

tions superficielles polycycliques et quelques grains arrondis, opalescents, simulant les grains jaunes de la tuberculose, on en voyait également sur l'amygdale gauche. Quand on me présenta la malade, on hésitait entre la syphilis et la tuberculose de la bouche et de la gorge. Je n'acceptai aucun de ces diagnostics; en effet, c'est peu de jours avant, que la malade avait été prise d'accidents très douloureux qui gênaient la mastication et la déglutition: l'aspect polycyclique des ulcérations ne ressemblait nullement à des ulcérations syphilitiques. Quant aux soi-disant grains jaunes tuberculeux, en y regardant de près, on voyait qu'il s'agissait là de quelques vésicules d'herpès. Les groupes vésiculeux développés sur la voûte palatine et sur l'amygdale, le fond érythémateux qui entourait ces groupes de vésicules, la douleur excessive qui avait précédé et accompagné cette éruption d'herpès me firent porter le diagnostic de *zona palato-pharyngé*. En effet, les jours suivants, de nouveaux groupes de vésicules d'herpès se développaient avec toutes les douleurs du zona sur le fond érythémateux de la voûte palatine, du voile du palais et de l'amygdale. La malade raconta que, plusieurs fois, au moment de ses règles, elle avait été prise de pareils accidents; elle guérit en quinze jours. Ce fait n'est pas absolument isolé, on en a publié d'autres observations.

Accidents tertiaires. — Les *gommessyphilitiques* de la gorge et du pharynx méritent d'attirer longtemps notre attention, car elles constituent un accident syphilitique fréquent, non seulement dans la syphilis acquise, mais aussi dans la *syphilis héréditaire*. Dans la syphilis acquise, les gommessyphilitiques n'apparaissent généralement que quelques années après l'infection; dans la syphilis héréditaire, les lésions gommeuses de la gorge ont été rencontrées à tout âge, entre cinq et vingt-cinq ans, et la preuve que ces lésions hérédo-syphilitiques ne sont pas rares, c'est qu'on les trouve signalées 46 fois sur les 212 observations de syphilis héréditaire qui composent la statistique de M. Fournier¹. La

1. Fournier. *La syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.

description de la gomme s'adresse donc aux lésions gommeuses de la syphilis *acquise* et *héréditaire*.

Ici comme ailleurs, les lésions gommeuses se présentent sous différents aspects; tantôt l'infiltration gommeuse est nettement circonscrite et forme tumeur (syphilome circonscrit), tantôt l'infiltration gommeuse est étalée et diffuse avec peu de relief (syphilome diffus). La *gomme* commence par une période d'*infiltration*. A ce niveau, le voile du palais est déformé, épaissi, violacé, induré; mais le sujet peut n'éprouver aucun trouble fonctionnel, pas de douleur, peu de dysphagie. La gomme fait alors saillie sous forme de petite tumeur. Puis vient la période de *ramollissement*, caractérisée par une douleur peu intense, parfois même si peu intense que les malades s'en occupent à peine et sont tout surpris quand éclatent les symptômes de perforation.

La gomme ulcérée a des aspects variables, suivant qu'elle est, ou non, suivie de perforation. L'ulcère gommeux non perforé forme une loge anfractueuse, une caverne profondément excavée, à loger une lentille, une noisette. Le fond est couvert d'un enduit grisâtre et bourbillonneux, les bords sont nettement découpés et adhérents, souvent taillés à pic ou en falaise, les tissus environnants sont lisses et unis, parfois rouges, durs, infiltrés. A cette période la douleur est très vive, et si les lésions ulcéreuses se généralisent à l'isthme guttural, la dysphagie devient extrêmement intense.

