

pharyngien la palpation de la région angulo-maxillaire. Le doigt pharyngien doit toujours rechercher avec soin s'il ne sent pas battre la carotide interne, refoulée parfois en dedans par la collection purulente, phénomène qui pourrait en imposer pour un anévrysme. L'erreur inverse a aussi été commise et en décrivant les anévrysmes de la carotide interne, on dira que plusieurs fois, la tumeur ne battant pas ou les battements ayant été insuffisamment cherchés, le bistouri a été plongé dans une poche anévrysmale, d'où une hémorragie mortelle.

Marche. — Complications. — Pronostic. — Ces abcès ont une évolution en général aiguë et ils s'ouvrent souvent d'eux-mêmes, soit dans le pharynx, soit au cou vers l'angle de la mâchoire. La guérison alors est la règle. La mort par asphyxie est rare.

Outre les complications communes à tous les abcès péri-pharyngiens, telles que l'œdème de la glotte ou l'irruption du pus dans les voies aériennes, il faut signaler tout particulièrement les *ulcérations vasculaires*.

Les ulcérations vasculaires au contact des foyers purulents sont, en effet, observés ici avec une fréquence toute spéciale et on les trouve en général publiées sous le titre d'hémorragies au cours d'une angine. Or il semble bien que ces hémorragies, liées surtout aux adéno-phlegmons latéro-pharyngiens, soient absolument comparables à celles qui compliquent les autres adéno-phlegmons du cou. C'est donc dans ce chapitre général qu'on cherchera la plupart des renseignements, surtout sur l'étiologie et le rôle des pyrexies antérieures, et je me bornerai à mentionner ici quelques faits propres à la région maxillo-pharyngienne (1).

Quelquefois la carotide s'ulcère dans une poche purulente non rompue et il en résulte un anévrysme faux, battant dans le pharynx : une observation de ce genre a été publiée par Duke. Les battements ne sont peut-être pas toujours très nets et c'est ainsi sans doute qu'il faut expliquer la méprise de Chassaignac, incisant comme simple phlegmon un de ces anévrysmes faux : il répara, il est vrai, son erreur en liant avec succès la carotide primitive. Mais les faits analogues sont rares et d'ordinaire rien ne fait soupçonner l'ulcération vasculaire, jusqu'au jour où se produit dans le pharynx une hémorragie, tantôt foudroyante, tantôt à répétition, mais presque toujours mortelle dans un cas comme dans l'autre. Moizard, cependant, a enregistré une guérison après plusieurs hémorragies successives.

Le vaisseau ulcéré est soit la carotide ou la jugulaire internes, soit une branche de la carotide externe. Il serait important de porter le diagnostic du vaisseau lésé, de savoir, en particulier, si c'est la carotide interne ou une artère secondaire. *A priori*, on est porté à croire que les hémorragies médiocres, mais répétées, doivent provenir d'une petite artère : cependant on se souviendra que dans des cas de ce genre Pitts, Messiter, ont trouvé une perforation de la carotide interne.

Traitement. — Il faut ouvrir rapidement le foyer, dès que le pus est collecté.

(1) CHASSAIGNAC, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1859, t. X, p. 85, 86, 157, 219. — CAYTAN, *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, Paris, 1862, p. 500. — BOURGUET, *Gaz. des hôp.*, Paris, 1875, p. 875. — EHRMANN, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1878, nouv. série, t. IV, p. 664. — PITTS, *Saint-Thomas hosp. rep.*, London, 1882, nouv. série, t. XII, p. 151. — MONOD (Ch.), *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1882, nouv. série, t. VIII, p. 666. — MESSITER, *Lancet*, London, 1883, t. I, p. 61. — VERGELY, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1885-1886, t. XV, p. 445, 559, 569. — MOIZARD, *Journal de méd. prat.*, Paris, 1886, p. 547.

Cette ouverture a été souvent pratiquée par le pharynx, et certainement on peut avoir ainsi des succès, à la condition de bien déterminer tout d'abord la position exacte du paquet vasculo-nerveux : sans quoi on est exposé à ouvrir la carotide ou la jugulaire, refoulées en dedans par l'abcès. On peut donc se mettre à l'abri de cette grave complication opératoire : mais il reste l'objection majeure que très souvent cette ouverture est insuffisante, que toujours elle est aveugle. Aussi, pour les abcès latéro-pharyngiens ai-je coutume de toujours inciser par l'extérieur, parallèlement au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, comme pour tout adéno-phlegmon carotidien : on est, en effet, en présence d'un adéno-phlegmon carotidien supérieur. C'est pour cela que, malgré les critiques que cette opinion a soulevées de la part d'un médecin, je maintiens que pour le chirurgien il est utile de décrire séparément l'adénophlegmon rétro-pharyngien, prévertébral, et l'adénophlegmon latéro-pharyngien ou carotidien supérieur. Sans doute, si on les laisse évoluer sans intervenir, ils arrivent souvent à se superposer, le premier gagnant sur le côté et le second fusant en arrière, mais à l'origine ils doivent être traités différemment.

