

en contact avec des animaux malades ou par les plantes, épis, etc... qui renferment le champignon, agent pathogène; c'est ainsi que s'explique la fréquente localisation dans la cavité buccale. La carie dentaire et la gingivite constituent les portes d'entrée de prédilection de l'infection, cependant la langue peut être atteinte isolément. Dans le premier cas il se produit un abcès sous-périoste chronique au niveau du maxillaire inférieur, rarement de l'ostéite; dans le second cas il se développe une tumeur à évolution lente, dure, nettement circonscrite, siégeant à la pointe de la langue, plus rarement sur ses bords ou au centre et qui subit parfois un ramollissement. Cette tumeur linguale peut être confondue avec une gomme ou avec un cancer, surtout avec une gomme car elle peut subir une modification par l'iodure de potassium.

Le diagnostic n'est assuré que par l'examen microscopique ou histologique des sécrétions ou des tissus.

Le traitement doit être chirurgical et consiste à dénuder largement tous les foyers. L'iodure de potassium pourra être utile comme adjuvant.

\* \* \*

## AFFECTIONS DE L'ANNEAU LYMPHATIQUE DU PHARYNX

On peut décrire dans le même chapitre les affections des différents segments de cette anneau lymphatique, car leur unité anatomique et embryologique commande toute leur pathologie.

### A. — INFLAMMATIONS

#### Angine lacunaire.

L'angine lacunaire représente le type de l'inflammation aiguë des amygdales palatines.

Elle se traduit par l'apparition de symptômes généraux souvent assez graves : fièvre élevée, atteignant 39°5 et par-

fois même davantage chez les enfants; céphalée et fatigue générale, violent abattement. Localement le malade éprouve une sensation de sécheresse et de constriction dans la gorge.

Objectivement on ne constate au début qu'une rougeur du pharynx, mais très rapidement les amygdales se tuméfient et se recouvrent de dépôts blanc jaunâtres au niveau des cryptes (pl. VIII, fig. 1); ces dépôts, qui se composent principalement de leucocytes, de cellules épithéliales et de nombreux microbes, se détachent au bout de quelques jours et tous les symptômes vont peu à peu en régressant.

Cette affection fréquente est très spéciale par sa localisation et sa grande tendance aux récidives; on l'observe en effet chez des individus dont les cryptes profondes ou ramifiées renferment de très nombreux microbes en quantité beaucoup plus considérable que ceux qui existent normalement dans toute cavité buccale; ces agents infectieux entretiennent une irritation continue qui constitue, lors des refroidissements par exemple, un lieu de moindre résistance à la fluxion sanguine qui se produit alors.

#### Angine fibrineuse bénigne.

L'aspect de l'angine lacunaire se modifie lorsque les dépôts pultacés augmentent de volume; ils peuvent alors s'étaler à la surface des amygdales et constituer l'origine bénigne fibrineuse (pl. VIII, fig. 2).

Cette affection, qui pourrait être confondue avec la diphthérie, s'en distinguera d'abord par l'examen bactériologique, ensuite par la facilité avec laquelle les membranes se détachent, sans hémorragies et sans perte de substance. Consécutivement à cette variété d'amygdalite, les cryptes, dont les limites sont formées par des follicules lymphatiques qui produisent eux-mêmes en partie la leucocytose inflammatoire, s'élargissent; ces follicules sont détruits, comme le montre la planche XXXI, fig. 3, sur une amygdale, de telle sorte qu'il se constitue d'abord de petites cavités qui se transforment ultérieurement en une seule par la destruction de leurs parois. Cette dilatation cryptique et surtout l'accumulation de masses caséuses ou même calcifiées dans leur contenu favorise la tendance continuelle

aux récidives jusqu'à ce que les cavités soient comblées ou aient disparu.

