

La plupart des opérateurs emploient l'amygdalotome. Le plus répandu est celui de Fahnestock, dont les figures 62, 63 et 64 suffisent à faire comprendre la construction. L'amygdale étant introduite dans l'anneau, on pousse la fourche qui l'embroche et la fait saillir en même temps que l'anneau tranchant la sectionne.

L'opération sanglante peut être rendue difficile par l'indocilité de l'enfant : il est alors indiqué d'anesthésier au chloroforme, ou mieux au bromure d'éthyle, ce qui permet d'opérer le sujet assis.

Les accidents de cette ablation sont : la déglutition de l'amygdale, la déglutition du sang suivie d'hématémèse, l'inflammation du moignon restant, et

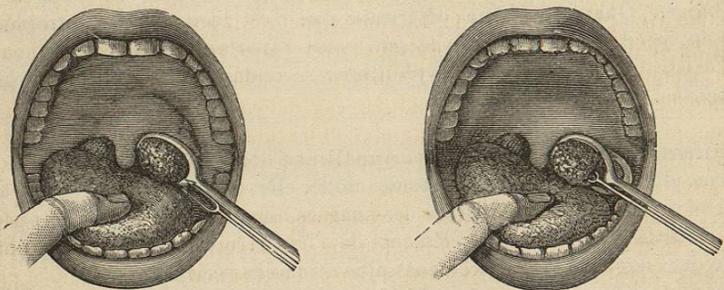


FIG. 63. — L'amygdale est engagée dans l'anneau. FIG. 64. — L'amygdale est embrochée et sectionnée.

Bouchacourt a vu cette inflammation se compliquer d'œdème de la glotte mortel. Mais c'est tout à fait exceptionnel, et ce n'est pas pour ce motif qu'on tend à substituer l'ignipuncture à l'amygdalotomie. Ce motif, c'est dans une complication assez fréquente et aisément grave qu'on doit le chercher : je veux parler de l'hémorragie.

Il ne faut pas exagérer la fréquence de l'hémorragie. D'abord, elle ne s'observe guère que chez les adultes ; chez les enfants, elle est presque toujours insignifiante. Mais chez les adultes il n'en est pas de même. D'après des faits de Béclard, Tenon, Burne, Barclay, le sang peut être fourni par la carotide interne, dont on connaît les rapports avec la fosse amygdalienne. Mais cela est impossible avec le bistouri boutonné bien manié et surtout avec l'amygdalotome. On peut admettre que la source constante de l'hémorragie est dans les vaisseaux tonsillaires, et ses causes sont multiples ; ou bien le sujet est hémophile, particularité dont il faut toujours s'enquérir avant de prendre le bistouri ; ou bien on a opéré en pleine poussée inflammatoire, ce qui est une faute ; ou bien on a trop fait saillir l'amygdale et la section a porté juste à la base, où les vaisseaux ont encore un volume notable, et de là un précepte de Nélaton de se borner à abraser le sommet des amygdales en laissant à la sclérose le soin de faire le reste.

Quoi qu'il en soit, l'hémorragie est immédiate ou retardée, et même Bérard, Guersant, Saint-Yves l'ont vue débiter au bout de quelques jours ; elle se fait en nappe ou en jet ; parfois elle est telle, continue ou à répétition, qu'elle entraîne la mort. Presque toujours, il est vrai, on en viendra à bout par la compression locale — P. Broca, Verneuil ont inventé des compresseurs spéciaux⁽¹⁾ — par une cautérisation au fer rouge, au besoin par la compression ou la ligature des troncs artériels au cou. Gensoul a comprimé la carotide primitive :

⁽¹⁾ Voy. aussi H. BUTTS, *Med. record.*, New-Yo k, 1^{er} juillet 1895.

H. Liden, Sands⁽¹⁾ l'ont liée : l'origine étant presque toujours dans les vaisseaux tonsillaires, on accordera à Zuckerkandl⁽²⁾ que le mieux est de lier la carotide externe.

