

Parmi les *ulcérations tuberculeuses* (1), il suffira de nommer la forme aiguë, presque toujours liée à une granulie promptement mortelle. La forme chronique, dont l'ulcère a les mêmes caractères objectifs que l'ulcère tuberculeux de la langue, ne nous arrêtera guère davantage, car elle est exceptionnellement primitive et presque toujours est due à l'extension de lésions semblables du larynx, quelquefois à la suite d'une nécrose du cricoïde. Il va sans dire que, dans une forme comme dans l'autre, la dysphagie est une cause de plus pour que le malade se débilité et succombe rapidement. Le traitement opératoire est nul, mais on peut agir par des topiques locaux à la morphine et à l'iodoforme, par des attouchements à l'acide chromique ou à l'acide lactique, à la teinture d'iode, à la glycérine phéniquée et iodoformée. Certes, on ne doit compter que sur un résultat palliatif, pour calmer les douleurs surtout; mais de temps à autre on enregistre une cicatrisation.

L'*angine tuberculeuse atténuée* ou scrofuleuse, encore appelée *lupus de la gorge* (2), est tantôt secondaire à un lupus de la face et des fosses nasales, tantôt primitive. Je vais insister un peu plus sur sa description, pour montrer ses analogies et ses difficultés de diagnostic avec les lésions syphilitiques.

C'est par l'étude des angines scrofuleuses secondaires qu'on peut arriver à saisir le mode de début des lésions, si l'on a soin d'examiner souvent la gorge de tous les lupiques qu'on soigne.

Cette lésion élémentaire varie suivant les cas. C'est parfois un érythème livide, violacé, occupant surtout les piliers, dont la muqueuse est soit luisante et sèche, soit granuleuse, présentant même des points opalins, sortes de plaques muqueuses scrofuleuses d'après l'expression d'Homolle. Ailleurs on voit des élevures isolées, une hypertrophie rapidement considérable qui envahit la muqueuse et prend un aspect mûriforme ou bourgeonnant; ailleurs l'ulcération est le fait dominant et elle succède quelquefois à des pustules miliaires.

La même lésion élémentaire existe dans le *lupus primitif*; l'élément pustuleux y semble seulement plus important.

A la période d'état, l'affection se présente sous deux formes principales :

Dans l'une, la région malade est d'un rouge vineux, mamelonnée, quelquefois hypertrophiée avec des érosions plutôt que de vraies ulcérations. Mais l'érosion progresse peu à peu, échançant le voile comme un lupus cutané rongé l'aile du nez. Les piliers sont envahis, les postérieurs surtout qui, tuméfiés et granuleux, se fusionnent de bas en haut avec la paroi postérieure, également granuleuse, du pharynx. En même temps peuvent évoluer des pustules, d'où des perforations, des incisures du voile.

Dans l'autre, le fait clinique dominant est l'ulcération, précédée de pustules, ou due à une sorte de fonte moléculaire rapide. Au voile du palais, les échancreures, perforations, divisions en rideaux, sont analogues à ce qu'elles sont dans la syphilis tertiaire. Les adhérences des piliers postérieurs du pharynx sont plus rares que dans la forme précédente. Au pharynx, on voit des ulcérations à contours arrondis ou irréguliers, à bords souvent à pic, à fond quelquefois bourgeonnant, ordinairement jaunâtre, atonique. Les amygdales sont parfois ulcérées, mais jamais seules. L'épiglotte est souvent atteinte en même temps.

p. 541. — RUGE, *Arch. für path. Anat. u. Phys.*, Berlin, 1896, t. CXLIV, fasc. 5, p. 451. — SACAZE, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1894, t. I, p. 54.

(1) H. BARTH, Thèse de doct. de Paris, 1880, n° 81.

(2) HOMOLLE, Thèse de doct. de Paris, 1875, n° 40.