Dans l'intervalle même des poussées inflammatoires ces amas caséux provoquent souvent divers troubles qui sont souvent pendant longtemps méconnus. Ils consistent dans une sensation de corps étrangers, de gêne dans la déglutition, dans une expectoration muqueuse matutinale parfois légèrement sanguinolente, enfin et surtout dans une fétidité de l'haleine perçue par le malade lui-même. Si l'on ne trouve pas l'explication de ces phénomènes dans une rhinite catarrhale ou dans une sinusite, dans un catarrhe naso-pharyngien, on fera un examen et une exploration soigneuse des amygdales. Elles peuvent en effet présenter diverses lésions : être déchiquetées, hypertrophiées partiellement ou en totalité, contenir des cryptes plus ou moins profondes renfermant de petites concrétions jaunâtres. Dans tous les cas il faudra avec une sonde explorer dans leur profondeur les recessus et leur contenu et lorsque l'examen est négatif, comprimer la surface des amygdales de bas en haut, manœuvre qui peut faire apparaître des bouchons caséux dissimulés dans l'intérieur des cryptes.

L'amygdalite lacunaire peut encore s'observer mais plus rarement au niveau de l'amygdale linguale ou de l'amygdale pharyngée ; on la suspectera en présence des symptômes précédents. Mais on ne peut faire un diagnostic de certitude que si l'on constate la présence de concrétions au niveau de ces régions (pl. XXI, fig. 1).

On peut rencontrer simultanément l'inflammation des deux amygdales, linguale et pharyngée. Mais ces deux segments du cercle lymphoïde sont plus rarement atteints, parce que l'amygdale linguale est mieux protégée et que sa surface est plus fréquemment nettoyée mécaniquement ; d'autre part l'amygdale pharyngienne est encore plus à l'abri de l'infection et l'orientation de l'orifice de ses cryptes, qui est dirigé en bas, favorise l'écoulement des sécrétions.

#### Complications des angines.

La description des inflammations lacunaires du cercle pharyngien serait incomplète sans celle des complications qui les accompagnent et sont souvent bien plus graves que l'affection locale. On peut l'expliquer de la sorte : dans la

plupart des cas l'invasion microbienne est arrêtée par les follicules enflammés dont les interstices sont obstrués par suite de l'énorme migration des leucocytes ; l'avant-garde seule a pu pénétrer et elle se trouve emprisonnée ; par contre, en aucun endroit de l'organisme cette invasion ne trouve une porte d'entrée aussi large que les cryptes amygdaliennes lorsque la défense leucocytaire est paralysée. On observera donc des irritations ou même des inflammations de toutes les membranes séreuses à la suite des amygdalites lacunaires ; on devra même rechercher l'origine de certaines inflammations séreuses, dont la cause apparente échappe, dans le cercle lymphatique pharyngien, même en l'absence d'une affection aiguë. On a pu avec raison observer une véritable septico-pyohémie cryptogénétique, des pleurésies, des endo ou péricardites, des polyarthrites ; des complications cutanées (purpura, érythème noueux, etc.). De légères arthrites périphériques, insidieuses, survenant pendant la période inflammatoire et mal observées disparaissent sous le voile des douleurs fébriles. On voit aussi des inflammations des séreuses tellement intenses qu'elles masquent l'angine causale ou font négliger sa recherche.

Il ne faut pas s'étonner s'il se produit parfois des métastases généralement disséminées, parfois même des phlébites. On a encore observé fréquemment des pneumonies consécutives à des angines lacunaires, sans découvrir, il est vrai, de relation bactériologique tandis que dans les inflammations des séreuses, on retrouvait les mêmes agents microbiens que dans l'angine primitive.

L'albuminurie fébrile ou la néphrite vraie qui, à l'occasion, peut accompagner les amygdalites, est un symptôme commun à toutes les maladies aiguës infectieuses et n'est pas caractéristique.

Par contre il faut mentionner ce fait que l'on a observé à plusieurs reprises des ostéomyélites, consécutives à des angines, avec des agents microbiens analogues dans les amygdales et dans le pus de la moelle osseuse ; le fait le plus frappant a été, dans un cas de fracture de l'humérus, l'apparition des symptômes d'une ostéomyélite immédiatement après une angine.

