils parlaient d'angine chaque fois qu'il existait un rétrécissement des voies respiratoires ou du pharynx dans la région cervicale, de sorte qu'il y avait des angines épiglottiques, laryngées, trachéales, œsophagiennes. On opposait les angines internes, provoquées par un processus pathologique de la face interne des voies respiratoires et de la portion supérieure du tube digestif, aux angines externes, dans lesquelles le rétrécissement était dû à la tuméfaction d'un organe externe; d'où les noms d'angine parotidienne, thyroïdienne, etc. On distinguait ensuite les angines d'après les causes qui les ont produites, et on parlait d'angine *ex causa mechanica* (par corps étranger), d'angines toxique, rhumatismale, d'angines des phtisiques. Enfin on ajoutait souvent au nom angine un nom propre, et on avait ainsi l'angine d'Hippocrate (par carie des vertèbres cervicales), l'angine de Valsalva (probablement le déplacement des cornes de l'os hyoïde), l'angine de Ludwig (phlegmon du tissu cellulaire profond du cou), etc.

friables. Le malade a l'haleine *fétide*, et les ganglions lymphatiques du cou et de la nuque présentent une tuméfaction *considérable*. Cette tuméfaction est si caractéristique que, chez les petits enfants qui ne peuvent ouvrir la bouche, elle donne la mesure de l'intensité du processus. Dans les formes graves, septiques, on observe du 3<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour une hémorrhagie légère par la bouche et le nez. Puis ces deux cavités deviennent le siège d'un écoulement de pus verdâtre et d'un liquide sanieux, fétide, putréfié, provenant de la gangrène des parties frappées par le processus.

D'une façon générale, on désigne sous le nom de croup le processus dans lequel les fausses membranes sont situées sur la muqueuse à laquelle elles adhèrent faiblement, et sous le nom de diphtérie le processus caractérisé par la formation de l'exsudat dans la muqueuse et par la gangrène des parties envahies.

Cette gangrène des tissus a été attribuée par Weigert à la nécrose de coagulation. Nul doute que dans la diphtérie cette nécrose ne soit due à l'action des micro-organismes, et le côté bactériologique de la question se trouve résolu depuis que Lœffler a trouvé, en 1884, un bacille spécifique dans les membranes diphtéritiques.

Tout porte à croire que le développement du croup ou de la diphtérie dépend exclusivement du *terrain* envahi par les micro-organismes. La diphtérie se développe sur l'isthme du gosier, les amygdales, le pharynx (et l'intestin); le larynx et les bronches, le nez et la face postérieure du voile du palais et de la voûte palatine sont le plus souvent le siège du croup. Dans la diphtérie de l'isthme du gosier et du pharynx, on observe souvent des complications du côté du larynx.

**Erysipèle.** — Les recherches modernes ont démontré d'une façon définitive que l'érysipèle des plaies du cou et de la face peut dépasser la peau et envahir les muqueuses. Quand le processus s'étend sur le pharynx, la muqueuse devient rouge-cramoisi et sèche; dans quelques cas il se forme, comme dans l'érysipèle bulleux, des phlyctènes qui se transforment en ulcérations superficielles.

**Angine tonsillaire. Abscès de l'amygdale.** — Les formes cliniques de l'angine tonsillaire sont très variables. Dans la forme *catarrhale*, l'amygdale tuméfiée est hyperémiée, infiltrée de sérosité; ces phénomènes disparaissent rapidement, mais il persiste toujours une légère augmentation du volume de l'organe. Dans certains cas il existe encore un autre symptôme qui d'après Stromeyer donne à l'amygdale l'aspect d'un ciel constellé. On voit en effet à la surface des amygdales de petits points jaunes, isolés, presque à égale distance les uns des autres.

En examinant de plus près ces points, on constate que par leur nombre et leur disposition ils correspondent aux cryptes des amygdales.



En comprimant l'amygdale, on peut faire sortir ces bouchons, et à l'examen microscopique on trouve qu'ils se composent de cellules épithéliales, de cellules de pus et de micro-organismes. Mais ces points ne sont faciles à énucléer qu'à une période avancée de l'affection, car au début ils sont très adhérents et presque impossibles à séparer du parenchyme qui les entoure. Ces points jaunes, quelquefois verdâtres ou gris-jaunâtres, n'augmentent pas de volume et disparaissent spontanément en quelques jours. Souvent on parle à tort de diphtérie tandis qu'en réalité il s'agit de cette forme essentiellement bénigne, à laquelle convient on ne peut mieux le nom de tonsillite *folliculaire* ou *lacunaire*. Une complication particulière à cette forme, est la formation de petits *calculs amygdaliens* aux dépens de ces bouchons épais-sis qui restent enclavés dans le parenchyme<sup>1</sup>.

