

époque où la composition clinique de ces calculs était mal connue, Schenck, se basant sur la ressemblance grossière que présentent parfois ces calculs avec les tophus, les assimilait aux déterminations morbides de la goutte. Mais comme le dit Desnos, « l'argument de Schenck tombe devant le résultat des analyses modernes, puisque ce sont des urates qui forment essentiellement les dépôts semés dans les différents points de l'organisme par la diathèse goutteuse ».

Les *symptômes* déterminés par la présence d'un calcul dans l'épaisseur de l'amygdale ne sont pas absolument caractéristiques.

Parfois, le calcul reste inaperçu et ne détermine pas grand symptôme. Ainsi dans le cas de Laugier, le choc du corps étranger au fond du vase où le malade crachait, fut à la fois le premier et le dernier indice de la présence d'un calcul.

La plupart du temps il existe des phénomènes inflammatoires, entretenus par la concrétion pierreuse, et qui en masquent la présence. Ces accidents revêtent tous les caractères de l'amygdalite phlegmoneuse, survenant par poussées et se terminant par la production d'abcès. L'abcès vidé, il y a une période de calme; puis, au bout d'un temps variable, survient une nouvelle poussée aiguë, qui se termine encore par un abcès; les choses peuvent se continuer ainsi pendant longtemps, vingt ans dans une des observations de Wilson. Dans certains cas, quand le calcul est volumineux, il devient visible sous forme d'une surface blanchâtre ou grisâtre entourée par le tissu amygdalien enflammé. Dans d'autres circonstances, l'œil ne perçoit point le calcul, mais l'exploration de l'amygdale, à l'aide du doigt, fait sentir une surface rugueuse, ou une pointe aiguë, et ses sensations sont pathognomoniques.

Parfois encore, l'amygdale se sclérose et s'indure, enveloppant le corps étranger.

En fait, le *diagnostic* ne peut être affirmé que par la constatation du calcul, soit par la vue, soit par le toucher, soit par l'exploration à l'aide du stylet. Ces signes de certitude peuvent manquer, et en présence d'une amygdale qui est le siège de fréquentes poussées inflammatoires, on ne peut que soupçonner tout au plus cette affection; aussi, il est de règle que le calcul soit méconnu pendant une assez longue période de son évolution. On songe à une simple hypertrophie de l'amygdale, ou bien à une amygdalite lacunaire déterminant des poussées aiguës fréquentes. Une erreur moins compréhensible, mais qui cependant a été commise, consiste à prendre l'affection pour une tumeur maligne. C'est ainsi que sur le malade de Terrillon, plusieurs chirurgiens avaient formulé le diagnostic de cancer, diagnostic partagé par Terrillon lui-même jusqu'au moment où l'exploration de l'amygdale lui révéla une saillie pointue qui ne pouvait appartenir qu'à un calcul.

Le *pronostic* de l'affection n'est jamais bien grave, puisqu'il suffit

d'une intervention très simple pour en débarrasser le malade. Elle est cependant ennuyeuse et pénible, à cause des suppurations et des douleurs qu'elle est susceptible de déterminer.

Le *traitement* consistera dans l'ablation du calcul. Celle-ci peut être extrêmement facile, quand par exemple le calcul est déjà à moitié énucléé. Il suffit alors de le saisir avec une pince pour en faire l'extraction. Le plus souvent on est amené à faire une ou deux petites incisions libératrices, pour en faciliter le dégagement et l'extraction. Celle-ci suffit pour amener la guérison. Il n'y a pas lieu de compléter l'intervention par l'ablation de l'amygdale elle-même.

Papillomes, fibromes, kystes des amygdales. — La muqueuse amygdalienne est parfois le siège de papillomes. Ils peuvent être isolés ou multiples, localisés à l'amygdale ou se montrer en même temps sur d'autres parties du pharynx ou du voile du palais. Ces petites tumeurs sont rares, elles sont sans gravité, et guérissent facilement par la simple excision.