En cas d'hémorragie, il serait important de reconnaître exactement la source du sang, de façon à lier suivant le cas la carotide externe (1) ou la carotide primitive. Mais ce diagnostic étant en général impossible, il vaut mieux, dans le doute, lier d'emblée la carotide primitive, conduite qui a donné quelques succès, par exemple à Chassaignac, à Ehrmann, à Pepper. D'ailleurs, vu la largeur des anastomoses intra-crâniennes, on ne s'étonnera pas que la ligature même de la carotide interne en amont de la perforation puisse se montrer insuffisante.

Tout récemment, H. Clutton (2) a guéri un malade en lui liant à la fois la carotide primitive et les deux secondaires.

3° ABCÈS ANTÉRO-PHARYNGIENS.

Je ne ferai que signaler ces abcès, situés entre le pharynx et la face postérieure du larynx ; ils sont encore mal décrits et succéderaient surtout à des inflammations laryngiennes.

Leurs signes fonctionnels ressemblent beaucoup à ceux des abcès rétro-pharyngiens inférieurs. L'œdème de la glotte y est relativement fréquent. Le toucher permet de déterminer le siège exact de la collection et d'établir ainsi le diagnostic.

L'incision ne peut guère être faite qu'avec un instrument à pointe recourbée, guidé sur l'index.

C. — PHLEGMON DIFFUS PÉRI-PHARYNGIEN

Dans quelques cas, heureusement rares, le phlegmon diffus s'empare du tissu conjonctif péri-pharyngien et de là envahit les divers plans du cou tandis que, de haut en bas, il gagne le médiastin.

Ces phlegmons diffus, contre lesquels la chirurgie est désarmée et auxquels, dès lors, je ne consacrerai que quelques lignes, peuvent être spontanés ou compliquer les opérations pratiquées sur le pharynx.

(1) STOUFY, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, Paris, 1896, t. XXVIII, p. 177.

(2) CLUTTON (H.), Société royale médico-chirurgicale de Londres, 25 mai 1897.

Les phlegmons non traumatiques sont probablement des infections d'origine pharyngienne, analogues par conséquent aux angines, mais d'une septicité extrême. L'infiltration purulente, sans foyers collectés, entoure le pharynx et le larynx et tue généralement par asphyxie avec une grande rapidité. Des observations, toutes terminées par la mort, ont été publiées par Senator, Masséi, Merklen, etc. (1).

III

CALCULS DE L'AMYGDALE

Les cryptes amygdaliennes renferment quelquefois des concrétions calculeuses (2) sur l'origine desquelles on a discuté, et l'on a prétendu qu'elles se formaient dans les glandes salivaires de la muqueuse; mais l'existence de ces glandes est aujourd'hui contestée. Ces calculs sont presque tous constitués de carbonate et de phosphate de chaux; on cite cependant un calcul de cholestérine observé par Meckel. Leur forme est variable; elle était branchue en corail dans un cas de Yearsley. Plusieurs pierres ont été vues dans une amygdale par Souquet. L'unilatéralité est la règle.

C'est à l'occasion d'une angine, dont il est la cause, que l'on découvre le calcul amygdalien, mais cette angine revêt des formes cliniques fort variées. Tantôt elle aura, simple ou phlegmoneuse, les allures d'une angine aiguë ordinaire. Tantôt, et c'est la règle, elle sera remarquable par des répétitions incessantes, se reproduisant pendant des années, avec gonflement intense et dyspnée grave, jusqu'au jour où le calcul est expulsé ou extrait: un malade de Wilson (de Beith) a souffert de la sorte pendant vingt années de son existence. Ou bien l'attention sera attirée par des accidents chroniques: ici un picotement constant à la gorge avec une toux continuelle pouvant faire craindre un début de phtisie; là une induration chronique avec hypertrophie de l'amygdale capable d'en imposer pour un cancer.