La troisième forme d'angine tonsillaire est constituée par les *abcès des amygdales*. Une autre forme encore est le *phlegmon du palais*. Ces phlegmons, caractérisés par la tuméfaction énorme avec suppuration du palais, sont assez fréquents au printemps, s'observent chez des individus âgés, principalement chez les buveurs, et se terminent quelquefois par la mort, par le fait d'une pneumonie intercurrente.

L'abcès amygdalien proprement dit<sup>2</sup> se présente sous forme d'une angine violente avec fièvre élevée et œdème très marqué de la partie antérieure de la voûte palatine; si au 3<sup>e</sup> jour on explore le voile du palais, on trouve un point ramolli qui se déprime sous l'extrémité du doigt: c'est là que se fera l'ouverture de l'abcès. On peut même, si le phénomène est bien net, plonger le bistouri à ce niveau et évacuer ainsi la collection de pus. Ce qui est vraiment curieux, on dirait même incompréhensible, c'est la disparition instantanée des troubles aussitôt après l'ouverture de l'abcès.

L'angine laisse après elle une légère augmentation du volume de l'organe, et si les attaques se répètent souvent, les amygdales *s'hypertrophient*. Chez les petits enfants, principalement chez les scrofuleux, l'hypertrophie se fait lentement, d'une façon insidieuse. Les troubles qui existent dans ces cas sont d'abord à peine marqués;

(1) L'angine lacunaire, surtout lorsqu'il y a formation d'un calcul, est remarquable par sa tendance aux récidives, les microbes qui causent les poussées inflammatoires stagnant dans les cryptes avec le smegma amygdalien. On obtient de très bons résultats en faisant la *dissection des amygdales*, c'est-à-dire en débridant au galvano-cautère ou avec un petit crochet spécial les cloisons et brides qui empêchent les cryptes de se bien vider. (A. B.)

(2) Le véritable abcès amygdalien est rare. Le pus occupe le plus souvent le voile du palais; ou bien il s'agit d'un adéno-phlegmon latéro-pharyngien refoulant en dedans l'amygdale, qui semble alors, mais à tort, être le siège de la suppuration. (A. B.)

mais quand l'hypertrophie s'accuse davantage, la voix prend un timbre désagréable, les enfants commencent à ronfler en dormant et à respirer la bouche ouverte, et si le catarrhe chronique de la gorge entretenu par l'hypertrophie des amygdales se propage aux trompes d'Eustache, l'ouïe perd de son acuité<sup>1</sup>.

**Amygdalotomie.** — L'ablation des amygdales hypertrophiées, la tonsillotomie, est une opération rationnelle qui date de l'antiquité et qui a été décrite en détail par Celse. Mais il ne faut pas croire que chez les individus sujets à des angines l'amygdalotomie fasse disparaître cette prédisposition: l'angine revient comme d'habitude, mais elle est moins intense. La façon la plus simple de faire l'amygdalotomie consiste à saisir la tonsille avec une longue pince, une pince de Muzeux, à l'attirer légèrement hors de sa loge et à la couper de bas en haut avec un bistouri boutonné. Un simple bistouri boutonné, le cystotome de Dumreicher ou le tonsillotome de Schuh (bistouri courbé, boutonné) sont encore les meilleurs instruments. Pour couper l'amygdale droite, le bistouri doit être tenu de la main gauche. Il suffit du reste de n'enlever des amygdales que les parties qui dépassent les piliers.

Pour arrêter l'hémorrhagie, il faut prendre dans la bouche de l'eau froide, sans se gargariser. S'il s'agit des enfants il est nécessaire de leur apprendre, avant l'opération, à se remplir la bouche d'eau, à s'incliner la tête en arrière et à cracher ensuite l'eau. Pour éviter une hémorrhagie abondante, on ne fait jamais l'opération sur des amygdales enflammées, et cette conduite est rationnelle encore pour cette autre raison, que les plaies des tissus enflammés se gangrènent facilement.

