

Le traitement local et le traitement général sont d'une égale importance en pareil cas.

Les lavages de la bouche doivent être fréquemment répétés, toutes les trois heures au moins, et faits, soit avec une solution phéniquée au centième, soit avec une solution de permanganate de potasse au deux-millième. Il faut en outre toucher les parties sphacélées avec le *galvano-cautère* pour en provoquer l'élimination. On insistera sur le traitement général par l'alcool, le quinquina, etc.

ULCÉRATIONS DES AMYGDALES

On peut distinguer, à l'exemple de Brindel et de Raoult (*Soc. française d'otologie, de laryngologie et de rhinologie*, 1900), des **ulcérations primitives**, qui constituent à elles seules toute la maladie; telles sont l'amygdalite lacunaire aiguë, l'amygdalite ulcéro-membraneuse, la gangrène primitive, les pseudo-diphthéries ulcéreuses; — des **ulcérations secondaires** qui surviennent comme épiphénomènes dans le cours d'une autre maladie; telles sont les ulcérations observées dans la diphtérie compliquée, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine, la morve, la tuberculose; — des **ulcérations symptomatiques**, qui comprennent le lupus, les ulcérations scrofulo-tertiaires, la syphilis et les tumeurs malignes.

A. Ulcérations primitives de l'amygdale. — L'amygdalite lacunaire aiguë est une ulcération inflammatoire bénigne, évoluant autour d'une amygdalite lacunaire latente enkystée et ayant pour conséquence la destruction d'une partie de l'amygdale.

Elle se manifeste chez des sujets jeunes, porteurs d'une hypertrophie des amygdales, et ne détermine pas en général de réaction très marquée: peu ou pas de fièvre, pas d'adénopathie sous-maxillaire. On assiste à la formation d'une ulcération ronde, profonde, recouverte d'un détritit blanchâtre. En quelques jours elle peut évider l'amygdale tout entière. Le reste de l'amygdale et les organes voisins conservent leur coloration normale.

Le traitement prophylactique consiste dans la *discission*, le *morcellement* ou même l'*extirpation* des amygdales hypertrophiées. Quant au traitement curatif, il se borne à des attouchements avec une *solution de chlorure de zinc* au 1/50°, ou au 1/15°, ou avec une *solution iodo-iodurée* dans la glycérine.

L'amygdalite ulcéro-membraneuse n'est qu'une localisation de la stomatite ulcéro-membraneuse, dont il a été déjà question. Elle paraît due à la pullulation du bacille de Vincent.

Ici la réaction inflammatoire est vive; l'amygdale est tuméfiée, d'un rouge violacé. Le voile du palais et le pharynx sont également rouges. L'haleine est fétide et les ganglions sous-maxillaires très engorgés. Sous la fausse membrane épaisse, résistante, est une érosion qui saigne facilement et se transforme peu à peu en une ulcération à bords irréguliers, taillés à pic.

La marche est assez lente et la maladie peut se prolonger pendant quelques semaines.

Le diagnostic est à faire avec le chancre syphilitique ou une ulcération syphilitique tertiaire.

Comme traitement local, outre les lavages de la bouche avec une solution de chloral (5 à 10 pour 1000), on emploiera les badigeonnages avec la teinture d'iode, l'eau oxygénée, la glycérine salicylée (au 100°), le menthol camphré, une solution de formol, de permanganate de potasse, etc. MM. Siredey et Chauffard ont vivement préconisé l'emploi du bleu de méthylène appliqué en nature à la surface des amygdales ulcérées. Le médicament est porté sur le pharynx à l'aide d'un bâtonnet garni d'ouate hydrophile sèche et l'on fait ensuite gargariser le malade avec de l'eau bouillie; il faut renouveler les applications une ou deux fois par jour jusqu'à guérison (on décolorera les lèvres en les lavant avec de l'eau additionnée par litre de deux ou trois cuillerées à soupe de liqueur de Labarraque).

Le chlorate de potasse à l'intérieur aurait l'action quasi spécifique qu'on lui a maintes fois attribuée dans les cas de stomatite ulcéro-membraneuse.

La gangrène primitive de l'amygdale est rare: elle s'accompagne de phénomènes généraux graves; température élevée, altération des traits, délire, diarrhée, vomissements, etc. Elle détermine une adénopathie considérable, s'accompagne d'une salivation abondante et d'une fétidité extrême de l'haleine.

Localisée à l'amygdale, elle peut guérir, en laissant des cicatrices vicieuses: mais, lorsqu'elle est diffuse, elle entraîne la mort par septicémie.

