

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 contagement 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.

L'amygdale atteinte est grosse, dure, comme cartilagineuse, recouverte d'une muqueuse lisse, luisante, sur laquelle, outre quelques exulcérations, on aperçoit le chancre. Tantôt, ce sera une simple érosion indurée; tantôt une ulcération profonde, anfractueuse, à fond pultacé. Autour, la muqueuse est rouge, œdémateuse même. Souvent, comme pour le chancre lingual, l'adénopathie sous-maxillaire est assez volumineuse.

Ainsi, il y a une réaction inflammatoire notable, et même un léger état fébrile est de règle et il en résulte quelques troubles fonctionnels, une douleur presque toujours modérée mais pouvant aller jusqu'à l'otalgie⁽¹⁾, un peu de gêne de la déglutition, du nasillemeut, une légère dureté de l'ouïe.

Quelquefois l'inflammation est très intense, constitue une véritable complication, aboutit à la gangrène, et c'est ainsi que ce chancre devient parfois, mais très rarement, phagédénique. Dans ces conditions, les signes locaux et généraux sont avant tout ceux de l'angine gangréneuse.

Sauf cela, le pronostic local est très bénin, la cicatrisation rapide.

Lorsque l'ulcération a son aspect typique, avec son adénopathie caractéristique, on ne s'y trompe guère. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et les erreurs de diagnostic ne sont pas rares. La confusion avec l'épithéliome est celle qui intéresse le plus le chirurgien; j'en parlerai quand l'épithéliome nous sera connu. La ressemblance avec l'angine diphtérique peut être grande, nous apprend P. Le Gendre; mais on sait maintenant en établir le diagnostic par la bactériologie. Une observation de Laboulbène et Brocq nous prouve qu'on peut croire à une angine gangréneuse jusqu'au moment où apparaissent les accidents secondaires.

Traitement. — Le traitement local n'est de mise qu'en cas de complications, de gangrène surtout, cas auquel ce sera celui de l'angine gangréneuse.

B. — SYPHILIS SECONDAIRE

Je ne ferai que nommer l'angine érythémateuse ou roséole gutturale, les plaques muqueuses; ces lésions ne concernent guère que le médecin. Il nous suffit de savoir que pour les plaques muqueuses le traitement local par les attouchements à la teinture d'iode, au nitrate d'argent doit, si la lésion est intense, venir en aide à la médication générale. Pour les cas rebelles, même, on fera quelques cautérisations au nitrate acide de mercure.

L'*hypertrophie syphilitique des amygdales* nous arrêtera un peu plus. A peu près constante, elle présente plusieurs variétés que nous ont fait connaître V. Tanturri, Martellière, V. Cornil, Martineau, Hamonic, Mauriac⁽²⁾.

C'est d'abord une hypertrophie indépendante de toute autre lésion, véritable « bubon amygdalien » comparable, dit V. Tanturri, aux adénopathies secondaires, dont V. Cornil nous apprend, d'autre part, qu'il se rapproche par son processus histologique. Cette hypertrophie, fréquente surtout chez les sujets lymphatiques, a coutume d'être bilatérale, mais asymétrique. Elle s'accompagne

⁽¹⁾ J. FERRO a décrit, sous l'inspiration de Dieulafoy, la *forme douloureuse ou angineuse* du chancre de l'amygdale. (Thèse de doct. de Paris, 1896-1897, n° 564).

⁽²⁾ Voy. sur ce sujet V. CORNIL, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1881, p. 211. — GILLES, Thèse de doct. de Paris, 1882, n° 192. — P. HAMONIC, *Ann. de dermat.*, Paris, 1882, p. 395 et 462.

d'engorgement des ganglions cervicaux. Tantôt, elle se termine rapidement par résolution, tantôt elle passe à la chronicité, tantôt enfin l'amygdale hypertrophiée est envahie par des plaques muqueuses.

Les plaques muqueuses peuvent d'ailleurs être le fait initial et se compliquer d'hypertrophie. Mais à la période d'état ces deux variétés se confondent. Elles se caractérisent l'une comme l'autre par un gonflement souvent intense; il n'est pas rare que les amygdales se touchent par leurs extrémités supérieures, s'exulcèrent en ce point de contact et de là une réaction inflammatoire notable. Si bien même que Féréol⁽¹⁾ a vu ces ulcérations devenir gangréneuses.

Ce n'est pas dans ces conditions seulement que l'hypertrophie syphilitique se complique de poussées inflammatoires; elle prédispose aux diverses angines aiguës et même, d'après des observations d'Hamonic, au phlegmon péri-amygdalien. C'est analogue à ce que j'ai dit, d'après A. Verneuil, A. Fournier, sur le rôle de la syphilis dans l'étiologie des abcès rétro-pharyngiens.