Souvent la gomme du voile du palais aboutit à la *perforation*. Cette perforation, qui fait communiquer la gorge avec l'arrière-cavité des fosses nasales, était préparée par la période de ramollissement; elle peut se faire *si rapidement* que l'ouverture, qui n'est aujourd'hui qu'un simple orifice, aura demain les dimensions d'une lentille et en quelques jours les dimensions d'une pièce de vingt centimes. La perforation est médiane ou latérale, arrondie ou allongée en travers; le travail ulcératif continuant ses ravages, le voile du palais est parfois échancré, tailladé, séparé en

deux parties latérales, presque entièrement détruit. Dans quelques cas on a signalé plusieurs perforations. La perforation du voile du palais entraîne aussitôt des troubles spéciaux : altération de la voix, qui devient nasonnée, reflux des aliments et des boissons dans la cavité nasale. Dans quelques cas, je le répète, la brusque apparition de ces symptômes surprend d'autant plus le malade, que celui-ci ne se doutait ni de la nature, ni de la gravité « de son mal de gorge ».

Assez souvent l'ulcération tertiaire naît au niveau de l'espace triangulaire formé par la réunion des deux piliers et de l'amygdale. De là s'étendent des ulcérations « qui détruisent la moitié supérieure de l'amygdale et des piliers, quelquefois une partie libre du voile, la partie latérale du pharynx et la trompe d'Eustache. C'est ce qui explique pourquoi elles s'accompagnent fréquemment de surdité et de douleurs violentes dans l'oreille ».

Quand le syphilome gommeux est *diffus*, il forme peu de relief, il s'étale et aboutit à des ulcérations envahissantes, extrêmement douloureuses, phagédéniques, serpigineuses et perforantes qui sont fréquentes au voile du palais. Ces ulcérations tertiaires marchent parfois si vite que le tissu de l'organe semble fondre sous l'ulcération ; une partie ou la totalité du voile du palais est détruite, bien qu'il ne soit pas possible de voir une eschare distincte se détacher. On dirait une nécrobiose rapide, ayant ici, comme sur la peau, les caractères du *phagédénisme*. L'ulcération est baignée d'un pus ichoreux, le fond est blafard, les bords sont décollés et déchiquetés ; les hémorragies ne sont pas rares. Les douleurs sont tellement vives que la déglutition et l'alimentation deviennent des plus difficiles.

Les lésions tertiaires que nous venons de décrire au voile du palais et à la gorge sont également très fréquentes au pharynx. La paroi postérieure du pharynx est un siège préféré des gommés syphilitiques. Leur apparition se fait

1. Mauriac. *Syphilose pharyngo-nasale*. Paris, 1877.

habituellement sans douleur, ne déterminant qu'une légère dysphagie tant que la gomme n'est pas ulcérée¹. Aussi les malades ne s'en préoccupent-ils pas et « les syphilides gommeuses du pharynx ne s'observent guère, en pratique, qu'à l'état d'ulcérations. A ce moment elles peuvent être fort douloureuses et ont des caractères qui en établissent la nature : forme régulièrement arrondie, fond jaunâtre et bourbillonneux (Fournier). » Quand les gommés se logent en haut du pharynx, dans le *naso-pharynx*, on n'arrive à les découvrir que par un examen spécial. Les ulcérations tertiaires du pharynx présentent quelques particularités. La muqueuse de la paroi postérieure du pharynx est tuméfiée, rougeâtre et chagrinée ; par places, elle est couverte de croûtes, et en d'autres points un pus verdâtre baigne les sillons qui séparent les mamelons de la muqueuse.

Les ulcérations gommeuses de la gorge et du pharynx peuvent laisser à leur suite des cicatrices blanchâtres, profondes, qui déforment la région et favorisent des *adhérences* avec les parties voisines. Sur 150 cas de rétrécissement syphilitique du pharynx, Lubinski a constaté 16 fois l'atrésie totale de l'isthme du gosier². Quand le voile du palais se soude à la paroi postérieure du pharynx, la respiration ne peut plus se faire par le nez : le goût et l'odorat sont perdus.