Les signes fonctionnels sont d'abord légers. L'indolence est surtout remarquable dans le lupus consécutif à un lupus facial; souvent une cicatrice est constatée à l'insu des malades, et sans souffrances on peut voir survenir des destructions considérables. Dans le lupus primitif, l'indolence est moins constante et dans les antécédents on trouve assez souvent, d'après Bazin, Desnos, Homolle, des angines successives, nettes, aiguës même; mais à l'ordinaire il y a seulement un peu de gêne, exagérée par la déglutition ou les contacts irritants. Les troubles de la déglutition, de la phonation sont dus surtout aux mutilations, et on peut les voir éclater brusquement, comme dans la syphilis. Lailler, Bryk ont noté des troubles graves de l'ouïe.

On le voit, le tableau clinique ressemble beaucoup à celui de la syphilis. Certes, presque tous les sujets sont jeunes, portent d'autres lésions strumeuses, un lupus facial en particulier. Mais tout cela ne peut-il pas relever de la syphilis héréditaire tardive? Et d'après J.-N. Mackenzie (1), la vérole est ainsi responsable de la plupart des lupus de la gorge. Si l'on tient compte de la possibilité de l'hérédité tuberculeuse, de l'évolution concomitante ou ultérieure d'autres lésions bacillaires, on est porté à croire que l'auteur américain exagère, mais il faut avouer que l'aspect des lésions ne permet pas de trancher la question. Le traitement lui-même n'est pas une pierre de touche certaine, car il est des syphilis qui guérissent par les toniques, et des scrofules où l'iode est le meilleur médicament : en cas de doute, donc, on prescrira l'iodure de potassium et l'on ne craindra pas de lui joindre le mercure. L'intérêt pratique de cette discussion n'est par conséquent pas très grand, au point de vue du traitement de l'angine. Mais après guérison, il persiste des cicatrices radiées du pharynx, des adhérences vicieuses du voile du palais : pour certains auteurs ce sont là des stigmates certains de syphilis, et, à défaut d'autres commémoratifs, ils permettent d'affirmer la vérole. Cela peut donc avoir une importance réelle pour le diagnostic et par conséquent pour le traitement d'une lésion chirurgicale ultérieure. Aussi ai-je cru devoir montrer qu'il est prudent de rester quelquefois sur la réserve.

VI

ADHÉRENCES DU VOILE DU PALAIS ET RÉTRÉCISSEMENTS DU PHARYNX

Les adhérences du voile du palais et les rétrécissements du pharynx sont le résultat des diverses lésions traumatiques, gangreneuses et ulcéreuses que j'ai étudiées jusqu'à présent. La plupart du temps, même, elles en sont la conséquence la plus chirurgicale et tandis que l'étude des angines ulcéreuses est due surtout aux médecins, nous nous retrouvons, pour ces rétrécissements, en présence de travaux signés surtout par des chirurgiens, ainsi qu'on s'en convaincra en parcourant les indications suivantes :

PAUL (H.-J.) (de Breslau), De l'adhérence du voile du palais à la paroi postér. du pharynx. *Arch. für klin. Chir.*, t. VII, p. 199, trad. in *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1865, t. II, p. 422 (bibl.). — GUÉRIN (A.), Rétr. syphil. du pharynx. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1875, 3^e série, t. II, p. 44. — VERNEUIL (A.), Adhérence du voile du palais à la paroi postér. du pharynx. *Ibid.*,

(1) J.-N. MACKENZIE, *Amer. Journal of the med. sc.*, Philadelphie, 1880, t. LXXX, p. 521.