Pour éviter cette grave complication, on a depuis longtemps eu l'idée de détruire les amygdales par le fer rouge. Mais cette méthode n'a pu devenir pratique qu'après l'intervention du galvano-cautère, puis du thermo-cautère⁽³⁾. A l'aide de ces instruments, on larde l'organe de pointes de feu et l'on poursuit un double but : une destruction partielle, la sclérose des parties restantes. Le galvano-cautère est en principe préférable, parce qu'il rayonne moins et surtout parce qu'il peut être introduit froid jusqu'au contact de l'amygdale et dès lors est manié avec plus de précision. Et, mieux encore, il permet, au lieu de séances multiples de pointes de feu, de pratiquer avec l'anse rougie une véritable amputation, comme au bistouri. C'est alors un excellent procédé. Mais on sait combien l'emploi de l'anse galvanique est délicat quand on n'y est pas très habitué, et, dans la pratique courante, le chirurgien non spécialiste s'adressera au thermocautère. Avec l'un ou l'autre de ces instruments, on enfonce dans l'amygdale plusieurs pointes profondes.

Il est certain qu'on obtient ainsi d'excellents résultats, mais il faut plusieurs séances, et chaque séance est assez longue et douloureuse, malgré l'emploi de la cocaïne. C'est là un inconvénient sérieux chez l'enfant, qui souvent se prêterait mal à ces cautérisations répétées. Si l'on songe, en outre, qu'avant la puberté le danger d'hémorragie est à peu près négligeable, on n'hésitera pas à pratiquer l'amputation au bistouri.

VIII

TUMEURS DE L'AMYGDALE ET DU PHARYNX

A, l'amygdale et au pharynx on observe des tumeurs conjonctives et des tumeurs épithéliales. Les premières sont, de beaucoup, les moins importantes.

A. — TUMEURS CONJONCTIVES

Ces tumeurs doivent être étudiées séparément à l'amygdale et au pharynx.

1^o TUMEURS CONJONCTIVES DE L'AMYGDALE

1^o Tumeurs bénignes. — Les tumeurs conjonctives bénignes de l'amygdale

⁽¹⁾ SANDS, d'après *Revue des sciences méd.*, Paris, 1887, t. XXX, p. 655.

⁽²⁾ ZUCKERKANDL, *Wiener med. Jahrb.*, 1887, p. 509.

⁽³⁾ KRISHABER, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1881, p. 124. — RICORDEAU, Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n^o 265. — DODART, Thèse de doct. de Bordeaux, 1887-1888, n^o 97. — GACHE, Thèse de doct. de Paris, 1887-1888, n^o 286. — QUÉNU, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, nouv. série, t. XVI, p. 248. — KUH, *Med. News.*, Philad., 17 mars 1894, t. I, p. 507. — HUDNUT, *Ibid.*, p. 419. — DE SANTI, *Lancet*, London, 13 janvier 1894, t. I, p. 85. — LENNOX BROWN, *Ibid.*, p. 479.

sont des fibromes, vus par Verneuil et Bourdon, Curling, Delavan⁽¹⁾; Bottini a observé un fibro-chondrome⁽²⁾. Ces tumeurs, qui atteignent parfois les dimensions d'un œuf, ne gênent que par leur volume et causent des symptômes fonctionnels purement mécaniques, tels que le nasillement, le reflux des liquides par le nez. Onodi, Haug ont décrit des lipomes; von Asch, un endothéliome⁽³⁾.

Quelquefois, mais rarement, et c'était le cas pour des fibromes enlevés par Julia, par Masse⁽⁴⁾, la tumeur se pédiculise, devient un vrai polype. Il existe aussi des polypes amygdaliens constituant une forme spéciale de l'hypertrophie tonsillaire, comme cela a été constaté par Frühwald, Lublinski⁽⁵⁾, Balme. Dans un cas comme dans l'autre, la tumeur pend dans le pharynx, peut descendre jusqu'à l'épiglotte, provoque des envies de tousser, de cracher, des enrrouements, des accès de suffocation⁽⁶⁾.

Quand la tumeur est pédiculisée, rien de plus simple que de l'exciser en coupant le pédicule d'un coup de ciseaux. L'ablation d'ailleurs n'est pas difficile quand la tumeur n'est pas polypeuse. Si le néoplasme est volumineux, on pourra, à l'exemple de Verneuil, se faire du jour en débridant le pilier antérieur⁽⁷⁾.

A l'amygdale et à la région amygdalienne, on a encore observé des kystes, parasitaires ou non.

Nous mentionnerons des productions ostéo-cartilagineuses décrites par Orth, Deichert, A. W. Stirling. Elles sont d'origine congénitale, comparables aux fibro-chondromes branchiaux⁽⁸⁾.

2° Tumeurs malignes. — Les tumeurs conjonctives malignes des amygdales sont le lymphadénome et le sarcome.

