

et Martin, la discision des amygdales a été préconisée par Gampert, qui a consacré sa thèse à en démontrer les bons effets. Elle est aujourd'hui acceptée et pratiquée par tous les laryngologistes et chirurgiens de pratique générale. Elle consiste à déchirer les lacunes à l'aide d'un crochet mousse. Cette opération, qu'un peu de cocaïne rend très facilement supportable, est simple et sans danger, et amène, on peut le dire toujours, une guérison définitive et prompte.

## II. — TUBERCULOSE DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX.

Morgagni observa sur deux phtisiques des ulcérations de la gorge. Plus tard Baunis, Bayle, Frank, Louis, Dugès, mentionnèrent ou décrivent sommairement les lésions bucco-pharyngiennes qui surviennent dans la dernière période de la phtisie. Ils leur attribuaient le plus fâcheux pronostic, et les considéraient comme un signe avant-coureur d'une fin prochaine. Bayle, en particulier, nous a laissé de ces aphtes des phtisiques une description courte, mais fort claire en sa brièveté, qui prouve à n'en pas douter que ce grand observateur les connaissait très suffisamment au point de vue clinique.

Mais ces constatations faites sur des moribonds étaient en somme sans grand intérêt, et de fait, elles restaient enfouies dans les livres de leurs auteurs, peu connues de la majorité des médecins.

Quant aux formes qui se montrent chez des individus dont la santé générale n'est pas encore profondément altérée, on n'en soupçonnait pas le moins du monde les relations avec la phtisie, et même on en ignorait l'existence. Elles étaient confondues avec les autres ulcérations de la bouche, et en particulier avec les manifestations buccales de la syphilis.

(1) JULLIARD, Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire, thèse de Paris, 1865. — TRÉLAT, *Acad. de méd.*, 27 nov. 1869. — FOGÈRE, Angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse, thèse de Paris, 1871. — ISAMBERT, De l'angine scrofuleuse (*Soc. méd. des hôp.* 1871). — FÉREOL, *Soc. méd. des hôp.*, 1871, 1872 et 1874. — C. PAUL, *Soc. méd. des hôp.*, 1872. — DESNOS, *Soc. méd. des hôp.*, 1872. — KOCH, Angine scrofuleuse, thèse de Paris, 1873. — LE DENTU, *France méd.*, 1877. — H. BARTH, De la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse, thèse de Paris, 1880. — G. ANGELOT, La maladie d'Isambert, thèse de Paris, 31 juillet 1883. — TRÉLAT, Clinique chirurgicale, t. I, 1891, p. 671. — POCET, *Lyon méd.*, 1886. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1888. — HERMANTIER, thèse de Paris, 1886. — RECLUS, Tuberculose buccale (*Gaz. heb. méd. et chir.*, 1887). — BARTH, *Soc. méd. des hôp.*, 1887. — BRUNEAU, thèse de Paris, 1887. — RECLUS, *Gaz. heb.*, 1887. — RITZO, thèse de Paris, 1886. — PLICHON, Tuberculose des lèvres, thèse de Paris, 1889. — HERBEL, Inaugural Dissertation. Wurzburg, 1891. — PÉAN, Abscess froids de la langue (*Clinique*). — TALAMON, Tuberc. aiguë perforante du voile (*Méd. mod.*, 1893). — GIRAudeau, *Soc. méd. des hôp.*, 1894. — WHITMANN, thèse de Paris, 1893-1894. — SAUVAGE, Abscess froids de la langue, thèse de Paris, 1894-1895. — GINESTOUS, *Soc. anat. et phys. de Bordeaux*, 1897. — COMBEMALE, *Écho méd. du Nord*, 1897. — SPIRE, Lupus lingual, thèse de Bordeaux, 1895. — ROLLAND, Tub. intralinguale, thèse de Lyon, 1895. — AUCHÉ et CARRIÈRE, *Soc. anat. et physiol. de Bordeaux*, 1896.

