

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.

opérée pour une hypertrophie amygdalienne qui paraissait simple. Il y eut récurrence rapide et les amygdales prirent un énorme volume. On fit plusieurs ablations successives, toujours suivies de repullulation. Bientôt survinrent des masses ganglionnaires cervicales, axillaires, inguinales, et l'enfant mourut. Dans d'autres circonstances, la maladie évoluant avec une grande rapidité, peut simuler une affection aiguë. C'est ce qui arriva pour l'infortuné malade de Demarquay. Il y avait vingt jours seulement qu'on avait constaté les premiers signes de la maladie, quand il entra dans le service de Demarquay, avec le diagnostic de phlegmon de l'amygdale droite et de la région cervicale correspondante; il était en proie à une gêne respiratoire considérable; la région amygdalienne, extrêmement tuméfiée, présentait une coloration d'un rouge violacé; il y avait également une voussure sous-maxillaire et parotidienne légèrement dépressible, mais sans changement de couleur à la peau, ni fluctuation. Une ponction au bistouri dans la tumeur amygdalienne fut suivie d'une hémorragie formidable, qui entraîna la mort en cinq minutes.

C'était, comme le montra l'examen fait par Malassez, un lymphadénome primitif de l'amygdale avec adénopathies cervicales. Il s'était produit secondairement un anévrysme de la carotide interne, entourée par la masse morbide. Les parois de l'artère altérées par l'envahissement néoplasique avaient cédé.

Enfin, il peut être impossible de différencier le lymphadénome des sarcomes et lympho-sarcomes de l'amygdale, quand la localisation amygdalienne est primitive, et l'évolution relativement rapide, et qu'on ne trouve pas, au moment de l'examen, la tuméfaction de la rate et les multiples adénopathies qui se manifestent dans la plupart des cas.

Le *diagnostic* est généralement plus aisé. J'ai recueilli à Broussais l'observation d'un malade, dont l'affection ne pouvait guère être confondue avec aucune autre. Un cocher de quarante-cinq ans vint à notre consultation au mois de janvier 1896, se plaignant de la gêne considérable que lui causait une grosseur qu'il avait dans la gorge.

Un an auparavant, il avait été traité à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Anger, pour une tumeur analogue, dont il avait subi l'extirpation. Il avait en outre toute une série de tumeurs arrondies faisant saillie des deux côtés du cou. Ces masses cervicales, aussi bien que celle qu'il portait dans la gorge, étaient survenues peu de temps après l'opération qu'il avait subie, et même à ce moment, on pouvait déjà sentir quelques petites glandes du côté gauche du cou. Depuis, elles avaient grossi avec lenteur, mais régulièrement, et cette évolution avait toujours été parfaitement indolente. En palpant le cou, il n'était pas difficile d'affirmer que ces tumeurs arrondies, lisses, mobiles, étaient des ganglions tuméfiés. Il y en avait, de chaque côté, tout un chapelet,

occupant les régions carotidienne et sus-claviculaire; ils étaient, pour la plupart, du volume d'une noix, d'une noisette, d'une amande, quelques-uns plus petits; les plus volumineux atteignaient les proportions d'un œuf de poule.

L'amygdale droite, énorme, remplissait le pharynx. Elle était du volume d'un gros œuf, formant une masse arrondie, lisse, d'un blanc rosé.

Chose curieuse, l'amygdale gauche, qui avait été extirpée l'année précédente, n'avait pas repoussé. Cependant c'était précisément du côté gauche que se trouvaient les ganglions les plus volumineux.

La rate était énorme et faisait à travers la paroi une saillie visible à l'œil nu. Au palper, on sentait son bord antérieur sous forme d'une crête épaisse et verticale. La percussion montra qu'elle occupait tout le tiers gauche de l'abdomen.

L'examen du sang fit reconnaître une proportion considérable de globules blancs.

L'augmentation de volume considérable de l'amygdale appelait une intervention, destinée à désobstruer le pharynx, intervention palliative, il est vrai, mais indiquée par la difficulté de l'alimentation.

M. Campenon fit l'ablation de cette amygdale, opération dont le malade retira un grand soulagement.

Mais comme il fallait s'y attendre, le bénéfice a été temporaire. J'ai depuis revu plusieurs fois le malade. Son amygdale droite a repris, en quatre mois, les proportions qu'elle avait avant l'intervention. Les ganglions du cou ont encore augmenté; d'autres masses ganglionnaires ont fait leur apparition dans l'aisselle et dans l'aîne. Son état général se maintenait encore, quand il est venu pour la dernière fois à la consultation de l'hôpital. Mais il avait la face un peu cyanosée, comme s'il y avait eu de la gêne circulatoire, par compression des gros vaisseaux du médiastin. Voilà plusieurs mois que je ne l'ai revu, et je ne saurais dire ce qu'il est devenu.