Le lymphadénome avec leucocythémie peut arriver à un degré de développement tel qu'il cause l'asphyxie : dans un cas de ce genre, Panas a fait une ablation partielle, à titre d'opération palliative, pour rendre la respiration possible; on peut aussi être conduit à la trachéotomie. Ce sont les seules circonstances où cette lésion ressortisse au chirurgien.

Le lymphadénome sans leucocythémie est quelquefois un épiphénomène de l'adénie, et il va sans dire qu'alors le chirurgien est désarmé. Malheureusement il l'est aussi lorsque la tumeur amygdalienne est primitive et subit une évolution locale avec envahissement des ganglions cervicaux; la mort est rapide par généralisation, par asphyxie. Demarquay et Fouilloux⁽⁹⁾ ont observé l'ulcération de la carotide interne. Il est inutile de chercher à enlever ces néoplasmes, d'une malignité extrême.

Le sarcome est peut-être moins rare qu'on ne le croit, mais il est encore assez

(1) DUCHAUSSEY, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1855, p. 150. — CURLING, *Lancet*, London, 1858, t. I, p. 157. — BOURDON, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1872, p. 517. — DELAVAN, *Med. record*, New-York, 1882, t. XXI, p. 296.

(2) Cité par MIKULICZ, *loco citato*, p. 560.

(3) BOTTINI, *Gaz. degli ospit.*, Milan, 1885, t. II, p. 98.

(4) JULIA, *Gazette des hôpit.*, Paris, 1865, p. 182. — MASSE, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1885, nouv. série, t. XI, p. 927.

(5) FRÜHWALD, *Wiener med. Woch.*, 1879, n° 44, p. 1155. — LUBLINSKI, d'après *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, p. 152.

(6) LEJARS, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1891.

(7) Ardenne (Thèse de doct. de Bordeaux, 1896-1897, n° 45) a consacré une étude d'ensemble aux tumeurs bénignes de l'amygdale et en donne 20 observations inédites.

(8) H. DEICHERT, *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, Berlin, 1895, t. CXXI, p. 455. — A.-W. STIRLING, *Journal of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 5 oct. 1896, t. XXVII, p. 754.

(9) FOUILLOUX, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1871, p. 275.

mal connu. On ne le diagnostique guère de l'épithéliome avant l'opération. Il est bien moins malin que le lymphadénome et peut-être moins malin aussi que l'épithéliome. Des opérations chirurgicales ont donc été tentées par Genzmer, Bilton Pollard, Weinlechner, Cheever, etc., et quelques-unes ont été heureuses : ces opérations se pratiquent comme celles que j'indiquerai en parlant de l'épithéliome. Je citerai à titre de curiosité, et sans trop savoir de quoi il s'agit exactement, une guérison obtenue par Weinlechner⁽¹⁾, à l'aide d'injections interstitielles iodoformées; une autre constatée par Biedert à la suite d'un érysipèle de la face.

2° TUMEURS CONJONCTIVES DU PHARYNX

Les tumeurs conjonctives du pharynx sont fort rares et l'on ne saurait en donner actuellement une description didactique. Elles s'implantent volontiers sur la paroi postérieure. Elles causent des troubles de la déglutition, parfois de la respiration.

Les tumeurs bénignes sont représentées ici par le lipome⁽²⁾, le fibrome⁽³⁾, le fibrolipome⁽⁴⁾, capables de se pédiculiser et de devenir des polypes, généralement entraînés dans l'œsophage par les mouvements de déglutition. Le pédicule est quelquefois fort long, jusqu'à permettre à la tumeur d'atteindre presque le cardia (Rokitansky, Holt). Ces polypes provoquent parfois des efforts de vomissements et peuvent alors venir faire saillie dans la bouche et même pendre jusqu'au menton (Minski)⁽⁵⁾.

Les sarcomes ont été observés avec leurs diverses formes anatomiques. Quelques-uns ont été enlevés avec succès; d'autres ont récidivé avec rapidité; d'autres enfin ont été vite inopérables. Il en est qui sont certainement des lympho-sarcomes de l'appareil lymphatique du pharynx.

Heine et C. Weil⁽⁶⁾ ont publié une observation unique d'une tumeur maligne spéciale qui semble avoir eu pour point de départ un reste de la notocorde au niveau du 2° ou 3° disque intervertébral.

Les voies par lesquelles on peut aborder ces tumeurs sont les mêmes que pour l'épithéliome.