Aussi est-ce à l'hôpital du Midi que commença leur étude. Ricord eut l'occasion d'observer des malades, venus dans ses salles comme syphilitiques; et de temps à autre appelait l'attention de ses élèves sur ces ulcérations qui lui paraissaient être sous la dépendance des lésions pulmonaires. Buzenet, dans une thèse écrite sous l'inspiration de Ricord, parle d'un malade entré au Midi sous l'inculpation de chancre de la langue, et qui, selon l'opinion de son Maître, était atteint d'une lésion d'origine tuberculeuse. Mais c'est du remarquable travail de Julliard que date véritablement l'étude de cette importante question des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phtisie pulmonaire.

Il assimile complètement, comme le faisait déjà d'ailleurs Ricord, ces ulcérations à celles qu'on observe dans les mêmes circonstances au niveau du larynx et du canal intestinal.

Il les désigne sous le nom d'ulcérations tuberculeuses, mais pour lui ce terme n'a pas la signification de pertes de substance produites par le ramollissement et l'élimination de tubercules.

Les doctrines qui avaient cours à cette époque ne permettaient guère de trancher la question dans ce sens. Aussi Julliard pense-t-il que ces ulcères « sont sous la dépendance d'une influence générale et qu'elles peuvent être rattachées soit à un vice de nutrition, soit à un état de cachexie avancée, soit à une tendance particulière que la diathèse tuberculeuse prendrait dans certaines formes et chez certains sujets ». Ainsi donc, relation indéniable entre certaines ulcérations bucco-pharyngiennes et la phtisie pulmonaire. Comment se produisaient ces ulcérations, on ne le savait pas très bien au juste, mais, ce qui n'était pas douteux, c'est qu'elles n'étaient pas rares et qu'elles présentaient un aspect spécial, très différent de la plupart des ulcérations buccales. Mais la phtisie pulmonaire bien constatée, bien confirmée, paraissait être la condition *sine quâ non*.

Aussi quand Trélat eut, en 1869, à soigner un malade qui portait sur la langue une ulcération tuberculeuse primitive, il songea à tout, excepté à la tuberculose.

Hardy pensa à un chancre, Broca à une glossite bizarre, un traitement d'épreuve ayant éliminé l'hypothèse d'une gomme, et la marche de la maladie détruit les craintes qu'on aurait pu avoir au sujet d'un cancer. Bref, l'incertitude persista jusqu'à la mort du pauvre diable. Liouville examina sa langue au microscope et y trouva des granulations caractéristiques, et cette constatation était tellement inattendue, que Trélat voulut en avoir la confirmation en demandant le témoignage de Vulpian. Ce cas fut l'origine du mémoire de Trélat. Il démontrait que « les ulcères tuberculeux étaient, dans certains cas tout au moins, produits par l'ulcération de véritables tubercules », et qu'ils pouvaient apparaître avant la tuberculose pulmonaire. Enfin, Trélat établissait que dorénavant on en pourrait faire le diagnostic.

Peu de temps après, Féréol vint entretenir la Société de médecine d'un cas analogue. Guidé par la description de Trélat, il avait pu reconnaître la véritable nature de l'affection. Mais ses collègues conservèrent des doutes jusqu'au moment où il leur apporta les résultats de la nécropsie, et l'examen histologique pratiqué par Thaon et Ranvier. Et même quelques-uns, et des plus autorisés, ne consentirent pas à accepter sans réserve l'opinion de Féréol.

Depuis les choses ont changé, il n'y a plus d'incrédules. Quantité de monographies ont paru sur ce sujet, d'importantes leçons de Duplay, Le Dentu, Reclus ont vulgarisé les notions si lentement acquises.

Aujourd'hui chacun a vu de ces ulcérations tuberculeuses, devenues sinon des banalités, du moins des cas qui sont loin d'être rares. Maintenant qu'on s'est familiarisé avec elles, on les reconnaît en général avec une grande facilité, et je crois qu'aujourd'hui tout le monde adopterait volontiers la formule de T. Anger qui, en 1872, souleva quelques protestations: « Il suffit d'avoir vu les ulcérations tuberculeuses ou seulement d'avoir lu leur description pour éviter une erreur qui n'est possible que dans les livres. »

Pendant que la tuberculose buccale sortait ainsi du chaos des ulcères de la bouche, les lésions du pharynx étaient de leur côté l'objet de travaux importants. Isambert décrivait la tuberculose miliaire aiguë du pharynx. Ici encore ce fut une surprise, quand Troisier découvrit à l'examen des pièces les granulations caractéristiques.