Les fibromes sont plus rares encore. Le cas le plus souvent cité est celui de Verneuil (1). Cependant la description de cette tumeur ne rappelle en rien la structure que nous connaissons aux fibromes véritables. La tumeur était grosse comme un œuf de poule, contenue dans une coque fibreuse rappelant, par sa couleur aussi bien que par sa résistance, la tunique albuginée.

Mais à sa surface on voyait des bosselures formées par des kystes. A la coupe, on distinguait une partie centrale qui contenait un grand nombre de kystes uni ou multiloculaires, contenant soit de petits caillots, soit un liquide séro-sanguinolent, et une partie périphérique, dure et fibreuse, contenant elle-même quelques petits kystes.

Au microscope la tumeur paraissait constituée en grande partie par du tissu fibreux.

Ces constatations font songer à un processus de sclérose, mais c'est aller trop loin que de ranger la tumeur sous la rubrique fibrome.

Le cas de Duchaussoy (2) n'est pas non plus un fibrome. Roux avait diagnostiqué un cancer de l'amygdale et se préparait à l'opérer quand le malade mourut. Le *Bulletin de la Société anatomique* où la pièce fut présentée dit qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique, sans autres détails.

D'autres observations paraissent plus probantes [Delavan (3), Eve (4), Gevaert (5), etc.] La tumeur fibreuse est susceptible d'acquiescer un volume considérable comme dans le cas de Lefferts (6).

(1) BOURDON, *Soc. anat.*, 1872.

(2) DUCHAUSSOY, *Soc. anat.*, 1853.

(3) DELAVAN, *Med. Record New-York*, 1887.

(4) EVE, *Nashville med. and surg. Journal*, 1882.

(5) GEVAERT, *Belgique méd.*, 1896.

(6) LEFFERTS, *Ann. laryng. Assoc. New-York*, 1887.

Le fibrome peut s'énucléer de façon à prendre une disposition pédiculée et polypiforme. C'est ce qui était arrivé dans le cas déjà ancien de Julia (1). Chez un sergent-fourrier, Julia fit l'ablation d'un fibrome du volume d'une énorme noix, que reliait à l'amygdale droite un pédicule blanchâtre, long d'un travers de doigt et gros comme une plume d'oie. Ces polypes fibreux semblent ne pas être très rares [Garel (2), Lannois (3), Masse (4), Peiser (5), etc.].

A côté des tumeurs pédiculées dont la structure est purement fibreuse, il existe des polypes dont la structure rappelle celle de l'amygdale elle-même [Frühwald (6), Froehlich (7), Lublinsky], d'autres qui sont lympho-angiomateux, ou fibro-angiomateux (Lejars) (8) ou myxo-angiomateux. On a même parlé de polypes sarcomateux ou carcinomateux dont l'existence est plus douteuse.

On a vu des lipomes [Biaggi (9), Onodi (10)] et des fibro-chondromes [Bottini (11), Roualdès (12)] prendre naissance dans l'amygdale ou dans son voisinage immédiat.

De pareilles tumeurs ne sauraient avoir une symptomatologie bien compliquée et bien bruyante. Elles grossissent avec lenteur, et ne déterminent d'autres troubles qu'un peu de gêne et quelques légères modifications de la voix.

Leur extirpation s'impose, et cette opération simple, facile, est suivie de guérison définitive.

Des kystes hydatiques peuvent également s'observer à l'amygdale. Dupuytren eut l'occasion d'en opérer un. C'était le premier cas connu. La légende s'en empara ; Vidal (13) et Pariset (14) nous montrent l'illustre chirurgien devinant, par une intuition merveilleuse, la nature de l'affection. En réalité il n'en fut rien, s'il faut en croire un autre biographe (15), qui, donnant une version plus raisonnable, nous affirme que Dupuytren, comme un simple mortel, reconnut le kyste quand il lui tomba dans les mains. Certaines circonstances permettent de supposer que le cas de Robert n'était autre que celui de Dupuytren. Il est rapporté par Cruveilhier (16), d'après lequel Robert