Dans plusieurs observations, on note que le malade était en proie à une agitation extrême et à une continuelle et très pénible insomnie.

La *marche* de cette affection est variable; elle peut être lente ou rapide, subir des arrêts momentanés ou des poussées d'accroissement brusque, mais tôt ou tard, malgré les améliorations sérieuses que le traitement amène parfois, elle finit par entraîner la mort. La localisation amygdalienne peut y contribuer en gênant l'alimentation et la respiration; mais c'est dans l'immense majorité des cas l'infection générale de l'économie qui amène la cachexie et la terminaison fatale. Le *pronostic* est donc fort grave, et le chirurgien est presque complètement désarmé en présence d'une maladie qui frappe l'économie tout entière. A part les cas où une intervention palliative peut ramener la perméabilité du pharynx, ceux plus rares où, se trouvant en

présence de l'affection à son début, il est permis d'espérer qu'une extirpation de l'amygdale et des ganglions cervicaux pourra arrêter la marche du mal, on doit forcément se borner à l'administration d'un traitement interne, par le phosphore et surtout l'arsenic, médicaments qui produisent parfois de remarquables améliorations, mais seulement des améliorations.

Sarcome de l'amygdale (1). — Les sarcomes du pharynx ont pour point de départ habituel l'amygdale.

Le sarcome de l'amygdale s'observe presque exclusivement chez des sujets jeunes. C'est une affection rare, bien qu'on en puisse réunir un assez grand nombre d'observations, en compulsant les périodiques des dernières années. La fréquence paraît être en tout cas bien moindre que celle de l'épithélioma de l'amygdale. Cependant Lennox Brown, qui avait d'abord accepté cette opinion, a changé depuis de manière de voir, « de nouvelles observations cliniques, jointes à une étude plus approfondie des lésions, l'ayant convaincu que la forme la plus ordinaire du cancer de l'amygdale est le lympho-sarcome ».

La structure de la tumeur est assez variable; on a trouvé, au niveau de l'amygdale, des sarcomes fuso et globo-cellulaires, des lympho-sarcomes, et même du sarcome mélanique (Eisenmenger).

Au début la tumeur peut être encapsulée, mais très rapidement elle se diffuse et envahit tous les organes environnants.

Contrairement à ce que nous savons de la majorité des sarcomes, ceux de l'amygdale envahiraient les lymphatiques et les ganglions d'une façon presque constante.

L'amygdale qui est le siège de la tumeur a parfois subi des inflammations antérieures, mais on ne saurait invoquer cette cause, si banale soit-elle, pour expliquer la localisation de la maladie, car dans la majorité des cas, il s'agit de jeunes gens qui n'avaient jamais souffert de la gorge. La plupart étaient des sujets vigoureux et robustes, dont la tumeur amygdalienne a été la première et aussi la dernière maladie.

D'ailleurs, l'affection évolue tout d'abord d'une façon tellement insidieuse, ne déterminant aucune douleur, ni aucun retentissement sur l'état général, qu'on assiste rarement à son début, ce premier stade s'accomplissant avec les apparences extérieures d'une santé parfaite.

Quand on examine le sujet, il existe une gêne notable de la déglutition, causée par une tumeur déjà volumineuse.

(1) CROLY, *Acad. med. Ireland.*, 1887. — MAC COY, *Tr. American. laryng. Assoc.*, 1888. — H. MACKENSIE, *Brit. Med. Journ.*, 1890. — GRAY, *Ann. Journ. of Med. sc. fac.*, 1889. — MILLIGAN, *Brit. Med. Journ.*, 1892. — R. JOHNSON, *Clin. Soc. of London.*, 1893. — MACENTYRE, *Journ. of laryng.*, 1893. — LAMPHEAR, *New York Med. Journ.*, 1895. — SCHNITZLER, *Soc. des méd. de Vienne*, 1889. — EISENMENGER, Collège méd. de Vienne, 1894. — TAUBER, *Wratch.*, 1895. — LERMOYEZ, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1892. — LUC, *Arch. de laryng.*, 1892.