On s'occupait beaucoup aussi, soit dans les thèses, soit à la Société médicale des hôpitaux, de la scrofule du pharynx et de l'angine scrofuleuse. Mais on était loin de songer alors qu'il y avait entre la scrofule et la tuberculose les rapports étroits aujourd'hui bien connus. D'autre part, il y avait de regrettables confusions entre la scrofule et la syphilis héréditaire tardive. Aussi ces études se poursuivaient-elles parallèlement à celle de la tuberculose buccale.

L'histoire de la tuberculose du pharynx et de l'angine tuberculeuse a été complètement tracée dans la remarquable thèse de Barth.

Quand Fano et Gosselin observèrent, il y a une trentaine d'années, les premiers abcès froids de la langue, ils ne songeaient certes pas à les rapprocher des ulcérations des phtisiques. De même, ceux qui firent connaître les ulcérations de la langue, laissaient de côté ces observations qui n'avaient aucun rapport apparent avec leur sujet. Les travaux plus modernes sur le tubercule et les bacilles rendent ce rapprochement tout naturel. D'ailleurs les cas de suppurations tuberculeuses de la langue sont maintenant assez nombreux, dus à Péan, Gade, Poncet, Barth, Le Dentu, etc. Ils ont été rassemblés dans les mémoires récents de Whitmann, Sauvage, Rolland et Le Nadan.

En résumé, pendant longtemps on a étudié d'une part des scrofulides

de la gorge, de l'autre des ulcérations bucco-pharyngiennes chez des phtisiques, comme des maladies n'ayant aucun point de contact, puis on a reconnu la nature tuberculeuse de certaines ulcérations de la bouche survenant chez des individus qui n'étaient pas encore phtisiques. Les découvertes des granulations, des follicules tuberculeux et du bacille de Koch, ont groupé toutes ces affections dans un seul et même faisceau, en un tout synthétique.

Mais cette synthèse, si importante au point de vue de la pathologie générale, si intéressante comme évolution des conceptions nosologiques, laisse subsister des différences cliniques qui nous obligeront à décrire trois formes distinctes, les ulcérations tuberculeuses, le lupus, les abcès froids. Nous les étudierons séparément au point de vue de leurs signes, de leur diagnostic et de leur traitement.

Mais les considérations étiologiques auxquelles donnent lieu ces trois formes de la même maladie peuvent être réunies dans un chapitre commun.

**Étiologie.** — Le bacille de la tuberculose peut être amené dans la cavité bucco-pharyngienne par des voies différentes; il y est introduit par l'air que nous respirons, par les aliments liquides ou solides qui traversent la bouche et le pharynx, par les crachats venus de poumons tuberculeux.

En outre, les lésions bucco-pharyngiennes peuvent n'être que le résultat de l'extension et de la propagation d'autres lésions laryngées, nasales, osseuses ou cutanées. Enfin dans certains cas, c'est le sang qui charrie les bacilles jusque dans l'épaisseur des tissus. Suivant les cas, on peut invoquer l'une ou l'autre de ces voies. Ainsi les lupus de la gorge sont souvent consécutifs à des lupus de la face, propagés par la bouche, les fosses nasales, ou même par l'oreille et la trompe d'Eustache. Pour les tuberculoses miliaires où il y a des éruptions granuleuses sur la muqueuse du pharynx comme sur un grand nombre d'autres organes, c'est évidemment le sang qui a disséminé partout l'infection bacillaire. Dans le plus grand nombre des cas, les crachats chargés de microbes doivent être incriminés. Les ulcérations des phtisiques trouvent dans cette interprétation une explication aussi simple que plausible. Toutes les ulcérations qui se développent chez les phtisiques ne sont pas cependant forcément tuberculeuses. Une observation récente de Claude, où l'examen bactériologique et histologique fait avec beaucoup de soin ne montra ni bacilles ni lésions tuberculeuses, semble établir la réalité de l'*ulcère cachectique* de la langue, causé par les micro-organismes, parasites habituels de la bouche (1). Enfin les tuberculoses primitives, pour lesquelles on ne peut invoquer une infection par les crachats, puisqu'il n'y en a pas encore, reconnaissent évidemment pour cause une inoculation par