- (1) JULIA, *Gaz. des hôp.*, 1863.
 (2) GAREL, *Ann. des mal. de l'oreille*, 1889.
 (3) LANNOIS, *Lyon méd.*, 1888.
 (4) MASSE, *Soc. de chir.*, 1885.
 (5) PEISER, *Méd. moderne*, 1896.
 (6) FRUHWALD, *Wiener med. Wochenschrift*, 1879.
 (7) FROELICH, thèse, Goettingen, 1880.
 (8) LEJARS, *Arch. gén. de méd.*, 1891.
 (9) BIAGGI, Des polypes de l'amygdale, 1893.
 (10) ONODI, *Revue laryng.*, 1895.
 (11) BOTTINI, *Gaz. des hôp. de Milan*, 1885.
 (12) ROUALDÈS, *Assoc. laryngol. Amer.*, Pittsburg, 1896.
 (13) VIDAL (de Cassis), *Essai historique sur Dupuytren*. Paris, 1835.
 (14) PARISSET, *Hist. des membres de l'Ac. roy. de méd.*, 1850. Éloge de Dupuytren.
 (15) MALGAIGNE, *Notice sur Dupuytren*, 1856.
 (16) CRUVEILHIER, *Dict. de méd. et de chir.*, art. ACÉPHALOCYSTES, t. I^{er}, 1829, p. 261.

l'aurait communiqué à la Société anatomique. Cependant les *Bulletins de la Société anatomique* n'en font pas mention entre 1826, date de la réorganisation de la Société, et 1829, date de l'article de Cruveilhier. Robert était simple aide d'anatomie à ce moment. L'observation que donne Cruveilhier ressemble d'une façon frappante à celle de Dupuytren, à cela près que le malade serait un homme, au lieu que dans le cas de Dupuytren il s'agissait d'une femme. Chassaignac aurait opéré aussi un kyste hydatique de l'amygdale. Simples curiosités, ces hydatides ne méritent pas de description isolée, ni de considérations spéciales au point de vue du traitement.

Mac Bride (1) et Batho (2) ont décrit, sous le nom de kystes des amygdales, une lésion dont nous avons déjà parlé à propos de l'amygdalite lacunaire. Certaines cryptes, dilatées et comme injectées par la matière caséuse, laissent apercevoir, à travers la muqueuse amincie, leur contenu d'un blanc jaunâtre. La membrane qui les sépare de la cavité bucco-pharyngienne cède aisément sous la pression du stylet, et par ce pertuis vient sourdre la substance accumulée dans la crypte distendue.

Tumeurs bénignes du pharynx. — Le pharynx nasal est un siège commun de tumeurs bénignes. Il ne sera question ici cependant que de celles qui se développent dans le pharynx buccal et le pharynx inférieur et qui sont infiniment moins fréquentes.

Leur rareté est cause que dans les livres classiques on ne leur consacre pas de description spéciale.

Leur histoire cependant commence à se dégager de la publication d'un assez grand nombre de cas. Nous allons tenter de l'exposer brièvement, nous aidant du travail consciencieux et très complet où M. Pussacq-Larcebau (3) vient de rassembler toutes les observations connues.

La première fut recueillie par Careno, chirurgien à Peralda de la Mata, près de Tolède. — Il fut un jour consulté par un maquignon qui ne pouvait manger et respirer qu'avec de grandes difficultés, et que cette gêne permanente apportée à l'alimentation et à l'hématose avait conduit à une émaciation graduelle et à un affaiblissement extrême. A diverses reprises il avait, à la suite d'accès de toux, régurgité pour ainsi dire de longs corps cylindriques, qu'il avait eu beaucoup de peine à repousser dans le pharynx. Careno constata la présence dans cette cavité de masses polypeuses, implantées profondément sur sa paroi postérieure. — La gravité des signes fonctionnels, la conviction où il était que le malade succomberait prochainement si on le laissait dans l'état où il se trouvait, le décidèrent à en pratiquer l'extirpation. Le maquignon s'y résigna, non toutefois