Le traitement est le même que pour l'amygdalite ulcéro-membraneuse; il faut de plus soutenir les forces par l'emploi des préparations de quinquina, des injections de caféine, de sérum artificiel, etc.

Pseudo-diphthéries ulcéreuses. Il a déjà été question des angines pseudo-membraneuses non diphthériques qui peuvent être dues au streptocoque, au pneumocoque, au coli-bacille, à différents cocci, au bacille de Vincent, etc....

Ces angines peuvent survenir primitivement et présenter deux formes: l'une bénigne sans lésions de la muqueuse sous-jacente aux fausses membranes; l'autre grave avec douleur vive, adénopathie cervicale, fétidité de l'haleine, phénomènes généraux graves et simulant alors la diphtérie vraie dont l'examen bactériologique seul peut les distinguer. Au-dessous des fausses membranes, d'un gris sale, d'aspect sanieux, sont des ulcérations irrégulières.

Ces pseudo-diphthéries peuvent aussi se développer secondairement, au cours d'une maladie infectieuse, notamment de la scarlatine, de la grippe, etc. Dans la forme grave (pharyngite nécrotique d'Henoch), se développe une ulcération à tendance envahissante qui nécrose le tissu amygdalien et peut détruire les gros vaisseaux, entraînant la mort par hémorragies foudroyantes.

Le traitement des pseudo-diphthéries est purement symptomatique, car le sérum antistreptococcique, dans les pseudo-diphthéries streptococciques, forme la plus fréquente, ne donne aucun résultat.

B. Ulcérations secondaires de l'amygdale. — Ces ulcérations peuvent survenir dans la plupart des maladies infectieuses: diphtérie, fièvre typhoïde, scarlatine, rougeole, variole, morve.

Dans la diphtérie, elles annoncent toujours une forme grave due à l'association du streptocoque au bacille de Lœffler. A l'emploi du sérum, on adjoindra des badigeonnages avec la glycérine phéniquée au 1/10° ou salicylée, des lavages fréquents avec une solution de liqueur de Labarraque, etc.

Dans la fièvre typhoïde, le traitement prophylactique par les lavages fréquents de la bouche peut prévenir le développement des infections secondaires. Les ulcérations n'ont pas d'ailleurs de tendance à gagner la profondeur.

Dans la forme aiguë de la **tuberculose bucco-pharyngée**, les tubercules miliaires peuvent, en s'ulcérant, donner lieu à une perte de substance irrégulière à bords déchiquetés, à fond recouvert d'un enduit pultacé, grisâtre; l'amygdale est augmentée de volume, violacée. L'existence de tubercules miliaires autour de l'ulcération facilite le diagnostic.

Dans cette forme aiguë, l'influence du traitement est nulle; la gravité de l'état général l'emporte d'ailleurs sur celle de l'état local.

Il est une forme lente où le traitement peut modifier les lésions; ce traitement consistera en *attouchements à l'acide lactique au 1/5*, au *chlorure de zinc au 1/10^e*, en *évidement à la curette*.

C. Ulcérations symptomatiques de l'amygdale. — Le **lupus** de l'amygdale, qui est rare, a une marche très lente et n'entraîne que peu de réaction locale, il ne s'accompagne d'aucune adénopathie. Autour de l'ulcération serpigneuse, peu profonde, on remarque souvent des points cicatriciels caractéristiques.

Le traitement ne diffère pas de celui de la tuberculose à forme classique : mais les interventions radicales trouvent dans ce cas une indication plus précise.

On peut observer, au niveau de l'amygdale, des ulcérations hybrides, tenant à la fois du lupus et de la syphilis : ce sont en somme des ulcérations syphilitiques évoluant sur un terrain scrofuleux, ce qui indique suffisamment la désignation de « scrofulate de vérole » qu'on leur donne communément. Le *traitement spécifique* seul amène une amélioration rapide.

Les **ulcérations syphilitiques** de l'amygdale sont fréquentes.

Le chancre amygdalien se reconnaît aisément à l'adénopathie unilatérale (gros ganglion entouré d'une grappe de ganglions plus petits), à l'induration ligneuse du tissu amygdalien autour de l'ulcération. Ce qui peut induire en erreur pendant quelque temps, ce sont les phénomènes généraux concomitants (fièvre, douleur, dysphagie, etc.).

Outre le traitement hydrargyrique, il faut prescrire des soins de la bouche (gargarismes, lavages fréquents), recommander l'abstention de toute cause d'irritation locale.