B. — ÉPITHÉLIOME

Je viens de dire que parmi les tumeurs malignes de la gorge, celles de nature conjonctive ne se prêtent pas encore à une description d'ensemble. Il n'en est pas de même pour les épithéliomes de l'arrière-bouche. Ces tumeurs sont généralement laissées dans l'ombre par la plupart des traités classiques, car, il n'y a pas longtemps encore, on n'osait pas les aborder. Mais de nos jours on cherche de plus en plus à les attaquer, et à ce point de vue purement opératoire il faut réunir les épithéliomes des amygdales, des piliers, du pharynx buccal. Ceux de la partie laryngienne du pharynx, et surtout des replis ary-épiglottiques, ont

(1) WEINLECHNER, *Wiener med. Presse*, 1882, p. 1589.

(2) VIBERT (du Puy), *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1879, nouv. série, t. V, p. 615.

(3) BUSCH, *Berliner klin. Woch.*, 1877, p. 178.

(4) J.-O. ROE, *Journal of the Amer. med. Assoc.*, Chicago, 29 sept. 1894, t. XXIII, p. 491.

(5) MINSKI, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1895, t. XLI, p. 515 (donne la bibliographie du sujet).

(6) C. WEIL, *Zeitschrift für Heilkunde*, Prague, 1881, t. II, p. 6.

plutôt des connexions avec le larynx dont ils constituent ce qu'on appelle les cancers extrinsèques.

RENDU, Du cancer des amygdales (d'après Poland). *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1872, t. II, p. 227. — PIÉRIN, Épithélioma de l'amygdale. Thèse de doctorat de Paris, 1879, n° 247. — A. CASTEX, Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche. *Revue de chirurgie*, Paris, 1886, p. 44 et 150. — DEREQ, De l'épithélioma primitif de l'amygdale. Thèse de doctorat de Paris, 1886 et 1887, n° 127. — A. BROCA, art. PHARYNGOTOMIE du *Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, Paris, 1887, 2^e série, t. XXIV, p. 42. — WEISS, Quelques considérations sur le cancer de l'arrière-gorge. *Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1894, p. 1. — KRÖNLEIN, Beitr. z. radic. Heilung des Pharynxcarcinom durch Exstirpation. *Correspondenzblatt für schw. Aerzte*, Basel, 1894, p. 476. — DÉPAGE, Cinq cas d'extirpation du pharynx pour cancer. *Ann. de la Soc. belge de chir.*, Bruxelles, 1895, p. 166 et 195. — J. MIKULICZ, Bösartige Geschwülste des Meso- und Hypopharynx. *Handb. der Laryng. und Rhinol.*, (sous la direction de P. Heymann), Vienne, 1897, t. II, p. 372.

Je ne m'occuperai à peu près pas de l'anatomie pathologique de ces cancers; ce serait faire double emploi avec celle du cancer de la langue. Il est démontré qu'il s'agit presque toujours d'un épithéliome pavimenteux lobulé⁽¹⁾. Le sexe masculin est plus souvent atteint, mais la prédominance est moindre que pour l'épithéliome lingual; le tabac et l'alcool semblent ne jouer aucun rôle étiologique.

Ch. Audry et Iversenc⁽²⁾ ont vu cet épithélioma se greffer sur un lupus.

D'après les relevés de Castex, le début a lieu dans les 2/3 des cas par l'amygdale; quelquefois, il s'agit d'un épithéliome du voile du palais. Dans ce dernier cas, il est fréquent que la tumeur soit primitivement linguale; l'épithéliome du sillon amygdalo-glosse est très souvent bien vite un épithéliome de la gorge. L'origine sur le pharynx proprement dit est rare.

Tous ces épithéliomes respectent le plus souvent le naso-pharynx.

Après ces notions sommaires anatomiques et étiologiques, entrons dans l'étude clinique et thérapeutique.

Symptômes. — Les accidents du début sont importants à bien connaître, car la possibilité d'une intervention chirurgicale efficace dépend de la précocité du diagnostic. A cet égard, il faut distinguer trois formes principales :

La *forme gutturale* est celle qui attire le plus vite l'attention sur la gorge, car la dysphagie y est le premier symptôme : la déglutition est d'abord gênée, puis douloureuse, puis surviennent des douleurs locales spontanées. Il est vrai que ces souffrances sont parfois lentes à se manifester, et par exemple on trouvera dans la thèse de Dereq une observation où, sans douleurs préalables, le premier symptôme d'un épithéliome déjà assez étendu fut un crachement de sang. Le diagnostic ne sera donc pas toujours précoce, mais lorsque le malade viendra consulter, les erreurs seront assez rares. Il n'en est plus de même dans les formes suivantes, si l'on n'est bien instruit de leur existence.