(1) CLAUDE, *Soc. de biologie*, 1896.

des bacilles venus directement du dehors, ou bien un apport des germes morbides par la voie sanguine.

Ces faits n'ont rien qui nous surprennent et sont assimilables à tous les autres faits de tuberculoses locales. Ici toutefois les causes d'infection directe abondent, si l'on songe qu'indépendamment de l'air atmosphérique et des aliments, on peut invoquer la contagion possible par les doigts, les verres, etc.

Dans le cas célèbre de Féréol, le malade racontant qu'il s'était livré peu de temps auparavant à des manœuvres de succion vulvaire, on s'était demandé s'il n'avait pu gagner ainsi l'affection dont il était atteint. C'est possible à la rigueur, mais évidemment assez peu vraisemblable. Mais le baiser pourrait être incriminé en certaines circonstances.

Que le bacille soit apporté d'une manière ou d'une autre, il lui faut un terrain propice tout d'abord et ensuite une cause locale favorisant son développement. Or on note fréquemment une morsure, l'irritation causée par un chicot, une dent cariée ou déviée, parfois une petite plaie faite par un instrument piquant, comme celles qui résultent de l'application des pinces habituellement usitées pour saisir la langue pendant la chloroformisation. Parfois encore l'usage de la pipe. Dans certains cas on a vu la tuberculose se développer sur des langues où une lésion antérieure, ulcération dentaire, syphilide, avait créé un lieu de moindre résistance.

La fréquence des localisations tuberculeuses sur la bouche et le pharynx est en somme assez grande, mais elle n'est pas la même pour les trois formes que nous avons admises, et d'autre part elles n'occupent pas indifféremment les mêmes points de la cavité bucco-pharyngienne.

Ainsi des abcès froids prennent peut-être naissance sous la muqueuse en différents points de la cavité bucco-pharyngienne, mais on ne les connaît que dans l'épaisseur de la langue, et on en compte encore les observations.

D'autre part, le lupus affectionne avec prédilection l'isthme du gosier et le pharynx. On le voit plus rarement à la face interne des lèvres et des joues. Et sur la langue, c'est une rareté, dont Homolle et Leloir ont fait connaître les premiers cas, et dont M. Spire, dans une thèse récente, n'a pu réunir que quatorze observations.

Les ulcérations tuberculeuses sont infiniment plus fréquentes et peuvent occuper sans exception tous les points de la cavité bucco-pharyngienne. Toutefois elles paraissent se développer plus communément au niveau de l'isthme du gosier et des bords de la langue. Julliard fait remarquer qu'elles sont à la fois moins fréquentes et moins graves à mesure qu'on se rapproche de l'orifice labial. A la vérité, la plupart des formes limitées, circonscrites et curables siègent au niveau des lèvres et de la pointe de la langue.

On a cru pendant longtemps que les ulcérations tuberculeuses étaient exceptionnelles à la voûte palatine. Hermantier proteste contre cette assertion, mais il exagère lui-même en voulant nous prouver que cette localisation est fréquente.

A la vérité, depuis les premiers cas, publiés par Laveran, Vallin, Dujardin-Beaumetz et Sevestre, les exemples se sont multipliés et la tuberculose de la voûte palatine est aujourd'hui parfaitement connue.