Le syphilome diffus à *forme scléreuse* s'observe à la région qui nous occupe. Les piliers et le voile du palais peuvent être infiltrés par le syphilome, au point d'acquérir trois et quatre fois leur épaisseur normale. Ces parties perdent leur souplesse, s'indurent et se déforment. Les piliers prennent un aspect crevassé et mamelonné. L'isthme du gosier est rétréci, la luette est épaissie et indurée, les amygdales sont hypertrophiées, lardacées, fendillées. Ces diverses lésions compromettent plus ou moins la phonation et la déglutition. Le début de l'affection est insidieux et indolent,

1. Machon. *Pharyngite syphilitique tertiaire*. Paris, 1874.

2. *Revue de syphilographie*, 1884, p. 389.

et bien des gens, n'éprouvant autre chose que des symptômes d'angine, ne se préoccupent pas autrement de leur mal, qui poursuit sa marche lentement.

Diagnostic. — Le *diagnostic* des ulcérations tertiaires de la gorge doit être fait avec les ulcérations *scrofulo-tuberculeuses*. On a commis bien des erreurs tant qu'on n'a pas connu la syphilis héréditaire tardive, et aujourd'hui encore, que de fois on met sur le compte d'une soi-disant scrofule des accidents hérédo-syphilitiques survenus chez des enfants, chez des adolescents, et même chez des adultes ! Cette question a été remarquablement traitée par M. Fournier ; ses leçons vont me servir de guide¹. Quand il s'agit d'une syphilis acquise, quand le sujet atteint d'ulcère gommeux guttural a déjà eu une série d'accidents syphilitiques, le diagnostic est souvent simple et s'impose ; mais quand il s'agit d'ulcération gutturale chez un jeune sujet de douze ou quinze ans, n'ayant jamais eu la syphilis, mais ayant eu, dès son enfance, des écoulements chroniques de l'oreille, des maux d'yeux persistants, du coryza chronique avec ou sans ozène, c'est-à-dire ayant présenté « le vieux tableau de la scrofule, tel que nous l'ont légué nos prédécesseurs, » on rejette l'hypothèse de la syphilis, et l'on a tort, car ce *vieux tableau* de la scrofule, ce tableau de ce qu'on appelait les *scrofulides malignes*, c'est précisément le tableau de l'hérédo-syphilis.

Eh bien, voyons quels sont, *localement*, les signes distinctifs des ulcérations gutturales syphilitiques et scrofulo-tuberculeuses. Les ulcérations gutturales syphilitiques ont souvent été confondues avec les ulcérations du *lupus*, autrefois nommées scrofulides ulcéreuses de la gorge, et avec les ulcérations *tuberculeuses*. *Lupus* et tubercule sont deux variétés d'une seule et même espèce morbide ; « en tout cas, ils présentent chroniquement des caractères trop différents pour qu'il soit permis de les réunir dans une description commune » (Fournier)

2. Fournier. *La syphilis héréditaire tardive*, p. 590.

Commençons par le *lupus*. D'abord le *lupus* de la gorge est exceptionnellement rare, tellement rare que, sur cent cas de *lupus* de sièges différents, il n'existait que deux fois à la gorge dans la statistique de M. Fournier. De plus, le *lupus* de la gorge existe presque toujours concurremment avec le *lupus* de la face, et l'ulcération lupique de la gorge n'arrive que comme épiphénomène tardif de la période d'infiltration, qui, elle, a été très longue. Cette infiltration des tissus se traduit par une hypertrophie granuleuse qui donne au voile du palais et aux parties affectées l'aspect « d'un tapis de saillies bourgeonnantes, mûriformes, » période d'infiltration qui ne ressemble en rien à celle de la gomme syphilitique. La phase d'ulcération est également dissemblable. Tandis que dans la gomme syphilitique l'ulcération est soudaine et rapide, envahissant d'emblée presque toute la zone infiltrée, l'ulcération lupique se fait lentement, par poussées successives, par petites surfaces ; l'ulcération n'est, dans le *lupus*, qu'un élément de la lésion ; dans la gomme, elle est *toute la lésion*. Les ulcères gommeux ont un contour nettement circonscrit, des bords bien taillés et adhérents, un fond excavé, grisâtre et bourbillonneux ; les ulcères lupiques n'ont pas de contour défini, leurs bords plats ne sont pas nettement découpés, leur fond est peu déprimé et présente l'aspect de bourgeons charnus. La syphilis perfore le voile du palais, « fait un trou », mais laisse indemnes les parties périphériques ; le *lupus* entame les tissus et les use, mais les tissus environnants ne sont jamais sains. Les lésions syphilitiques ne mettent que quelques semaines, au plus quelques mois, à évoluer ; les lésions lupiques mettent des années.