1876, nouv. série, t. II, p. 508 et 514. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.), Oblit. complète du pharynx à sa partie supér. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1876, p. 88. — SCHECH, Ueber Stenosing des Pharynx, etc. *Deutsches Arch. f. klin. Med.*, Leipzig, 1876, t. XVII, p. 259. — CHEEVER, Syphilitic constriction of the pharynx. *Boston med. and surg. Journal*, 1878, t. XCIX, p. 649. — SCHWEBISCH, De l'adhérence du voile du palais au pharynx. Thèse de doct. de Paris, 1880, n° 69. — LANGREUTER, Ueber syph. Pharynx-Strikturen. *Deutsches Arch. für klin. Med.*, Leipzig, 1880, t. XXVII, p. 325 (bibl.). — HEYMANN (P.), Vorstellung eines Falles von vollständiger symmetrischer Verschmelzung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand. *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 575, 589 et 401. — LUBLINSKI (W.), Ueber syphilitische Pharynx-Strikturen. *Berl. klin. Woch.*, 1885, p. 561 et 506. — PAULY, Zur Entstehung der ringförmigenluetischen Pharynx-Strikturen. *Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1884, p. 276. — CADIER, Pharyngite scrofuleuse; cloisonnement et oblitération de l'orifice naso-pharyngien. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1885, t. XI, p. 5. — HOFMANN, Ein dreifach getheilter Pharynx. *Deutsche med. Woch.*, Leipzig, 1885, n° 28, p. 489. — JACOBSON (A.), Ueber syphilitischen Narbenstrikturen des Schlundes. *Arch. für klin. Chir.*, Berlin, 1892, t. XLIII, p. 571. — CARTAZ, La soudure complète du voile du palais et du pharynx. *Arch. int. de laryng.*, Paris, 1895, t. VI, p. 65. — P. HEYMANN, *Handb. der Laryng. und Rhinol.*, t. II, p. 446, Vienne, 1897.

Étiologie. — Je ne recommencerai pas à énumérer ici les diverses causes de gangrène, d'ulcération : je répéterai seulement que presque toujours la cause première est soit la syphilis, soit la scrofule, et pour l'action étiologique de la scrofule — franchement admise par Czermak, Bryk, Constantin Paul, Homolle, U. Trélat et Schwebisch — je rappellerai la discussion résumée dans le paragraphe précédent. Un cas d'Albertin concerne une angine variolique (1).

Variétés anatomiques et symptômes. — Quel que soit leur siège, les rétrécissements résultent soit d'une cicatrice rétractile consécutive à une ulcération, soit, dans le cas de syphilis, d'une sclérose diffuse analogue à celle du syphilome ano-rectal. J'ai déjà mentionné cette dernière variété, à peu près réservée au naso-pharynx.

Pour les adhérences vicieuses, on admet en général avec H. Paul (de Breslau) qu'elles exigent la division préalable du voile dont un lambeau, devenu flottant, est appliqué par le courant d'air respiratoire contre le pharynx ulcéré auquel il se soude. Mais Homolle conteste que cette condition soit indispensable et, à son sens, la lésion peut très bien être produite par une cicatrisation angulaire avec rétraction de proche en proche.

Ces rétrécissements et adhérences peuvent porter soit sur l'isthme du gosier, soit sur le naso-pharynx, soit sur le pharynx inférieur (2) :

1° Le rétrécissement de l'isthme, dû au rapprochement quelquefois extrême des piliers antérieurs, est exceptionnel; il a été observé par Bazin, Becker, Fielder. Son seul symptôme particulier est la dysphagie.

2° Le rétrécissement inférieur (3), décrit d'après les faits de Trendelenburg, Schech, Lublinski, est rare. Dans une première variété, il enserre l'épiglotte dans un entonnoir plus ou moins étroit allant de la base de la langue à la paroi postérieure du pharynx, et dès lors à la dysphagie, parfois extrême, se joint une dyspnée grave, mortelle même. La dysphagie est aussi prononcée, mais la dyspnée est moins à craindre dans la seconde variété où la sténose siège en regard de la face postérieure du cricoïde.

3° Le rétrécissement naso-pharyngien est déjà étudié (t. IV, p. 719).

(1) ALBERTIN, *Prov. méd.*, 26 août 1895.