On constate alors qu'une des amygdales est bien plus grosse qu'à l'état normal et proémine considérablement dans le pharynx. La glande peut avoir conservé à peu près sa forme, et la muqueuse qui la recouvre ne présenter ni ulcération, ni trace d'envahissement.

Aussi, dans certains cas, a-t-on pu songer d'abord à une hypertrophie simple. Cependant deux signes doivent mettre immédiatement en défiance. La tuméfaction amygdalienne est unilatérale, ce qu'on ne voit jamais dans l'hypertrophie simple; et, d'autre part, une amygdale simplement hypertrophiée atteint rarement un pareil volume. D'ailleurs la tumeur n'est douloureuse, ni à l'exploration, ni spontanément. Au bout de peu de temps surviennent l'engorgement des ganglions du cou et l'ulcération de la tumeur. L'adéno-pathie cervicale, localisée tout d'abord aux ganglions sous-angulo-maxillaires ou carotidiens, gagne peu à peu le reste de la chaîne. Les ganglions, d'abord isolés, se fusionnent bientôt de façon à former une masse plus ou moins dure, assez mal limitée, englobant peu à peu les organes voisins. Il peut, à un moment donné, y avoir continuité entre le néoplasme amygdalien et la masse ganglionnaire. C'est que la tumeur amygdalienne, après une courte période de limitation, se diffuse elle-même et envahit de proche en proche les piliers du voile du palais et le voile lui-même, la paroi latérale du pharynx, et le tissu cellulaire péri-pharyngien. Cette masse sarcomateuse finit par prendre des proportions relativement énormes, rétrécit beaucoup l'isthme du gosier et diminue la cavité pharyngienne.

Mais déjà la tumeur s'est largement ulcérée, montrant une perte de substance à bords plus ou moins nettement découpés, à fond irrégulier et grisâtre. De ce fond s'élèvent parfois des masses bourgeonnantes, qui viennent faire saillie dans la cavité pharyngienne. Dans un cas de Desprès, cette pullulation était tellement rapide, qu'il était obligé de les enlever à l'aide d'une cuiller, faisant ainsi un véritable curage, pour rétablir la perméabilité du pharynx et permettre l'alimentation.

Des hémorragies surviennent, quand la tumeur s'est ulcérée; parfois peu abondantes, elles peuvent être d'une extrême gravité, quand un vaisseau important en est la source.

À cette période, les douleurs manquent rarement, et s'irradient vers la face, le cou, la nuque. Elles sont pourtant, d'une façon générale, moins vives que dans les cas de cancer. La gêne de la déglutition, la difficulté d'avaler la salive, l'impossibilité de parler d'une façon intelligible, sont les conséquences forcées de la tumeur pharyngienne.

L'évolution est rapide et la mort survient en quelques mois, par cachexie et généralisation, ou par hémorragie foudroyante, ou par œdème de la glotte.

Le pronostic du sarcome de l'amygdale est donc d'une extrême

gravité, et les efforts des chirurgiens sont encore plus stériles que pour le cancer du pharynx. Les interventions les plus larges et les mieux combinées sont pour ainsi dire toujours frappées d'insuccès, car la récurrence est la règle. La technique de ces interventions sera décrite un peu plus loin au chapitre du cancer. Il semble qu'elles procurent une survie plus longue. Dans tous les cas, c'est notre suprême et meilleure ressource, et il ne faut pas hésiter à tenter l'extirpation, toutes les fois que l'on peut encore la pratiquer.

Le sarcome de l'amygdale, au début, peut être confondu avec l'hypertrophie amygdalienne, et de fait, cette erreur a été commise. Indépendamment des considérations tirées du volume, de l'unilatéralité, de la présence de ganglions, il faut avoir recours dans les cas douteux à un examen histologique.

Cet examen lui-même peut induire en erreur, quand il ne montre pas les éléments caractéristiques du sarcome. Comme l'établit Luc, il ne faut pas se contenter de prélever un petit fragment superficiel; une prise profonde est nécessaire, si l'on veut rencontrer des cellules sarcomateuses bien reconnaissables.

Plus tard, c'est avec le lymphadénome qu'on doit discuter le diagnostic, et, comme le dit Pierre Delbet, il est certain qu'on a dû confondre plusieurs fois ces deux affections. Cependant on tiendra compte des éléments suivants.

Le lymphadénome de l'amygdale est bilatéral, il s'accompagne d'adénopathies multiples, non seulement des deux côtés du cou, mais encore dans toutes les régions ganglionnaires, d'une augmentation de volume de la rate. La marche est plus lente, les tumeurs amygdaliennes s'ulcèrent tardivement, les ganglions cervicaux ne se fusionnent point.