Ces caractères *locaux* suffisent pour différencier la lésion syphilitique acquise ou héréditaire de la lésion excessivement rare du *lupus*. Au cas de soupçon de syphilis héréditaire, l'enquête doit porter sur les parents.

Passons actuellement au diagnostic entre les ulcérations gommeuses et les ulcérations *tuberculeuses* de la gorge.

BIBLIOTECA
DE LA MED. D. ANTI.

D'abord le sujet qui a des ulcérations tuberculeuses de la gorge est presque toujours atteint de phthisie pulmonaire ou de tuberculose intestinale : il est *absolument rare* que les ulcérations gutturales soient les premières manifestations de la tuberculose. Mais ces raisons ne suffisent pas pour établir un diagnostic, car le malade peut être à la fois syphilitique et tuberculeux. Les ulcérations tuberculeuses de la gorge sont moins étendues, moins profondes que les ulcères syphilitiques, elles n'en ont ni les bords franchement entaillés, ni le fond excavé et bourbillonneux. Les ulcérations tuberculeuses sont fréquemment entourées de nodules granuleux, jaunâtres, faisant une certaine saillie; elles sont parfois accompagnées d'engorgement des ganglions cervicaux, tandis que « les lésions gommeuses ne retentissent que d'une façon exceptionnelle sur les ganglions de leur voisinage ». Enfin, au cas d'hésitation, la sécrétion ou le raclage des ulcérations tuberculeuses permet de constater la présence du *bacille*.

Traitement. — En face de lésions tertiaires, le mercure est le médicament par excellence. On pratique tous les jours une injection de solution huileuse ou aqueuse de biiodure d'hydrargyre de façon à injecter un demi-centigramme, un centigramme, deux centigrammes de substance active et au delà. On fait ainsi des injections douze ou quinze jours de suite, puis on interrompt et l'on recommence deux, trois quatre séries. *Il faut agir et agir vite*. Il ne faut pas oublier que les gommes syphilitiques de la gorge, du voile du palais, aboutissent parfois rapidement à une perforation et à des délabrements de la région; un traitement bien dirigé peut conjurer ces accidents.

Le tabac, les boissons alcooliques, les mets épicés seront interdits, car ces différentes causes favorisent singulièrement le retour des plaques muqueuses. La bouche sera proprement et minutieusement entretenue. Pour peu que le traitement mercuriel produise de la gingivite, on lui adjoindra tous les jours deux ou trois grammes de chlorate de potasse dans une potion.

Comme traitement local, on prescrira les moyens suivants :

1° Fréquents gargarismes émollients à la décoction de guimauve et de pavot.

2° Déterger les surfaces ulcérées au moyen d'un pinceau imbibé de la solution suivante :

Eau	100 grammes.
Teinture d'iode	5 —
Iodure de potasse	5 —

3° Hâter la cicatrisation des plaies par de légers attouchements au nitrate d'argent.

§ 13. TUBERCULOSE DE L'ARRIÈRE-BOUCHE ET DU PHARYNX

Description. — La tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx¹ (*angine tuberculeuse*), bien étudiée par M. Barth, suit une marche aiguë ou chronique. Dans la forme *aiguë*, le malade se plaint de cuisson, de douleur à la gorge, et aussitôt apparaît sur le voile, sur les piliers, sur les parois du pharynx, un semis de granulations disséminées ou confluentes, d'un blanc jaunâtre. Après quelques jours, ces granulations s'ulcèrent, disparaissent et laissent à leur place de petites ulcérations arrondies qui se réunissent et déterminent à leur tour des ulcérations irrégulières, festonnées, très étendues. La lésion faisant des progrès, la muqueuse est détruite par places, et remplacée par une surface tomenteuse et pultacée; la luette est tuméfiée, les piliers sont déformés, les amygdales sont ravagées par les ulcérations.