- (1) MAC BRIDE, *Brit. med. Journ.*, 1892.
 (2) BATHO, *Brit. med. Journ.*, 1892.
 (3) PUSSACQ-LARCEBAU, thèse de doct., Bordeaux, 1895.

sans avoir pris la précaution de mettre ordre à ses affaires. L'intervention fut laborieuse. En s'aidant de ligatures, de ciseaux et même du lithotome du frère Côme, Careno réussit à débarrasser le patient de quatre tumeurs, dont la base d'implantation était commune. L'une d'elles était comparable à un museau de tanche, la seconde à une pomme de terre et les deux autres ressemblaient à des pis de vache. Le malade guérit.

En 1857, Middeldorf publia un travail sur les polypes de l'œsophage, mais il est probable que plusieurs de ces tumeurs prenaient naissance dans la cavité pharyngienne et qu'il s'agissait en réalité de polypes du pharynx.

En 1890, Lerondelle enleva à l'écraseur un lipome pédiculé qui remplissait presque tout le pharynx buccal. La même année, Laugier faisait l'ablation d'un polype inséré sur la cloison pharyngo-laryngée.

Puis viennent les cas de Busch, Vibert, Schuchardt, Fletcher Ingals, Aplavin, Mac Leod, auxquels il faut joindre quelques observations récentes de Lowe, Lagoutte, Goscher, Moure.

Anatomie pathologique. — Dans un grand nombre de cas il s'agit de tumeurs graisseuses; ainsi dans ceux que rapportent Careno, Lerondelle, Laugier, Busch, Vibert, Aplavin, Taylor, Holt, Lagoutte, les tumeurs étaient des lipomes ou des fibro-lipomes.

Ailleurs le néoplasme était fibreux. — Ainsi les cas de Fletcher Ingals, de Mac Leod, de Moure, étaient des fibromes.

Dans quelques observations enfin, il s'agissait de productions manifestement congénitales. Schuchardt a rapporté le cas de cet enfant qui portait dans le pharynx une tumeur pédiculée, recouverte d'une enveloppe cutanée.

Hartley cite un cas où la tumeur observée chez un jeune sujet était probablement d'origine congénitale.

Plus récemment Goscher a trouvé, sur un enfant également, une tumeur pédiculée, du volume d'une noisette, s'insérant sur la paroi pharyngo-laryngée, et présentant la structure habituelle des kystes dermoïdes.

Ce qu'il y a de particulier dans tous ces néoplasmes, c'est qu'ils ont tendance à se pédiculiser, à former des polypes, longs parfois de plusieurs centimètres. En raison même de leur pédiculisation, ces polypes sont susceptibles de se déplacer. Habituellement entraînés vers le pharynx inférieur et l'œsophage, ils sont susceptibles d'être repoussés dans la cavité buccale, ou de s'enfoncer accidentellement dans l'orifice supérieur du larynx.

Il est probable que la plupart prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-muqueux, mais ils peuvent aussi, bien qu'exceptionnellement, s'être développés d'abord en dehors de la paroi pharyngée, entre elle et la colonne vertébrale. Leur point d'implantation est variable; il s'attache à la paroi postérieure du pharynx, ou sur les

parties latérales, dans le sinus piriforme, ou sur la cloison pharyngo-laryngée. Dans un cas de Sydney Jones, c'était sur le repli aryéno-épiglottique; et dans celui de Holt sur le côté gauche de l'épiglotte.

Leur aspect et leur volume sont variables. Duplay comparait la tumeur enlevée par Vibert à un ris de veau. Celle opérée par Laugier présentait l'aspect de la langue.

Signes. — La tumeur peut passer longtemps inaperçue, et grossir silencieusement, de façon à n'être reconnue que des mois ou des années après l'époque de son début.