Le cancer de l'amygdale et le lympho-sarcome ont de si grandes analogies dans certains cas, que beaucoup d'auteurs les confondent dans une description commune.

Cependant, on remarquera que le cancer débute un peu partout dans le pharynx et le sarcome presque exclusivement au niveau de l'amygdale; que les jeunes sujets ne sont guère exposés au cancer, tandis que chez des adultes ou des vieillards on ne rencontre habituellement que des cancers, que l'évolution du sarcome est plus rapide, et la tumeur en général plus volumineuse, qu'en outre cette tumeur est moins dure, que ses bourgeons sont plus pâles, plus volumineux, moins consistants et moins saignants que ceux du cancer. Le traitement étant le même, dans les cas assez rares d'ailleurs où l'on ne pourra pas trancher la question, le malade n'en éprouvera aucun préjudice.

On a pu confondre avec des sarcomes de l'amygdale, des gommes, des inflammations liées à la présence de calculs et même des amygdalites phlegmoneuses, mais il est relativement facile d'éviter des erreurs de ce genre.

Cancer du pharynx (1). — On peut, pour ainsi dire, à sa guise, étendre ou restreindre le champ des cancers pharyngés. Il y a en effet une foule de cas qui naissent aux limites du pharynx et empiètent plus ou moins sur les organes avoisinants; ainsi les tumeurs qui se développent vers la base de la langue, ou les piliers du voile, ou dans la partie tout inférieure et empiètent sur l'œsophage, ou bien au pourtour de l'orifice supérieur du larynx. Il en résulte que ces tumeurs sont assez difficiles à classer. Nulle part dans l'économie cette difficulté ne se présente au même degré.

Aussi voit-on des cancers qui par leur siège sont véritablement dans le pharynx décrits sous le nom de cancers extrinsèques du larynx; d'autres font corps avec les cancers de l'œsophage, d'autres sont décrits tantôt avec les affections de la langue, tantôt avec celles du pharynx. Pour les cancers du voile, j'ai été amené à les décrire avec les autres tumeurs de cet organe, mais ils pourraient aussi rentrer dans la catégorie des cancers du pharynx. Enfin, les épithéliomas de l'arrière-cavité des fosses nasales, qui sont par le fait des tumeurs développées dans les limites anatomiques du pharynx, sont avec raison rapprochés des tumeurs malignes des fosses nasales, et décrits avec elles par la plupart des auteurs. On voit donc combien cette dénomination de cancer du pharynx est élastique. On peut à volonté, pour ainsi dire, la prendre dans un sens étendu ou restreint.

Nous nous occuperons surtout des épithéliomas de la portion moyenne du pharynx. Ceux du pharynx supérieur ont été déjà étudiés par Castex (2). Ceux du pharynx inférieur doivent être rapprochés des cancers de l'œsophage. Nous n'en dirons que ce qui nous paraît leur appartenir plus particulièrement.

Il n'y a pas bien longtemps que cette question intéresse les chirurgiens. Les épithéliomas primitifs du pharynx, considérés comme rares, n'étaient, dans les classiques, l'objet d'aucune description spéciale.

Mais depuis qu'on opère les tumeurs malignes du pharynx, cette étude a fait de grands progrès, et l'on commence à bien connaître les différentes formes de l'affection. Parmi les travaux importants publiés sur ce sujet, je citerai surtout l'excellent mémoire de Castex, ceux de Langenbeck, Kocher, Mikulicz, Iversen, et enfin le remarquable travail de Krönlein — basé sur 61 observations personnelles.

(1) POLAND, *British and foreign Med. chir. Review*, London, 1872. — RENDU, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1872. — PASSAQUAY, thèse de Paris, 1873. — PIERIN, thèse de Paris, 1879. — KOCHER, *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1880. — CASTEX, *Revue de chir.*, 1886. — MIKULICZ, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1886. — DERECCQ, thèse de Paris, 1886. — AXEL IVERSEN, *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1887. — PAILLARD, thèse de Paris, 1893. — LACOUR, thèse de Paris, 1897. — KRÖNLEIN, XXVI^e Congrès de la Soc. allemande de chir., avril 1897. — DURET, *Soc. des sc. méd. de Lille*, 1893. — JABOULAY, *Lyon médical*, 1896. — GUEPIN et RIPULT, *Gaz. des hôp.*, 1894.

(2) CASTEX, *Traité de chirurgie clinique*, t. V, 1897.