L'angine tuberculeuse *aiguë* provoque une *dysphagie* si intense, des *douleurs* si vives, que le malade finit par refu-

1. Barth. *Tuberculose du pharynx*. Th. de Paris, 1880, n° 82.

ser toute espèce d'aliments, tant il redoute l'acte de la déglutition. L'angine est accompagnée d'une salivation abondante, de douleurs d'oreilles, et d'adénites sous-maxillaires qui, dans certains cas, ont suppuré. La marche de cette tuberculose pharyngée est rapide; la durée est de six semaines à quatre mois; la mort est hâtée par les lésions du poumon.

Dans sa forme *chronique*, la tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx est un peu différente, suivant qu'elle est ou non consécutive à la *phthisie laryngée*. Quand elle est primitive, les ulcérations sont généralement plus discrètes, analogues à celles de la langue, elles se développent sur les amygdales, sur les piliers, sur le pharynx. Quand elle est consécutive à la tuberculose du larynx, on dirait que le travail morbide se fait par propagation du larynx vers la gorge, et les lésions tuberculeuses envahissent l'épiglotte, la base de la langue, et finissent enfin par se généraliser. La durée de la forme chronique est de sept à neuf mois, à moins qu'elle ne soit entrecoupée par des poussées aiguës qui hâtent sa marche. Ses symptômes sont parfois dénaturés ou masqués par ceux de la phthisie laryngée concomitante.

A l'examen histologique, les lésions tuberculeuses de la gorge ont de grandes analogies avec celles de la bouche, mais on y trouve en plus des lésions du *tissu adénoïde*, qui est si abondant dans cette région. Les follicules adénoïdes du pharynx, des amygdales, de la langue, participent aux lésions tuberculeuses et deviennent un centre d'inflammation et d'ulcération.

Les différentes lésions tuberculeuses que je viens de décrire présentent en quantité plus ou moins considérable les *bacilles* de la tuberculose. On trouve ces bacilles à l'intérieur des petits vaisseaux, dans les cellules géantes, dans le tissu des granulations, à côté ou au milieu des follicules tuberculeux¹. Pendant la vie, il est souvent facile d'obtenir

1. Cornil et Babes. *Les bactéries*, p. 710.

les bacilles en recueillant le produit de sécrétion des ulcérations tuberculeuses, ou en les grattant très légèrement à leur surface.

La tuberculose de la gorge est habituellement associée à d'autres ulcérations du tube digestif, et, chose singulière, ce ne sont pas les ulcérations tuberculeuses de la bouche et de la langue qui accompagnent le plus habituellement celles de la gorge, car sur 46 observations on n'a noté que 7 fois la tuberculose buccale (Barth) : ce sont les ulcérations tuberculeuses de l'intestin; sur 49 autopsies on a noté 15 fois des ulcérations à l'intestin et une fois à l'anus (Martineau)¹.

Je ne reviens pas sur le *diagnostic* des ulcérations tuberculeuses de la gorge, question qui a été traitée au chapitre précédent au sujet des ulcérations syphilitiques.

Il est souvent difficile d'intervenir efficacement dans la tuberculose pharyngée quand elle suit une marche aiguë, mais, dans tous les autres cas de tuberculose bucco-pharyngée, le *traitement* peut avoir une véritable efficacité. Les applications de teinture d'iode et d'iodoforme ont donné de bons résultats et plusieurs fois les cautérisations au thermo-cautère ont enrayé l'évolution de l'ulcère tuberculeux. Des attouchements pratiqués au moyen d'une solution ou d'un collutoire à la *cocaïne* permettront de diminuer les douleurs provoquées par les aliments.

§ 14. TUBERCULOSE LARVÉE DES TROIS AMYGDALES

Discussion. — Quand on lit les descriptions classiques concernant la tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx, on voit que les auteurs ont eu en vue deux formes principales de tuberculose : l'une aiguë, l'autre chronique, se

1. *Société méd. des hôp.*, 1874.

présentant sous l'apparence de granulations, d'infiltrations et d'ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues.