(2) Voy. encore les articles de COUÉTOUX, *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, Paris, oct. 1895, p. 856. — LICHTWITZ, *Ibid.*, août 1894, p. 815. — LIEVEN, *Münch. med. Woch.*, 1895, n° 21, p. 489. — BRINDEL, *Revue hebdom. de laryngol.*, Bordeaux, 2 mai 1896.

(3) Consultez MESNY, Thèse de doct. de Bordeaux, 1895-1894, n° 40.

4° Ces diverses formes s'associent souvent de façons diverses et de là des symptômes sur lesquels il est inutile d'insister.

Diagnostic. — Le diagnostic s'établit par l'analyse des symptômes fonctionnels, par l'inspection, par le toucher. On pratiquera avec soin, dans les limites du possible, l'examen rhinoscopique antérieur et postérieur, l'examen du pharynx inférieur avec le miroir laryngoscopique. De la sorte on arrivera à déterminer exactement le siège des lésions, l'étendue et la résistance des cicatrices ; on s'assurera s'il y a encore des ulcérations en activité.

L'étude des commémoratifs conduit au diagnostic de la cause. Mais quand on sera remonté ainsi à une angine ulcéreuse chronique, on restera souvent dans le doute entre la scrofule et la syphilis.

Pronostic. — Ces diverses lésions, abandonnées à elles-mêmes, sont incurables; traitées chirurgicalement, elles sont d'ordinaire très rebelles, et l'on doit s'estimer heureux si l'on obtient un résultat palliatif. Le pronostic est donc sérieux. Il est même grave pour les rétrécissements de l'isthme, à cause de la dysphagie, et plus encore, en raison de la dyspnée, pour les rétrécissements inférieurs. Pour ces derniers, la mort n'est pas rare.

Traitement. — Tant qu'il existe des ulcérations, on les traitera par des topiques locaux ou par une médication générale, selon leur nature. Localement, on tâchera de diriger la cicatrisation pour la rendre aussi peu vicieuse que possible, mais les résultats obtenus de la sorte sont à peu près insignifiants.

Le traitement curatif ne sera entrepris qu'après achèvement de la cicatrisation. Il est absolument indiqué pour les rétrécissements antérieurs et inférieurs, qui en effet compromettent la vie. On doit alors pratiquer des débridements pour créer un orifice suffisant qu'on entretient ensuite dilaté par le cathétérisme avec des instruments spéciaux. Ces incisions donnent beaucoup de sang, en sorte que certains auteurs conseillent la trachéotomie préliminaire. Souvent, d'ailleurs, cette question ne se posera pas, car le sujet aura été trachéotomisé d'urgence dans un accès de suffocation.

Si l'on néglige ultérieurement le cathétérisme, la récurrence est à peu près inévitable. Mais comme la vie est en jeu, cette sujétion est justifiée. Il n'en est pas de même pour les ankyloses palato-pharyngées, où les troubles fonctionnels sont désagréables, mais non dangereux. Si cette ankylose est incomplète (c'est-à-dire s'il persiste un orifice naso-pharyngien), le mieux sera donc de s'abstenir. Si au contraire l'oblitération est complète (physiologiquement au moins, car Rice, Bosworth nient qu'elle puisse l'être anatomiquement), on sera autorisé à tenter des débridements suivis de suture, de canule à demeure, de dilatation graduelle, pour rétablir un orifice. Verneuil, Lucas-Championnière, Kuhn ont obtenu d'assez bons résultats : mais il faut être prévenu que la récurrence est la règle.

Dans un cas grave, où il y avait rétrécissement du pharynx à la fois en haut et en bas par syphilis héréditaire, Vallas (1), après trachéotomie, a incisé directement le rétrécissement, abordé par une pharyngotomie transhyoïdienne, c'est-à-dire par une incision cervicale verticale, poussée jusque dans le pharynx après section médiane de l'os hyoïde.

(1) VALLAS, *Lyon méd.*, 1896, t. LXXXII, p. 225 et *Écho médical*, Lyon, 1897, p. 154.