Une partie de ces complications les plus légères, en particulier les irritations des séreuses, est vraisemblablement produite par la résorption de toxines plutôt que par des métastases vraies, de même que ces névrites qui succèdent

parfois à une simple angine, aussi bien qu'à une diphtérie du pharynx et qui ont été déjà décrites. Nous avons également signalé les otites catarrhales et suppurées qui accompagnent souvent les amygdalites.

Lorsque les amygdalites lacunaires se répètent fréquemment, les amygdales peuvent s'atrophier par suite de la prolifération suivie de la disparition secondaire du tissu interstitiel, plus souvent elles s'hypertrophient par suite de la tuméfaction des follicules.

#### Traitement des angines.

Dans le traitement de l'angine lacunaire il faut envisager l'affection comme une infection générale. Localement, on ne doit employer que des calmants et l'idée d'arrêter l'évolution de la maladie par une antiseptie locale est théoriquement et pratiquement insoutenable car les antiseptiques ne parviennent pas au siège du foyer inflammatoire ; de plus ils sont presque inefficaces au titre où on les emploie et ils ne sont pas sans danger si le malade les avale.

Il n'y a donc pas d'antiseptique interne dont l'action soit suffisante pour arrêter la marche de l'affection. On se contentera des prescriptions suivantes :

En cas de constipation, immédiatement un laxatif ; chez les enfants, une à plusieurs doses de poudre de réglisse composée ; chez les adultes, le laxatif qui leur réussit ou une infusion de séné. Le malade gardera le lit ; si l'angine est à son début on prescrira plusieurs tasses d'infusion de sureau et on provoquera une transpiration abondante. Deux fois par jour un gramme d'antipyrine jusqu'à disparition de la céphalée et des douleurs musculaires.

Gargarismes chauds avec une infusion de sauge (30° C.) et enveloppements humides du cou (fig. 8). Les complications seront traitées selon les indications, l'examen des urines sera pratiqué.

Alimentation liquide ou bouillie, éviter les aliments irritants.

La tendance aux récurrences ne peut être combattue efficacement qu'en supprimant les foyers cryptiques, foyers de l'infection. S'il n'y a pas hypertrophie amygdalienne, les cryptes seront simplement ouvertes. On recommande la di-

lacération avec un instrument mousse, un crochet par exemple afin d'éviter la réunion, mais il est préférable de faire la dissection avec l'instrument reproduit ci-contre (fig. 22) ou un autre petit bistouri analogue qui provoque



Fig. 22. — Bistouri à dissection (réduit de moitié).

une douleur moins vive et qui incise mieux les brides cicatricielles souvent résistantes et assez profondes. Après avoir anesthésié on explore les recessus avec un crochet, on introduit ensuite le bistouri et on le ramène en avant, à soi.

Des gargarismes froids suffisent pour l'hémostase. Au niveau de l'amygdale pharyngée, en particulier de la bourse pharyngée dont on s'occupait beaucoup jadis, on pratiquera des cautérisations des recessus avec une perle de nitrate d'argent ou d'acide chromique fondue à la pointe d'un stylet ou bien on fera un grattage avec la curette de Trautmann.

Pour l'amygdale linguale, les ciseaux, l'anse, etc., suffiront dans les cas, du reste très rares, où l'on sera obligé d'intervenir.

#### Abcès amygdalien.

L'abcès de l'amygdale palatine s'accompagne des mêmes symptômes généraux et subjectifs que l'angine ordinaire, cependant les troubles de la déglutition sont plus intenses car il existe du trismus qui empêche l'ouverture de la bouche par suite de la tension de l'aponévrose de l'amygdale.