Lorsque l'amygdale, couverte de plaques muqueuses, est volumineuse, enflammée, cause de la douleur, de la dysphagie, de la dyspnée, un traitement local est nécessaire. Faut-il alors se borner à des cautérisations, ou vaut-il mieux pratiquer sans hésitation l'amygdalotomie? On a objecté à cette opération la crainte de l'hémorragie, la possibilité que la plaie se transformât en ulcération syphilitique, mais V. Cornil l'a faite bon nombre de fois sans avoir eu à le regretter.

C. — SYPHILIS TERTIAIRE

Anatomiquement, les lésions de la syphilis tertiaire sont toujours le résultat d'infiltrations scléro-gommeuses. Mais, en clinique, il faut, jusqu'à un certain point, décrire séparément les ulcérations et les gommeuses, ces dernières pouvant être, à leur tour, circonscrites ou diffuses.

1° Amygdale. — A l'amygdale, les lésions tertiaires sont relativement rares.

Les ulcérations, consécutives ou non à une gomme circonscrite, occupent l'amygdale en partie seulement ou en totalité. On peut les confondre avec le chancre: des faits de Launois et Duguet, de Le Gendre en font foi; d'ordinaire toutefois, le chancre est moins profond, provoque autour de lui une rougeur diffuse, engorge les ganglions. Je parlerai plus loin du diagnostic, plus important, avec la tuberculose et surtout avec l'épithéliome.

2° Voile du palais. — Les lésions ulcéreuses, rares à la face buccale du voile, sont au contraire la forme usuelle de la syphilis tertiaire, héréditaire ou acquise, de sa face supérieure; il en est de même pour toute la cavité naso-pharyngienne⁽²⁾. Ces ulcérations sont torpides, provoquent un peu de surdité quand elles entourent l'orifice de la trompe d'Eustache, un coryza persistant avec envies fréquentes de se moucher et de cracher. Dans ces conditions, il faut pratiquer tout de suite l'examen rhinoscopique et instituer un traitement immédiat. Sans quoi, on sera surpris soit par une échancrure du bord postérieur du voile, soit par une perforation. Cette perforation est annoncée par une tache rouge de la face inférieure en regard de l'ulcération supérieure; mais

⁽¹⁾ FÉREOL, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1881, p. 285.

⁽²⁾ MAURIAC, *Union méd.*, Paris, 1876, t. XXII, et 1877, t. XXIII, passim.

quand on constate ce symptôme, il est en général trop tard pour éviter la perte de substance.

Les gommes circonscrites, sous forme de tumeurs d'abord dures, enchâssées dans le voile, puis ramollies et ulcérées, sont rares. Presque toujours l'infiltration gommeuse revêt ici la forme diffuse⁽¹⁾, et l'on voit, sans tumeur limitée, une tuméfaction diffuse, rouge framboise, vernissée, d'une partie plus ou moins considérable du voile qui, épaissi, induré, rigide, insensible, reste immobile pendant les explorations. Mais cette période n'est que rarement observée; malheureusement, car à ce moment le traitement général est tout puissant. C'est que l'indolence est à peu près absolue, l'insidiosité remarquable; c'est à peine si la voix avait été légèrement nasillarde avant que ne survienne, avec une brusquerie étonnante, la fonte moléculaire des parties infiltrées; et tout d'un coup un sujet qui ne se croyait pas malade, se met à nasiller atrocement, à rendre par le nez les liquides qu'il cherche à déglutir. Si l'on examine alors la gorge, on y voit les échancrures, les perforations, les divisions en rideaux et même les pertes de substance plus ou moins étendues décrites dans une autre partie de ce traité⁽²⁾.

Au début, avec tout cela existent des ulcérations dont les caractères objectifs sont ceux des ulcérations gommeuses. Puis peu à peu, surtout si un traitement spécifique est institué, la cicatrisation se fait, mais les perforations restent définitives. Leur guérison, possible seulement pour les très petites⁽³⁾, est trop exceptionnelle pour qu'on puisse y compter. Il persiste encore des cicatrices vicieuses, des adhérences, des rétrécissements.

Chez quelques sujets, l'inflammation se met de la partie, d'où des accidents d'angine, sans fièvre il est vrai, mais avec douleur légère, ptyalisme, dureté de l'ouïe. Par exception, les choses vont plus loin, la muqueuse infiltrée se sphacèle, et de là du phagédénisme, avec une ulcération étendue, sanieuse, diphtéroïde, envahissante (A. Fournier, Lancereaux).