Les plaques muqueuses avec leurs bords nets, leur fond lisse, leurs bords adhérents, par leur multiplicité, l'adénopathie symptomatique, etc., ne donnent lieu à aucune méprise, sauf quand la plaque se couvre d'une fausse membrane diphtéroïde.

Leur traitement sera indiqué plus loin.

Les ulcérations tertiaires ont une marche lente, non envahissante; cependant elles peuvent détruire complètement l'amygdale. Elles ne doivent pas être confondues avec les gommées ulcérées de l'amygdale qui peuvent détruire complètement le tissu amygdalien et provoquer des ulcérations artérielles. La caverne gommeuse a des bords coupés à l'emporte-pièce, élevés; le fond est rempli de débris fortement adhérents, formant un bourbillon.

Le *traitement mixte*, institué à temps, amène rapidement la guérison.

L'**épithélioma** de l'amygdale marche en général rapidement; il se distingue par une ulcération irrégulière, sécrétant un liquide sanieux, qui donne à l'haleine une odeur fétide, une adénopathie considérable; le moindre attouchement détermine une hémorragie. Dans certains cas, l'ulcération est bourgeonnante, d'aspect absolument caractéristique. Les douleurs sont extrêmement vives.

Ces différents caractères ne permettent pas en général de faire une confusion avec les ulcérations spécifiques.

Dans le **lymphadénome**, les lésions sont habituellement bilatérales; elles constituent une tumeur molle, grisâtre, d'aspect encéphaloïde, qui devient volumineuse et s'ulcère de bonne heure.

ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIENS

Ces abcès, que l'on observe presque exclusivement chez les enfants en bas âge, au-dessous de 2 ans, sont situés dans une des loges rétro-pharyngiennes, loges situées symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. Dans chaque loge existent, au-dessous de 2 ans, deux ganglions placés derrière le pharynx, à la hauteur de l'axis, en dehors de la ligne médiane. Chez les enfants de 5 ans et plus, il n'existe plus qu'un ganglion, et, chez les adultes, on ne trouve que des ganglions atrophiés (Gillette).

Ces ganglions reçoivent des lymphatiques venus de la pituitaire, de la face supérieure du voile du palais, ainsi que de la muqueuse pharyngienne, ce qui explique qu'on les observe à la suite du coryza simple ou rubéolique, des angines primitives ou des angines secondaires de la scarlatine, de la diphtérie, de la rougeole, de l'érysipèle, etc. La cause la plus fréquente est peut-être l'adénoïdite aiguë.

Au début, les symptômes généraux seuls peuvent attirer l'attention; on constate de la fièvre, de l'agitation, des cris, de la toux, en somme aucun symptôme caractéristique.

Même en l'absence de signes locaux nettement caractérisés, il est toujours indiqué d'examiner la gorge de l'enfant avec soin; on y trouvera parfois la trace d'une angine antérieure et parfois aussi on surprendra la déformation asymétrique de la partie postérieure du pharynx; on constatera qu'à ce niveau la muqueuse est rouge, violacée.

D'ailleurs, tôt ou tard apparaissent des troubles fonctionnels causés par la collection purulente : troubles de la déglutition et de la respiration. L'enfant refuse le sein ou rejette par le nez et la bouche le lait qu'il avait commencé à absorber. La dysphagie, peu marquée en général dans les angines, prend au contraire une grande importance dans l'abcès rétro-pharyngien. La respiration est gênée et bruyante. Elle n'est pas accélérée, comme dans les affections broncho-pulmonaires, elle est au contraire lente et s'accompagne de tirage sus et sous-sternal. La gêne respiratoire est permanente et aggravée de plus par des crises paroxystiques dues au spasme de la glotte, crises qui se produisent spontanément, ou bien à la suite d'un mouvement de déglutition, d'un examen de la gorge.

La dyspnée est plus marquée quand l'enfant est assis que quand il est couché, particularité qui s'explique par ce fait que la tumeur est projetée en avant pendant l'attitude assise.

La voix est affaiblie, nasonnée. Labric lui assignait un signe particulier qui la ferait ressembler au « coin coin » du canard. La toux est rauque.

Il existe une raideur de la nuque et du cou et une augmentation du volume du cou due à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, ou bien encore à un prolongement de l'abcès.

A l'examen de la gorge, on constate la tumeur, lisse, tendue, qui projette en avant la luette et le voile du palais; son volume, variable, peut atteindre la grosseur d'un œuf de poule.

Résistante dans son ensemble, elle offre au centre une masse ramollie. Le doigt retiré doucement sent une sorte de choc en retour (de Saint-Germain).