J'ai une véritable aversion pour les amygdalotomes compliqués, tels que la guillotine de Fahnestock modifiée par Velpeau, Charrière, Mathieu, ou l'amygdalotome à deux branches de Ruprecht, et c'est justement chez les enfants, pour lesquels ces instruments ont été inventés, que je n'ose les employer.

(1) Il est bien connu aujourd'hui que l'hypertrophie molle des amygdales chez les enfants n'est qu'une partie d'une lésion complexe, caractérisée par l'hypertrophie de tout le tissu adénoïde du naso-pharynx et du pharynx. Il est certain que, suivant la localisation prédominante, l'aspect clinique et surtout le mode d'intervention opératoire sont variables et c'est pour cela qu'on peut jusqu'à un certain point individualiser l'hypertrophie des amygdales pharyngiennes et de l'amygdale linguale, l'angine granuleuse, les végétations adénoïdes du pharynx nasal. Mais lorsqu'on a constaté une hypertrophie amygdalienne, il ne faut pas lui rapporter tous les symptômes: la surdité, la voix nasillarde, la bouche constamment entr'ouverte, les troubles respiratoires réflexes (bronchite, asthme, dyspnée nocturne), les déformations thoraciques sont dus avant tout aux végétations adénoïdes du pharynx nasal. Celles-ci doivent donc dans ces cas être recherchées avec soin et être opérées avec les pinces et les curettes spéciales qu'on a inventées pour cela. (A. B.)



J'admets qu'avec ces instruments l'opération est faite rapidement et qu'on peut dire aux enfants qu'il s'agit seulement de prendre la mesure des amygdales, et malgré tout cela je considère l'instrument comme très encombrant. Hofmokl a fait une fois l'amygdalotomie avec la guillotine : le tranchant tomba sur un calcul et s'arrêta net. Heureusement Hofmokl avait devant lui un bistouri boutonné avec lequel il put enlever toutes les parties qui dépassaient la lunette de la guillotine. Dans un cas où je me suis servi de la guillotine, la lame se cassa.

Un moyen pratique et commode d'immobiliser l'amygdale consiste à la badigeonner avec une solution de cocaïne. Les instruments compliqués sont devenus d'autant plus inutiles que ces badigeonnages rendent l'opération indolente.

Quelquefois l'ablation des amygdales, faite suivant toutes les règles de l'art, est suivie cependant d'une hémorrhagie grave, pouvant mettre la vie du malade en danger. Je ne parle pas ici d'hémophilie ni d'hémorrhagie en nappe se faisant dans les tissus hypertrophiés et indurés : j'ai principalement en vue l'hémorrhagie artérielle. Les faits de ce genre étaient connus depuis fort longtemps, mais ils n'avaient jamais été expliqués d'une façon satisfaisante. O. Zuckerkandl, qui a étudié cette question dans tous ses détails, est d'avis que la cause de l'hémorrhagie doit être cherchée dans la disposition anatomique des vaisseaux des amygdales. Dans la grande majorité des cas, l'artère tonsillaire provient de l'artère palatine descendante ; mais dans d'autres cas elle vient de la carotide externe ou de la maxillaire externe. Ou bien encore, il existe deux artères tonsillaires, une qui vient de la palatine ascendante, l'autre de la carotide externe.

Dans des cas exceptionnels, l'artère tonsillaire peut encore venir de la pharyngienne ascendante. Or la paroi latérale de l'amygdale est formée par un feutrage de tissu conjonctif dense qui envoie des cloisons à l'intérieur du parenchyme de l'organe. L'artère pénètre dans la capsule et la traverse perpendiculairement ou obliquement, et cela fait se ramifier dans le parenchyme. Aussi l'hémorrhagie ne peut-elle être abondante si la surface de section passe à travers le parenchyme. Mais si la section porte sur la capsule, l'artère étroitement unie à cette dernière ne peut se rétracter, et l'hémorrhagie devient abondante.

L'écoulement de sang peut devenir encore plus grave quand l'artère, au lieu de traverser la capsule, rampe seulement à la surface de l'enveloppe fibreuse à laquelle elle est intimement attachée. Par conséquent, il vaut mieux se contenter de n'enlever que la partie saillante du parenchyme de façon à ne pas toucher à la capsule<sup>1</sup>.