Parfois le premier symptôme observé est un brusque accès de suffocation. La tumeur, déplacée par la toux, par un effort de vomissement, est venue obstruer subitement l'orifice supérieur des voies aériennes. C'est ce qui arriva en particulier au malade de Lagoutte. Pour parer à la suffocation imminente on fit la trachéotomie. Quelques jours après, l'autopsie permit de constater la cause véritable des accidents.

Ces phénomènes peuvent se reproduire à différentes reprises, avec la même brusquerie. Le malade de Holt, revenu d'une première crise, mourut subitement, tandis qu'il était en train de fumer. Sa tumeur datait de plus de vingt ans.

Dans d'autres circonstances, la dyspnée est continue et progressive, comme dans les cas de Careno et Lerondelle.

A cette gêne dans la respiration s'ajoute de la dysphagie, par obstruction mécanique du pharynx et de l'œsophage.

Cependant on constate parfois, avec surprise, que la déglutition s'exécute avec une facilité relative, malgré la présence d'une tumeur d'un notable volume. Mais alors il s'agit de tumeurs molles, susceptibles de céder à la pression du bol alimentaire, de s'étaler, de se réduire pour ainsi dire.

Il n'y a jamais de douleurs, jamais d'engorgement ganglionnaire, et l'état général ne serait point affecté, sans le retentissement fâcheux qu'exerce sur l'organisme une gêne prolongée de la respiration et de la déglutition.

Aussi la durée de la maladie peut être fort longue, cinq, dix, quinze, vingt ans.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente pas de difficulté sérieuse quand la tumeur est facilement visible et tangible. A plus forte raison quand elle est régurgitée dans la bouche. Mais il est loin d'en être toujours ainsi. Quand la tumeur occupe habituellement le pharynx inférieur ou l'œsophage, l'affection sera généralement méconnue, et la dysphagie attribuée à une des causes communes de dysphagie. Dans certains cas, l'examen à l'aide du laryngoscope rendra de précieux services, en donnant d'exactes renseignements sur la forme, le volume et surtout le point et le mode d'implantation de la tumeur. La largeur du pédicule et ses connexions sont en effet des éléments de la plus haute

importance, toutes les fois qu'on veut agir dans une cavité profonde, et tout particulièrement dans le pharynx.

Traitement. — Il serait évidemment oiseux de discuter tout autre mode de traitement que l'extirpation, mais celle-ci étant délicate, on peut admettre que, dans certaines circonstances, il est préférable de ne point toucher à ces tumeurs, quand elles ne sont pas trop volumineuses, qu'elles ne déterminent pas d'accidents sérieux et immédiats, qu'elles sont stationnaires ou évoluent avec lenteur, et que les malades sont, ou bien des enfants très jeunes, ou des vieillards très âgés. Ces cas, où l'abstention est à la rigueur permise, sont l'exception, et la constatation d'un de ces néoplasmes entraîne d'une façon générale l'obligation de l'opérer, pour mettre un terme aux accidents quand ils existent, pour les prévenir quand ils n'existent pas encore. Pour réaliser cette indication, les voies naturelles suffisent habituellement. Les tumeurs étant pédiculées et peu vasculaires, l'intervention est parfois simple, généralement un peu laborieuse, mais rarement grave. On a utilisé l'écraseur, l'anse galvanique, mais les ciseaux paraissent encore le moyen le plus expéditif et le plus sûr. Quand la tumeur est grosse, non pédiculée, et qu'il s'agit de ces fibro-lipomes dont les limites ne sont pas toujours bien précises, surtout si le néoplasme semble adhérer dans la profondeur, on sera conduit à pratiquer une trachéotomie préliminaire, à opérer dans la position de Rose, et même à pratiquer une pharyngotomie antérieure ou latérale.

Avant de songer à ce traitement curatif, on est quelquefois amené, pressé par les circonstances, à pratiquer comme opération d'urgence la trachéotomie.