L'amygdale est tuméfiée et très sensible au toucher, sa surface est lisse ou légèrement inégale, parfois recouverte d'un dépôt purulent ou fibrineux. Les troubles cèdent après l'évacuation du pus mêlé de sang ; l'écoulement peut avoir dans certains cas un aspect grisâtre et sanieux, dû à des débris sphacelés de l'amygdale. Quelquefois, lorsqu'une seule crypte s'est vidée, en général au voisinage du pôle supérieur de l'abcès, le soulagement peut n'être que passa-

ger et le pus se collecter à nouveau. Dans ces cas il faut rechercher avec un stylet la crypte qui permet d'arriver le plus facilement à l'abcès et par suite d'introduire le bistouri amygdalien pour inciser. Lorsqu'on néglige cette technique l'abcès, n'ayant pas de tendance à s'ouvrir en un point déclive, ne peut s'évacuer complètement et il peut se produire un abcès amygdalien chronique. Il se forme alors de fréquentes rétentions de pus avec sensation de tension et de fétidité; l'amygdale reste tuméfiée et il se produit, de temps à autre, une ou plusieurs fois par jour, des évacuations que l'on peut provoquer en comprimant l'amygdale ou la région rétro-maxillaire. Si l'abcès n'a pas dépassé l'aponévrose, la simple incision suffit, mais s'il existe des trajets fistuleux il faudra inciser au galvanocautère, pour éviter l'hémorragie, le tissu péri-amygdalien et le voile du palais.

#### Abcès de l'amygdale pharyngée.

On observe, mais plus rarement, les mêmes phénomènes au niveau de l'amygdale pharyngée; le diagnostic n'est possible qu'en pratiquant la rhinoscopie postérieure. Ces abcès sont primitifs ou consécutifs aux amygdalites palatines. Ils se compliquent toujours d'une obstruction nasale intense et se terminent par l'évacuation du pus par les fosses nasales. La guérison se produit spontanément sans doute en raison de la situation favorable de l'abcès dont l'ouverture se fait en un point déclive.

#### Abcès de l'amygdale linguale.

Malgré sa situation plus apparente, l'abcès de l'amygdale linguale est plus difficile à reconnaître que celui de l'amygdale pharyngée qu'on peut soupçonner par l'obstruction nasale. Dans les amygdalites linguales phlegmoneuses, la région est très tuméfiée, rouge, recouverte d'amas lacunaires; la base de la langue participe également à l'inflammation et il peut exister des troubles de la déglutition très marqués. L'examen du pharynx étant négatif, l'éclairage avec le miroir seul fera faire le diagnostic.

### Complications.

Les complications assez fréquentes donnent une importance toute particulière à ces suppurations du cercle pharyngien; nous avons vu, dans les amygdalites lacunaires, l'apparition de métastases; ici nous observons des phénomènes généraux de pyémie; les inflammations des séreuses ou des articulations sont rares, par contre les abcès de voisinage sont fréquents. Il peut se faire des fusées plus ou moins graves dans le pli intermaxillaire, le long du maxillaire inférieur, dans la région rétro-maxillaire, cervicale et rétro-pharyngienne, voire même dans le médiastin ou le long de la colonne cervicale. Leur guérison exige naturellement la suppression préalable du foyer primitif. Les phlegmons du plancher de la bouche et les phlegmons profonds du cou, dont nous avons déjà parlé ont parfois leur point de départ au niveau d'un abcès amygdalien. Pour prévenir les récidives, on supprimera les amygdales cryptiques, soit par l'incision, soit par l'ablation des tissus hypertrophiés.

#### B. — HYPERTROPHIE

Les hypertrophies du cercle pharyngien ont toujours nécessité l'intervention du médecin, surtout dans le pharynx, bien qu'elle ne soit pas toujours indiquée.

Ces hypertrophies sont surtout fréquentes dans l'enfance, occupent de préférence l'amygdale pharyngée, moins fréquemment (deux tiers des cas) les amygdales palatines, rarement l'amygdale linguale. Quand il existe simultanément des végétations adénoïdes et de grosses amygdales palatines, on retrouve à l'origine presque toujours les mêmes affections causales. Chez des enfants ne présentant aucun antécédent morbide antérieur, les symptômes sont apparus après une scarlatine, une rougeole ou une diphtérie, parfois aussi après la coqueluche; la leucocytose qui se produit alors détermine une hypertrophie persistante des tissus adénoïdes, souvent atteints pendant ces maladies. Cette hypertrophie peut également apparaître à la suite d'inflammations répétées, mais cette cause est beaucoup plus rare. Tandis que dans le premier cas, les régions hypertrophiées présentent en général une surface légèrement vallonée,