(1) L'ignipuncture, en faisant au besoin plusieurs séances, donne de fort bons résultats dans l'hypertrophie amygdalienne. On la pratique soit à la pointe fine du thermo-cautère soit, plus commodément, au galvano-cautère qui a l'avantage

**Hypertrophie de la luette.** — Il faut rejeter tous les instruments compliqués imaginés pour l'ablation de la luette trop longue. A. Paré en décrivait déjà un certain nombre, et tous les jours on fabrique de nouveaux *kiotomes*. Comme il s'agit avant tout de fixer la luette qui file devant l'instrument tranchant, O. Weber a eu raison de dire que ces *kiotomes* lui rappellent le conseil ironique de quelques oiseleurs qui soutiennent que pour prendre un oiseau il faut lui mettre une pincée de sel sur la queue ! Si la luette est si longue qu'elle modifie le timbre de la voix et provoque des accès de toux en chatouillant l'épiglotte, on la saisit avec une pince à griffes et on enlève son extrémité libre d'un coup de ciseaux.

**Ulcérations de l'isthme du gosier.** — Elles présentent des formes variées.

Les ulcérations *syphilitiques tertiaires* proviennent de la destruction des gommès. Les gommès du voile ne provoquent pas de douleurs et occupent ordinairement la face postérieure de l'organe, ce qui fait qu'elles passent souvent inaperçues jusqu'au moment où elles se ramollissent et où le voile se perforé. Zeissl a fait observer que cette perforation, qui se produit quelquefois quelques heures après un examen, défectueux il est vrai, du malade, est bien faite pour surprendre le médecin inattentif. L'ulcération peut s'étendre rapidement et former dans le voile du palais un trou qui donne à la voix le timbre nasillard et provoque la régurgitation des aliments et des boissons dans le nez<sup>1</sup>.

La situation est meilleure pour le malade, si le nodule siège sur la limite du voile du palais et de la luette, car quand même la base de la luette est entièrement rongée, les deux inconvénients que nous venons de signaler ne s'observent pas nécessairement. Les gommès peuvent encore siéger sur les amygdales qui alors sont tuméfiées et atteignent dans certains cas un volume relativement considérable. La déglutition des aliments n'occasionne pas de douleurs, et ce fait vraiment curieux est un bon signe pour révéler la nature syphilitique des lésions. Après ouverture d'une gomme ramollie, il se forme plusieurs ulcérations lardacées qui peuvent devenir confluentes de façon à ne former qu'une grande surface ulcérée.

Si de telles ulcérations siègent simultanément sur le voile du palais,

de pouvoir être introduit froid jusqu'au contact du point que l'on veut brûler. Cette méthode a l'inconvénient d'être lente, mais elle supprime l'hémorrhagie. Elle sera souvent difficilement applicable chez l'enfant, où d'ailleurs l'hémorrhagie n'est guère à craindre. Mais elle sera précieuse chez l'adulte, où ont précisément été observées les morts par hémorrhagie. (A. B.)

(1) Cette rapidité presque foudroyante de la perforation tient à ce qu'au voile du palais la gomme circonscrite est rare. La règle est ici la gomme diffuse, d'où une tuméfaction d'abord presque latente, puis tout d'un coup il y a une fonte moléculaire qui frappe une grande étendue ; de là des *destructions* du voile du palais. Une autre forme est la division en rideaux. (A. B.)



la voûte palatine, les amygdales, le pharynx, on observe après la cicatrisation des adhérences étendues qui unissent ces organes entre eux.

Les ulcérations *scrofuleuses* du voile du palais donnent aussi quelquefois lieu à des pertes de substance et à des perforations. Seulement dans un grand nombre de cas il est impossible de déterminer exactement la véritable nature des lésions. Le diagnostic de scrofule n'est certain que lorsqu'on peut exclure sûrement la syphilis et quand la diathèse scrofuleuse est nettement accusée<sup>1</sup>. Les difficultés sont les mêmes en face des ulcérations *lupiques* c'est-à-dire des ulcérations qui proviennent d'un nodule. On a signalé encore l'existence de véritables ulcérations *tuberculeuses* identiques aux ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale, mais en tous les cas ces ulcérations sont excessivement rares<sup>2</sup>.