La tuberculose *aiguë* de l'arrière-bouche et du pharynx apparaît pour ainsi dire toujours dans le cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë, ou dans le décours d'une tuberculose pulmonaire chronique. Le malade se plaint de cuisson, de douleur vive à la gorge, et l'on aperçoit bientôt, sur le voile, sur les piliers, sur les parois du pharynx, un semis de granulations, discrètes ou confluentes, d'un blanc jaunâtre. Bientôt ces granulations tuberculeuses laissent à leur place de petites ulcérations qui déterminent, à leur tour, des ulcérations plus grandes, irrégulières et festonnées. La lésion faisant des progrès, la muqueuse est détruite par places, et remplacée par une surface tomenteuse et pultacée. La luvette, les piliers, les amygdales, peuvent être déformés, tuméfiés et ulcérés. Cette tuberculose aiguë palato-pharyngée provoque une dysphagie si intense et des douleurs si vives, que le malade finit par refuser toute espèce d'aliments, tant il redoute l'acte de déglutition. L'angine tuberculeuse aiguë est accompagnée d'une salivation abondante, de douleurs d'oreilles, et d'adénites sous-maxillaires, qui dans quelques cas ont suppuré.

Dans sa forme *chronique*, la tuberculose de l'arrière-bouche et du pharynx est quelque peu différente, suivant qu'elle est, ou non, associée à une phthisie laryngée. Quoi qu'il en soit, elle se présente sous forme d'ulcérations, uniques ou multiples, plus ou moins lentes dans leur développement et envahissant, suivant le cas, les piliers, le pharynx, les amygdales. Quand l'ulcération est constituée, ses bords sont festonnés, le fond est sanieux, et autour de l'ulcération on observe parfois un semis de points jaunâtres sur lesquels Trélat a si bien appelé l'attention. La forme chronique de cette tuberculose palato-pharyngée n'est pas toujours, il s'en faut, accompagnée d'adénopathies sous-maxillaires, elle est moins douloureuse que la forme aiguë, et ses symptômes sont parfois dénaturés ou masqués, je le

répète, par ceux d'une phthisie laryngée concomitante.

Telles sont, esquissées en quelques mots, les variétés de tuberculose pharyngée admises et décrites dans les traités classiques. J'ajouterai que cette tuberculose est relativement rare, car on peut n'en pas observer un seul cas pendant une année dans un service hospitalier.

Mais il y a une autre forme de tuberculose que je considère comme très fréquente. Si cette forme est longtemps passée inaperçue, c'est qu'elle ne répond à aucune des formes classiques dont je viens d'ébaucher la description. Cette tuberculose dont je vais m'occuper maintenant n'est, en effet, ni granuleuse, ni ulcéreuse, elle n'est point douloureuse, elle peut rester ignorée jusqu'au jour où elle révèle sa présence par quelques troubles fonctionnels, d'apparence les plus bénins, mais elle n'en est pas moins fort redoutable, car elle est parfois la porte d'entrée de la tuberculose généralisée et de la tuberculose pulmonaire.

Cette tuberculose, à forme torpide, larvée, presque latente, a pour siège de prédilection le tissu adénoïde de la région naso-pharyngée. Elle révèle quelquefois sa présence par un développement, par une exubérance plus ou moins considérable des principaux amas lymphoïdes de cette région, c'est-à-dire par l'hypertrophie d'une ou de plusieurs amygdales : amygdales palatines et amygdale pharyngée. Pour ce qui est de l'amygdale pharyngée, la lésion tuberculeuse se confond avec la lésion décrite sous le nom de végétations adénoïdes. Pour ce qui est des amygdales palatines, la lésion tuberculeuse se confond quelquefois avec la maladie décrite sous le nom d'hypertrophie simple ou hypertrophie adénoïde des amygdales. Dans bien des cas, les amygdales ne sont même pas hypertrophiées et *présentent un aspect normal* (Escotel). Rien ici, au premier aspect, ne révèle la nature tuberculeuse de la lésion amygdalienne; il ne s'agit, je le répète, ni de granulations, ni d'ulcérations, il ne s'agit parfois que d'hypertrophie simple en apparence, hypertrophie fort variable, légère ou intense et déterminant les

symptômes bien connus des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie amygdalienne.