Tous ces accidents sont de longue durée, et si bien des sujets sont assez âgés lorsqu'ils viennent consulter, la plupart d'entre eux étaient jeunes lorsque les symptômes ont débuté.

Ces signes fonctionnels et inflammatoires n'ont rien de caractéristique et le diagnostic ne sera établi que lorsque le calcul sera accessible à la vue et au toucher par l'orifice des cryptes. On verra une masse blanche, qu'on pourrait prendre pour du smegma amygdalien, erreur vite évitée si l'on songe à toucher cette tache avec le doigt ou un stylet. Lorsque le calcul est invisible, la dureté pierreuse de l'amygdale le fera quelquefois soupçonner.

Le diagnostic n'est important qu'à un seul point de vue: lorsqu'un calcul est caché dans une amygdale hypertrophiée qu'on veut amputer, une fois calmés

(1) SENATOR, *Berl. klin. Woch.*, 1888, p. 77. — MERKLEN, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1890, p. 845. — CULOT, *Ibid.*, p. 882. — SAUVINEAU, *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 105. — DUDEFOY, Thèse de doct. de Paris, 1892-1893, n° 415. — PRZODBORSKI, *Monatschr. für Ohrenh.*, août et sept. 1896, n° 8 et 9.

(2) TERRILLON, *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1886, t. II, p. 126. — LANGE, *Deutsche Zeit. f. Chir.*, Leipzig, 1894, t. XXXIX, p. 87. — COSTET, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 242.

les accidents inflammatoires. Dans ces conditions, en effet, il est arrivé au chirurgien de briser l'amygdalotome, ce dont il peut résulter des ennuis.

Le traitement est des plus simples: on extrait le calcul après incision de l'amygdale, et, cela fait, la guérison est définitive.

IV

SYPHILIS DE LA GORGE

La syphilis à ses trois périodes a des localisations gutturales qui intéressent le chirurgien soit pour leur diagnostic, soit pour le traitement de leurs conséquences.

J'envisagerai donc successivement le chancre, la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire (1).

A. — CHANCRE

A part d'assez nombreuses observations isolées, je citerai sur le chancre de la gorge en général et de l'amygdale en particulier, les travaux suivants:

DIDAY, Étude sur le chancre de l'amygdale. *Mém. et comptes rendus de la Soc. de méd. de Lyon*, 1861-1862, t. I, p. 45. — TAYLOR, Chancre of the tonsil. *Med. record*, New-York, 1884, t. I, p. 595, et *Boston med. Journal*, 1884, t. CX, p. 557. — LE GENDRE (P.), Contribution au diagnostic du chancre syphilitique de l'amygdale. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1884, t. I, p. 63 et 292. — DIEULAFOY, Le chancre de l'amygdale. *Sem. méd.*, 1895, p. 157. — A. FOURNIER, Les chancres extra-génitaux, Paris, 1897, p. 159.

Siège et étiologie. — Le chancre syphilitique peut siéger en n'importe quel point de la gorge, et par exemple Barthélemy, Haslund (2), l'ont vu sur le pilier antérieur. Mais son lieu d'élection est l'amygdale, dont les cryptes sont toutes prêtes à emmagasiner le virus. Autrefois, Cullerier a nié l'existence de ce chancre; il suffit de rappeler ces débats, aujourd'hui clos par l'affirmative. Peut-être même est-ce une localisation plus fréquente qu'on ne le croit, mais souvent le patient ne s'occupe pas de ce qu'il prend pour un mal de gorge vulgaire. Ce chancre est surtout presque toujours méconnu chez les nourrissons, auxquels il est communiqué par des plaques muqueuses du mamelon.

Sur l'étiologie proprement dite et en particulier sur les discussions relatives au *coût ab ore*, je n'aurais qu'à répéter ce que j'ai dit des chancres labial et lingual. Ricord, Rollet ont admis — en l'expliquant par un contact absolument direct — la plus grande fréquence du chancre amygdalien chez la femme; mais les relevés de Desnos, de Paul Le Gendre ne confirment pas cette donnée.

Symptômes et diagnostic. — Le chancre amygdalien est le plus souvent unique, mais pas toujours; chez des malades de Rizat, Rollet, Mauriac, il était bilatéral.

(1) CARBONNIER, *Étude de l'angine syphilitique aux trois périodes*. Thèse de doctorat de Lyon, 1895-1894, n° 897.

(2) BARTHÉLEMY, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1880, p. 316. — HASLUND, *Hosp. Tid.*, 1885, d'après *Revue des sc. méd.*, Paris, 1886, t. XXVII, p. 742.