Bien qu'on ait cité des cas de tuberculose buccale chez des enfants encore jeunes (quatre ans et demi dans un cas) et chez des sujets âgés (soixante et onze ans chez une femme), il est exceptionnel de rencontrer cette affection aux deux extrêmes de la vie. C'est presque toujours entre trente et cinquante ans qu'on a l'occasion de l'observer. Les hommes y paraissent plus exposés, et les meilleures raisons qu'on puisse donner de cette prédilection pour le sexe masculin sont d'une part un moindre souci des soins de la bouche, d'autre part des causes d'irritation locale beaucoup plus répandues, telles que l'usage du tabac et de l'alcool.

**Ulcérations tuberculeuses.** — Nous pouvons dans un même chapitre étudier toutes les ulcérations tuberculeuses proprement dites de la bouche et du pharynx. Elles présentent en effet une physionomie à peu de chose près identique sur les diverses parois de ces cavités, et morceler notre sujet pour étudier successivement les ulcérations bacillaires des lèvres, des joues, de la langue, du palais, etc., serait s'exposer à d'inutiles redites. Les points un peu spéciaux, d'ailleurs secondaires, seront signalés d'une façon intercurrente.

L'anatomie pathologique de ces ulcérations ne nous arrêtera pas longtemps.

Le processus qui conduit à leur formation ne présente ici rien de particulier. Dans l'épaisseur du chorion ou des papilles se forment les granulations et les nodules caséux, d'abord distincts puis englobés dans une nappe commune de cellules embryonnaires, qui infiltre la muqueuse et les tissus sous-jacents. Les nodules se ramollissent et forment de petits abcès sous-épithéliaux qui apparaissent sous forme de petites taches jaunes arrondies. La couche épithéliale très mince qui sépare de l'extérieur cette minuscule collection, cède, se désagrège et se détruit. La cavité se transforme en un petit abcès qui s'unit aux ulcères voisins par mortification des languettes de tissus intermédiaires. Il en résulte une perte de substance qui sans cesse s'agrandit par formation à sa périphérie de nouveaux nodules qui créent par leur évolution de nouveaux ulcères. Si l'on examine au microscope des coupes de l'ulcère constitué, on voit à sa périphérie, dans l'épaisseur de la muqueuse, des nodules et des granulations à divers stades de leur évolution ; au niveau même de l'ulcère dont les bords sont plus ou moins décollés, on voit une couche de

tissu embryonnaire tapissant le fond de l'ulcération et ses bords. Dans cette couche superficielle on ne trouve point de granulations typiques et généralement peu de bacilles. Il faut les chercher plus profondément dans la couche sous-muqueuse, et dans les interstices des fibres musculaires les plus superficielles, au milieu d'une infiltration de cellules embryonnaires, qui occupe toute la partie correspondante de la langue. Mais il est à remarquer que les lésions s'étendent peu dans la profondeur, elles restent superficielles, limitées à la muqueuse et aux couches immédiatement sous-muqueuses, et tendent surtout à gagner en surface, de proche en proche. C'est ainsi qu'on voit des ulcérations débutant au niveau de la commissure labiale s'étendre aux deux lèvres et à toute la joue, en restant limitées aux couches superficielles. A la langue elles pénètrent rarement dans l'épaisseur du corps charnu.

Au niveau de la voûte palatine la destruction de la fibro-muqueuse peut laisser l'os à nu. Dans un cas de Quénu cette destruction s'étendit aux vaisseaux et nerfs et au tissu conjonctif qui occupent le conduit palatin antérieur. Il en résulta une communication entre la bouche et les fosses nasales, le conduit palatin antérieur ayant été vidé de son contenu comme il l'aurait été par une macération anatomique. On a vu plusieurs fois les dents ébranlées par la destruction des gencives, être éliminées.

Parfois enfin, quand la lésion évolue au niveau du voile du palais, il en peut résulter la perforation de cet organe, comme Talamon l'a observé chez une jeune femme de vingt-six ans.