Voilà pourquoi j'ai désigné cette forme de tuberculose sous le nom de *tuberculose larvée des trois amygdales*.

Elle m'a été révélée par les nombreuses expériences que j'ai entreprises à ce sujet; j'en ai fait le sujet d'une communication à l'Académie de médecine en 1895¹, après en avoir fait le sujet de mes leçons à la Faculté en 1894. La même année, Lermoyez² avait présenté à la Société médicale des hôpitaux une très intéressante observation de végétations adénoïdes de nature tuberculeuse et il étudiait de nouveau la question des végétations adénoïdes tuberculeuses dans un important article en 1895³.

Les conclusions que j'avais formulées dans ma communication à l'Académie avaient, il faut le dire, soulevé quelques doutes mêlés de surprise. Mais les nombreux et importants travaux faits depuis cette époque sont venus confirmer ces conclusions devenues classiques.

Moure et Brindel ont pu constater, histologiquement, que, sur 50 cas de végétations adénoïdes⁴, il y avait 8 fois du tissu tuberculeux.

Cornil avait d'abord considéré cette tuberculose comme douteuse, « mais il a changé d'avis depuis qu'il a vu les coupes histologiques pratiquées par Letulle sur un de mes cas » (Lermoyez).

La question a été reprise dans son ensemble en 1902 par Jankelevitch⁵.

Escomel (de Lima)⁶ a fait, dans le laboratoire de Letulle,

1. Dieulafoy. *Tuberculose larvée des trois amygdales*. Académie de médecine, séance du 30 avril 1895.

2. Lermoyez. *Des végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal*, séance du 20 juillet 1894.

3. Lermoyez. *Végétations adénoïdes tuberculeuses*. *Presse médicale*, 26 octobre 1895.

4. Société française de laryngologie, otologie et rhinologie. Session de 1896.

5. Jankelevitch. *Semaine médicale*, 1^{er} janvier 1902.

6. Escomel (de Lima). *Revue de médecine*, juin 1903.

un important travail dont voici les principales conclusions : « la tuberculose amygdalienne est excessivement fréquente et le diagnostic macroscopique de cette affection est hérissé de difficultés. L'amygdale est l'organe le plus tuberculisable de l'économie. Les bacilles de Koch peuvent se rencontrer dans toutes les parties constitutives de l'amygdale tuberculeuse; parfois même on les trouve à l'intérieur des cryptes amygdaliennes d'individus dont l'organisme ne présente aucune lésion tuberculeuse. L'infection tuberculeuse de l'amygdale permet la pénétration du bacille dans les voies lymphatiques comme dans les voies sanguines. »

Je ne dis pas, bien entendu, que toutes les végétations adénoïdes, et que toutes les hypertrophies amygdaliennes, simples en apparence, soient autant de lésions tuberculeuses, mais je dis que souvent, trop souvent, ces lésions, en apparence bénignes, sont des formes larvées de tuberculose, et qu'en tout cas elles constituent le terrain le plus favorable à la réceptivité et à la culture du bacille tuberculeux. Voici sur quelles expériences je base les faits que je viens d'avancer.

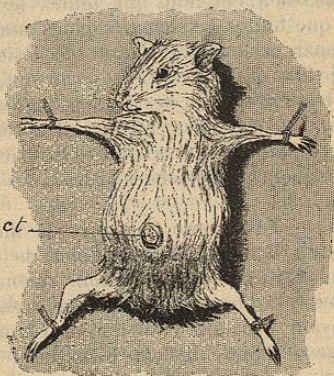
Expériences. — J'avais prié plusieurs de mes confrères (Cuvillier², Castex, Bonnier, Ménard, Calot) de vouloir bien mettre à ma disposition des végétations adénoïdes et des amygdales atteintes d'hypertrophie, simple en apparence, hypertrophie ayant nécessité l'ablation de ces organes chez des sujets d'âge différent. Ils ont bien voulu répondre à mon appel, et ils m'ont fourni une centaine d'amygdales et de végétations adénoïdes accompagnées de l'observation clinique des sujets auxquels les amygdales hypertrophiées et les végétations avaient été enlevées. Avec le concours précieux de mon interne Marion, des fragments de ces amygdales et des fragments de ces végétations adénoïdes ont été inoculés, toutes précautions prises, sous la peau de l'abdomen à plusieurs séries de cobayes. Le fragment à