### § 3. — Tumeurs.

Les néoplasmes du voile du palais et des amygdales sont très rares. Impossibles à méconnaître quand ils siègent sur le voile du palais, ils

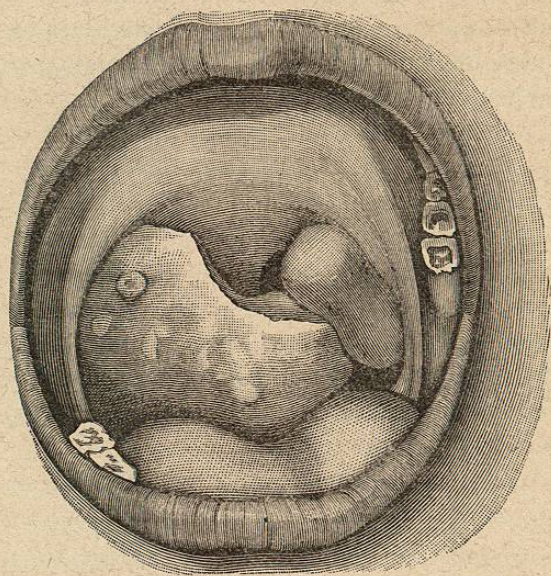


Fig. 64. — Lympho-sarcome de l'amygdale droite.

(1) C'est surtout avec la syphilis héréditaire tardive que le diagnostic est délicat et certains auteurs, qui probablement sont trop absolus, rattachent à la syphilis héréditaire à peu près toutes les lésions mutilantes du voile. (A. B.)

(2) Cette rareté semble moins grande que ne le dit Albert, et en particulier Isambert a décrit une tuberculose aiguë du pharynx précédant la tuberculose pulmonaire. Les ulcérations tuberculeuses chroniques sont presque toujours un épiphénomène de la tuberculose laryngée. (A. B.)

peuvent donner lieu à des difficultés diagnostiques considérables quand ils se développent sur les amygdales. Je me rappelle toujours une jeune fille idiote chez laquelle une amygdale considérablement tuméfiée et douloureuse était couverte de proliférations papillaires à développement très rapide, qui ont fait porter le diagnostic de carcinome probable. Le professeur Mosetig, auquel n'avaient pas échappé certaines contradictions dans les symptômes, est arrivé par un interrogatoire habile à faire dire à la malade qu'elle pratiquait le coït par la bouche, et fit par conséquent le diagnostic de condylomes de l'amygdale.

Les *lympho-sarcomes* des amygdales, dont Schrötter et Billroth ont publié plusieurs cas, sont heureusement très rares. Ils se développent avec une rapidité excessive, envahissent les tissus voisins et atteignent quelquefois des dimensions si considérables que le volume du cou égale celui de la tête.

Le *carcinome* se rencontre également sur les amygdales. J'en ai observé un cas quand j'étais assistant à la clinique de v. Dumreicher; la tumeur, des dimensions d'une noix, était si bien limitée que j'ai pu l'énucléer avec les doigts. Une autre fois j'ai enlevé la luette qui était occupée par un carcinome<sup>1</sup>.

(1) L'épithéliome de l'amygdale est le point de départ ordinaire des épithéliomes du pharynx. Lorsqu'il est limité à l'amygdale et encore petit, il n'est pas rare que l'ulcération soit assez difficile à voir, qu'elle soit par exemple cachée à la face postérieure de l'organe. Il faut être averti de ce fait, car il n'est pas rare que les symptômes initiaux n'attirent pas immédiatement l'attention sur la gorge. Ainsi le premier signe peut être une otalgie persistante; ailleurs apparaîtra une tuméfaction ganglionnaire sous-maxillaire, sans qu'aucun trouble fonctionnel indique la lésion amygdalienne. Dans ces cas, donc, il faut de parti pris examiner avec grand soin l'amygdale par la vue et par le toucher. Le diagnostic, quand la lésion est indolente, sans adénopathie, est quelquefois assez délicat: les observations ne sont pas rares où on a pris pour un épithéliome soit un chancre syphilitique, soit une lésion tertiaire. Lorsque le mal est limité à l'amygdale, l'extirpation est possible par voie buccale, mais pour dépasser largement le mal, mieux vaut atteindre la tumeur par une pharyngotomie supérieure, à l'aide d'une incision parallèle au sterno-mastoïdien, et en réséquant au besoin une partie du maxillaire inférieur. (A. B.)