Les ganglions lymphatiques sont souvent envahis. Parfois à peine augmentés de volume, ils sont dans d'autres cas du volume d'une noix, d'une amande, d'un œuf de pigeon. Ces adénopathies sont des adénopathies tuberculeuses, c'est-à-dire qu'elles sont souvent multiples, que l'engorgement des ganglions se fait d'une façon lente et silencieuse, qu'ils deviennent caséux, se ramollissent et se transforment en collections purulentes. Une surinfection ayant pour point de départ la surface ulcérée peut hâter la suppuration et lui donner un caractère subaigu ou même aigu.

**Signes.** — Il est rare qu'on observe la lésion tout à fait à son début, mais en suivant le processus d'agrandissement des ulcérations on peut s'en faire une idée très exacte. La muqueuse présente tout d'abord pendant une courte période de la rougeur et de l'hyperhémie, phénomènes de congestion liés au travail de prolifération embryonnaire qui se produit dans l'épaisseur du chorion. Sur ce fond rouge se détachent bientôt de petits ilots grisâtres, qui rapidement deviennent jaunâtres, ou blanchâtres. Ce sont les petits abcès miliaires dus à la fonte des tubercules. Chacun de ces abcès s'ouvre et sa cavité vide se transforme en une ulcération circulaire.

Il en résulte une série de petites pertes de substance que séparent

d'étroites languettes de tissu déjà altéré lui-même. Ces bandes intermédiaires se détruisent elles-mêmes avec rapidité et finalement une ulcération de notable étendue se constitue par la confluence et la fusion de plusieurs ulcérations plus petites. Celle-ci augmente en étendue par un mécanisme identique en s'annexant peu à peu les pertes de substance résultant de la fonte des tubercules développés à son pourtour. Ce mode de formation implique une disposition très variable et très irrégulière des bords de l'ulcère. Ce dernier est parfois arrondi ou ovalaire, dans d'autres cas allongé, mais presque toujours son contour est dentelé, découpé en jeu de patience, creusé d'anfractuosités que Reclus compare aux fiords norvégiens.

Ces bords sont habituellement coupés à pic. Ils sont souvent décollés; parfois, sans être positivement décollés, ils sont comme creusés à leur face profonde, de manière à surplomber un peu le fond de l'ulcère. D'ailleurs il est fréquent que les bords de la perte de substance ne soient pas absolument identiques sur les divers points de l'ulcère.

Ainsi d'un côté les bords peuvent être profondément décollés, et de l'autre taillés en pente douce.

Le fond de l'ulcère tuberculeux est presque toujours fort irrégulier, il est déchiqueté, creusé en certains points, saillant en d'autres, labouré par des sillons, soulevé dans l'intervalle en mamelons arrondis ou pointus, ou en crêtes plus ou moins bizarres et compliquées. Un mot de Reclus peint parfaitement l'aspect de ce fond d'ulcère, il est *raviné*. Il ressemble aux plans en relief des massifs montagneux. Parfois il est simplement grenu, d'autres fois même presque plat. Enfin on a vu la couche embryonnaire augmenter au point de venir faire saillie entre les berges de l'ulcération comme un véritable fongus. La couleur du fond est presque toujours rosée ou rouge au niveau des parties saillantes, les vallonnements étant occupés par de petits détritres grisâtres ou jaunâtres en voie d'élimination. Ces petits mamelons sont occupés par de petits points jaunes, qui dans l'ensemble forment un semis jaunâtre sur le fond qui présente une teinte générale rosée.

Au pourtour de l'ulcération la muqueuse peut présenter son aspect habituel, ou n'être que peu modifiée, mais ce n'est pas ce qu'on observe dans les cas typiques. On voit en effet que la muqueuse est le siège d'une rougeur plus ou moins intense dans les parties qui avoisinent l'ulcère. Sur ce fond rouge se détachent çà et là de petits points jaunes, gros comme une tête d'épingle ou un grain de sable, qui forment une très légère saillie à la surface de la muqueuse. Ces taches minuscules peuvent être discrètes, d'autres fois si nombreuses et si rapprochées que dans une observation on compare une trainée de ces points jaunes à une sorte de voie lactée. Ce sont des tubercules ramollis et formant de petits abcès. Dans un cas de tuberculose linguale, Reclus a pu établir qu'ils occupaient les