La gomme diffuse n'aboutit pas toujours à la fonte ulcéreuse; quelquefois elle évolue vers la sclérose, par un processus analogue à celui qu'on rencontre au rectum. De ces lésions, qui occupent surtout les piliers postérieurs et les parois du naso-pharynx, il résulte un rétrécissement supérieur de cette cavité, rétrécissement sur lequel A. Guérin et son élève Machon⁽⁴⁾ ont attiré l'attention.

5° Pharynx. — Au pharynx, le pharynx nasal mis à part, la gomme circonscrite est la lésion la plus fréquente. Elle occupe de préférence la paroi postérieure et il n'est pas rare qu'elle s'accompagne de lésions des corps vertébraux⁽⁵⁾, ainsi que le fait a été constaté par Lagneau et Gibert, par Mathias. Cela n'empêche d'ailleurs pas la guérison, et même un malade de W. Ogle⁽⁶⁾ a expulsé un séquestre sans aucune complication. Mais aussi la moelle épinière peut être mise à nu, et si un patient de Hobbs a guéri d'accidents paralytiques de cette cause, celui de J. Franck a succombé. Dans un cas de Morell-Mac-

⁽¹⁾ A. FOURNIER, *Mouvement méd.*, Paris, 1874, p. 261, 277, 309, 345. — MEUNIER, Thèse de doct. de Paris, 1882, n° 56.

⁽²⁾ Voy. t. IV, p. 719.

⁽³⁾ CRUET, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Paris, 1878, p. 520.

⁽⁴⁾ MACHON, Thèse de doct. de Paris, 1874, n° 156.

⁽⁵⁾ De même Delpech a vu une lésion intéressant l'apophyse basilaire.

⁽⁶⁾ W. OGLE, *Med.-chir. transact.*, London, 1872, p. 159.

kenzie⁽¹⁾, une hémorragie due probablement à l'ulcération de la vertébrale a été mortelle.

Au reste, même sans lésion osseuse, des gommes sont capables d'ulcérer soit la carotide interne, soit une branche de la carotide externe, et H. Mayo, Lasègue et Landrieux, Viard⁽²⁾ ont enregistré des décès par hémorragie.

On a discuté pour savoir si la lésion vertébrale était primitive ou secondaire à l'ulcération des parties molles. D'après nos connaissances actuelles sur les allures générales de la vérole, nous devons les considérer comme primitives.

De même, les gommes de la paroi cricoïdienne du pharynx sont probablement dues, assez souvent au moins, à une péri-chondrite syphilitique. Ces gommes s'accompagnent volontiers d'une ulcération semblable de la paroi postérieure, en regard d'elles, et il en résulte, après cicatrisation, une forme spéciale de rétrécissement.

Traitement. — Sauf pour la sclérose naso-pharyngienne diffuse, le traitement général classique est d'une grande efficacité. Il fait résorber à merveille les infiltrations du voile. De son administration précoce dépend donc le pronostic.

A la période d'ulcération, il sera bon de recourir en même temps à des applications locales; A. Fournier recommande les atouchements à la teinture d'iode; Ch. Lailier préconise les cautérisations au chlorure de zinc pour arrêter les ulcérations destructives.

Après cicatrisation, il reste des adhérences vicieuses, des rétrécissements contre lesquels le traitement de la syphilis est devenu impuissant et qu'il faut traiter chirurgicalement.

V

TUBERCULOSE

Depuis le commencement de notre siècle, et surtout depuis les descriptions de Travers, Arnal, Hamilton (de Dublin), Bazin, on a commencé à étudier les angines ulcéreuses chroniques et on en a attribué une bonne part à la scrofule. Plus récemment, surtout sous l'impulsion d'Isambert, on a isolé une autre forme, l'angine tuberculeuse. De nos jours, on pense que scrofule et tuberculose sont dues au même agent, sont des formes différentes d'une même infection, et nous ne pourrions que répéter pour le loup des muqueuses ce que nous avons dit pour le loup de la peau.

La description de ces lésions sera très sommaire, car elles ne sont chirurgicales que par leur diagnostic et leurs reliquats.

Passés donc sous silence les petites *granulations profondes de l'amygdale*; Strassmann⁽³⁾ nous apprend qu'on en rencontre souvent à l'autopsie des phtisiques, mais elles n'aboutissent que rarement à une lésion ulcéreuse digne de mention⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ M. MACKENZIE, *Trans. of the path. Soc. of London*, 1869, t. XX, p. 285.

⁽²⁾ LANDRIEUX, *Arch. gén. de méd.*, 1874, t. II, p. 608, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 556. — VIARD, Thèse de doct. de Paris, 1886-1887, n° 78.

⁽³⁾ STRASSMANN, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, Berlin, 1884, t. XCVI, p. 519.

⁽⁴⁾ BAGINSKY, *Berliner klin. Woch.*, 1887, p. 891. — TUSSAU, *Lyon médical*, 22 avril, 1894, t. LXXV,