Dans la *forme otalgique*, en effet, les douleurs d'oreille sont le seul symptôme ressenti par le patient, que souvent divers spécialistes soignent successivement pour des maladies auriculaires variées; puis un beau jour un médecin, plus avisé, regarde le pharynx et y trouve un épithéliome, malheureusement devenu inopérable. J'en ai vu un bel exemple en 1884, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître Lailler.

⁽¹⁾ Hutinel et Longuet (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1875, p. 656) ont cependant décrit un épithéliome cylindrique. La généralisation est rare; elle a été toutefois observée par Gueliot (*Ibid.*, 1880, p. 266).

⁽²⁾ AUDRY ET IVERSENC, *Arch. méd. de Toulouse*, 1897, p. 295.

Dans la *forme ganglionnaire*⁽¹⁾, une adénopathie cervicale apparaît sans que le malade accuse aucun symptôme pharyngien, adénopathie située le plus souvent vers l'angle de la mâchoire; on croit volontiers à une adénopathie primitive, que parfois on opère, et on méconnaît sur l'amygdale, dans le pharynx, une petite ulcération cancéreuse indolente.

A la *période d'état*, les troubles fonctionnels rappellent à beaucoup d'égards ceux du cancer de la langue. Les irradiations douloureuses sont analogues, mais celles qui s'élancent vers l'oreille ont une fréquence toute particulière. Elles ne sont pas provoquées par la mastication, mais par la déglutition, si bien que le malade ne peut bientôt plus supporter les aliments solides, chauds, épicés, les boissons alcooliques, puis les liquides même non irritants, et cela rend très pénible la sialorrhée habituelle. La douleur n'est d'ailleurs pas la cause exclusive de la dysphagie; il y a aussi gêne mécanique par la tumeur, et de là le passage des liquides dans le larynx, dans les fosses nasales.

La voix devient rapidement nasillarde et indistincte. La fétidité de l'haleine est considérable.

L'examen physique se fait par l'inspection, le toucher pharyngien, la palpation du cou. Il n'est pas toujours facile de voir la gorge, car il y a assez souvent un certain degré de constriction des mâchoires; ou bien, soit par réflexe, soit par pression du néoplasme sur l'épiglotte, l'abaissement de la langue est douloureux, provoque de la dyspnée. Le toucher, au contraire, est facilité, d'après Lasègue, A. Castex, par l'absence du réflexe nauséeux; mais souvent il fait saigner, cause de la suffocation, est douloureux. Il sera donc quelquefois indiqué d'anesthésier à la cocaïne la région que l'on veut explorer.

La vue révèle soit une hypertrophie dure d'une seule amygdale, soit une ulcération fissurique plus ou moins dissimulée dans un repli. A un degré plus avancé, il existe une ulcération d'étendue variable, ayant le même aspect et la même consistance que celle du cancer de la langue. La forme bourgeonnante est rare. Le point le plus creusé est d'ordinaire au niveau de la loge amygdalienne. Autour de l'ulcère il y a une rougeur diffuse, et souvent de l'œdème de la luette et du voile. Le toucher est indispensable pour apprécier exactement les limites du mal.

A la palpation, la pression est douloureuse derrière l'angle de la mâchoire, et fréquemment on trouvera déjà en ce point un ganglion engorgé lorsque la lésion pharyngienne est encore médiocrement étendue. L'adénopathie peut occuper d'ailleurs d'autres groupes ganglionnaires, être par exemple parotidienne (Michaux), pré-axoïdienne (Castex). Cette adénopathie, qui est quelquefois hors de proportion avec la tumeur initiale, est susceptible des mêmes poussées inflammatoires que celle du cancer de la langue.

Marche. — Pronostic. — La généralisation est exceptionnelle, mais la marche locale est progressive et fatalement mortelle. La durée, des plus variables, oscille de trois mois à cinq ans : l'inanition par dysphagie⁽²⁾, les hémorragies, la vivacité des douleurs et l'insomnie ont sur elle une grande influence. D'autres causes de mort rapide sont la pneumonie — identique à celle du cancer de la langue —, l'asphyxie due au volume de la tumeur ou à l'œdème de la glotte.

Diagnostic. — Ce que j'ai dit des formes otalgique et ganglionnaire conduit

⁽¹⁾ TOSTAIN, Thèse de Paris, 1884, n° 140.

⁽²⁾ Sevestre a noté la tuberculose pulmonaire intercurrente, comme on le voit si souvent dans le cancer de l'œsophage (*Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 522).