Ce que nous venons de dire s'applique exclusivement aux tumeurs fibreuses, aux lipomes et aux productions congénitales. Ce sont non pas les plus communs, mais les moins rares, des néoplasmes bénins du pharynx. Les angiomes sont encore plus rares dans cette région, les anévrysmes des artères pharyngiennes sont à peine signalés. Les kystes parasitaires n'ont pas encore d'histoire. Les papillomes, d'ailleurs très exceptionnels, coïncident habituellement avec des productions analogues de la cavité buccale.

Tumeurs malignes de l'amygdale et du pharynx. — Nous avons précédemment consacré des chapitres distincts aux tumeurs bénignes de l'amygdale et à celles du pharynx, et nous pourrions encore, à la rigueur, conserver cette division pour les tumeurs malignes.

Pourtant, nous ne voulons pas la garder intégralement. Nous étudierons à part le *lymphadénome* de l'amygdale, et nous grouperons autour du *sarcome* de l'amygdale ce que nous savons des sarcomes du pharynx.

Bien que le *cancer* de l'amygdale soit d'une fréquence relative, il

n'y a pas lieu, pensons-nous, d'en faire ici une description spéciale. Il ne tarde pas en effet à envahir les parties avoisinantes, et dès lors il diffère peu des épithéliomas qui ont pris naissance en un autre point du pharynx buccal. Ces tumeurs ont la même structure, leurs symptômes sont à peu de chose près identiques, les mêmes considérations opératoires s'y appliquent de tout point, et dès lors il y a bien moins de différence entre les cancers de l'amygdale, et ceux du reste de l'arrière-bouche, qu'entre les cancers de deux portions différentes du pharynx.

Le cancer du pharynx à début amygdalien sera donc compris dans l'étude générale du cancer du pharynx.

Lymphadénome de l'amygdale (1). — Les lymphadénomes, c'est-à-dire les tumeurs constituées par du tissu réticulé de formation nouvelle, s'observent très rarement dans la paroi du pharynx proprement dit, mais l'amygdale en est parfois le siège, bien que cette localisation soit elle-même exceptionnelle. Le lymphadénome amygdalien peut se manifester au cours d'une lymphadénie ou d'une leucocytémie en voie d'évolution et parfaitement caractérisée par ailleurs, mais il peut aussi, et cela est d'un grand intérêt au point de vue clinique, être la première manifestation de la maladie. Ce début par l'amygdale peut, on le conçoit, amener de fâcheuses erreurs de diagnostic.

Pour tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique et aux considérations qui en découlent sur la nature du lymphadénome, je renvoie à l'excellent article de Pierre Delbet (2).

Je me bornerai à faire remarquer que ces localisations amygdaliennes primitives, qu'on observe de temps à autre, sont assez en rapport avec l'opinion que soutient Pierre Delbet de l'origine infectieuse du lymphadénome.

Le début de la maladie, en général graduel et lent, passe facilement inaperçu, et la tumeur amygdalienne est déjà d'un notable volume quand le chirurgien a l'occasion de l'examiner. Son développement est souvent parallèle à celui de masses ganglionnaires cervicales, qui aident beaucoup à en reconnaître la nature véritable. Du côté de la gorge on constate qu'une amygdale, ou les deux amygdales sont augmentées de volume, dans des proportions souvent considérables.

Cette hypertrophie est régulière, et la surface de la tumeur, se présentant au début sans ulcérations, ni bosselures, donne au premier abord l'impression de l'hypertrophie vraie.

La similitude est parfois tellement parfaite, qu'il est difficile d'éviter la confusion, quand il s'agit de jeunes sujets. C'est ce qui arriva pour la malade de Creswell Baber, jeune fille de quatorze ans. Elle fut

(1) PASSAQUAY, thèse de Paris, 1873. — FRANK, *Lymphadénome de l'amygdale* (*Med. Press. and Circular.*, 1890). — CARTAZ, *Soc. de laryng.*, Paris, 1894.

(2) P. DELBET, *Traité de chirurgie clinique*, t. I, Paris 189.