1. Le Dr Cuvillier est chargé, à l'Hôpital des Enfants, chez le professeur Grancher, du service de laryngologie.

BIBLIOTHÈQUE
DES DE MED. U. A. N. L.

inoculer, chose importante, était pris, autant que possible, dans le *centre* et non pas à la surface des amygdales et des végétations, ce qui réduit à néant l'objection spécieuse qui tendait à faire supposer que, dans mes expériences, il s'agissait, non pas de tissu tuberculeux, mais de tissu servant de véhicule au bacille tuberculeux.

Je ne rapporte pas ici en détail ces nombreuses expériences, je les ai consignées dans ma communication à l'Académie de médecine, il me suffit d'en relater ici quelques-unes; elles montrent comment s'est faite, chez nos cobayes inoculés, l'évolution des lésions tuberculeuses.



ct. — Chancre tuberculeux qui apparaît trois semaines environ après l'inoculation.

Expérience I. — Le 1^{er} septembre, nous inoculons sous la peau du ventre d'un cobaye un fragment pris au centre de grosses amygdales enlevées par Cuvillier à un enfant de cinq ans, bien portant du reste, et n'ayant aucune adénopathie cervicale. Trois semaines plus tard, le 21 septembre, apparaît au lieu d'inoculation une ulcération, un *chancre*

tuberculeux avec bacilles de Koch. Les ganglions inguinaux satellites sont atteints consécutivement d'adénite tuberculeuse et le cobaye succombe le 28 octobre. L'autopsie démontre la généralisation de cette tuberculose qui avait débuté au lieu d'inoculation par le chancre tuberculeux abdominal, chancre qui avait atteint la dimension d'une pièce de 50 centimes. Les autres lésions sont les suivantes : tuberculose des ganglions inguinaux, tuberculose des deux poumons avec cavernes aux sommets, tubercules caséux de la rate.

Expérience II. — Le 20 octobre, nous inoculons sous la peau du ventre d'un cobaye un fragment de végétation adénoïde enlevée par Cuvillier à un enfant de onze ans, de bonne santé, mais atteint de végétations adénoïdes abondantes avec adénites sous-maxillaire et cervicale doubles. Trois semaines après, apparaît au lieu d'inoculation une ulcération, un *chancre tuberculeux* avec bacilles de Koch. Le cobaye meurt le 28 novembre. A l'autopsie, on constate la généralisation de la tuberculose ayant débuté par le chancre tuberculeux de l'abdomen, avec son adénité satellite inguinale; tuberculose pleuro-pulmonaire, épanchement de la plèvre gauche.

Expérience III. — Le 16 janvier, nous inoculons sous la peau du ventre d'un cobaye un fragment de grosses amygdales, enlevées la veille par Cuvillier à un enfant de six ans, bien portant du reste et atteint, en apparence, de simple hypertrophie amygdalienne, sans adénopathie cervicale. Le 6 février, après vingt et un jours d'incubation, apparaît au lieu d'inoculation un chancre tuberculeux avec bacilles de Koch. Le cobaye meurt le 26 février. A l'autopsie, on constate la généralisation de la tuberculose ayant débuté par le chancre tuberculeux de l'abdomen avec son adénopathie satellite : à l'ouverture du thorax, tuberculose pulmonaire généralisée; à l'ouverture de l'abdomen, tuberculose du foie et de la rate.

Je n'insiste pas plus longuement sur les détails quelque peu variables de nos expériences, et j'en donne le résumé : 96 cobayes ont été inoculés, 61 avec des fragments