

et l'amygdale classique en œuf de pigeon remplissant toute la loge. En explorant au stylet boutonné la surface de la glande, on y trouve des dépressions plus ou moins profondes qui sont les cryptes.

C'est encore par la sonde qu'il faut chercher à se rendre compte des rapports de l'amygdale avec sa loge. Il existe en effet, assez souvent, deux récessus : l'un, pré-amygdalien, entre la glande et un pli (*plica triangularis* de His) parti du pilier antérieur, s'appelle fossette triangulaire ; l'autre, latéro-amygdalien, s'étend du pôle supérieur de l'amygdale à son hile (Killian, Roy). Ces deux récessus convergent vers la fossette sus-amygdalienne ou supratonsillaire ; ils sont le siège fréquent de suppurations périamygdaliennes.

I. HYPERTROPHIE. — L'hypertrophie est l'état pathologique le plus fréquent pour l'amygdale. Elle est compatible avec le service militaire.

Elle donne lieu à des troubles subjectifs déjà étudiés. A l'examen direct, on constate, dans l'hypertrophie très prononcée, que la saillie des glandes en dedans est telle qu'elles se touchent presque et arrivent au contact de la luette souvent également hypertrophiée. En haut et en arrière, l'amygdale fait saillie dans le pharynx, en bas elle atteint presque la base de la langue et pousse souvent un prolongement jusqu'au voisinage du larynx ; en avant, elle refoule le voile vers la bouche.

Au point de vue de la forme, deux types d'hypertrophie sont à retenir : 1° l'amygdale *pédiculée*, fréquente surtout chez l'enfant : elle est presque libre dans sa loge à laquelle un pédicule étroit (le tiers de sa hauteur) la retient ; l'amygdale *pendante*, congénitale, a un pédicule encore plus grêle ; 2° l'amygdale *sessile*, largement adhérente non seulement au fond de sa loge, mais encore parfois à ses piliers, d'où résulte une sorte de phimosis (amygdale enchatonnée). La muqueuse qui recouvre l'amygdale hypertrophiée est rouge, pâle ou jaunâtre, selon son état d'inflammation chronique concomitante. Sa surface est souvent inégale, parsemée de cicatrices en réseau, de dépressions cupuliformes, de crevasses. Les lacunes ou cryptes ont leur orifice rétréci et leur fond élargi et la pression en expulse souvent le contenu, liquide ou caséux. Il faut être prévenu de l'existence d'une *pseudo-hypertrophie* due à la syphilis secondaire et susceptible

de rétrocéder sous l'action du traitement spécifique ; elle a un aspect inflammatoire qui la distingue de l'hypertrophie simple.

II. ETATS INFLAMMATOIRES OU PSEUDO-INFLAMMATOIRES. — Ils sont d'une fréquence et d'une variabilité d'aspect très grandes ; on les observe plus particulièrement sur des amygdales déjà hypertrophiées. Au point de vue de l'examen clinique, il suffira de les classer d'abord en deux grands groupes, les périamygdalites et les amygdalites, et ensuite de diviser ce dernier groupe en deux catégories, selon qu'il existe ou qu'il n'existe pas d'exsudats.

1° Les *périamygdalites*, ou phlegmons périamygdaliens, ont trois lieux d'élection principaux, qui sont, par ordre de fréquence décroissante : 1° l'espace séparant le pilier antérieur de l'amygdale ; 2° l'espace voisin du hile de la glande ; 3° l'espace séparant le pilier postérieur de l'amygdale. C'est en ces divers points que siègent l'infiltration inflammatoire et l'œdème, qui déforment la loge tonsillaire et le voile, et refoulent en arrière, en bas ou en avant, selon le cas, la glande peu ou pas atteinte. La douleur, soit spontanée, soit surtout provoquée par le toucher est suraiguë, les signes généraux sont très accentués, les troubles fonctionnels très marqués également.

2° Dans les *amygdalites aiguës*, mêmes symptômes généraux bruyants, presque effrayants parfois. Localement, on trouve l'amygdale rouge, luisante, tuméfiée. Quelquefois elle se voussure, se tend à craquer en un point limité qui s'abcède souvent spontanément après un temps plus ou moins long : il s'agit alors du *phlegmon intra-amygdalien*.

Dans d'autres cas, l'inflammation est diffuse et surtout étendue en surface plus qu'en profondeur. Alors la surface de la glande est tantôt presque sèche (*angine érythémateuse*), tantôt humide, sécrétante, recouverte de mucus (*angine catarrhale*), tantôt parsemée de points blancs dus à la desquamation des cryptes (*angine pultacée*) : ce sont les trois aspects différents d'une lésion identique quant à la nature.

Les amygdalites grippale, rubéolique, ourlienne, rhumatismale n'ont pas de caractères distinctifs spéciaux ; l'amygdalite scarlatineuse se reconnaît à la teinte particulière rouge vernissé, propre à l'exanthème scarlatineux ; l'amygdalite érysipélateuse aurait la couleur pourpre et la surface luisante des plaques d'érysipèle.

Les *amygdalites subaiguës* ou à répétition ne sont que les épisodes

de l'amygdalite chronique aboutissant à l'hypertrophie amygdalienne déjà étudiée. Une seule forme est à retenir et à décrire ici, parce que l'hypertrophie n'y joue qu'un rôle secondaire : c'est l'*amygdalite lacunaire* ou *cryptique caséuse*. A l'examen objectif, l'on pourrait croire à première vue qu'il s'agit d'une angine pultacée sans réaction inflammatoire : en effet, les orifices des cryptes ou lacunes sont occupés par des points jaunâtres. Mais si on cherche à mobiliser ceux-ci au stylet ou par « expression » de la glande, on les chasse sous forme de bouchons allongés, abondants surtout en avant et en haut ; ces grumeaux sont très fétides, ce qui tient à leur composition (acides gras, épithélium macéré). Dans certains cas, le bouchon est masqué par la muqueuse, qu'il soulève en lobules mûrifomes ; dans d'autres, il s'infiltré de sels calcaires (*calculs de l'amygdale*). Sauf une douleur vive, localisée entre l'angle de la mâchoire et la grande corne de l'os hyoïde, sauf quelquefois la fétidité intrabuccale accusée par certains malades, cette forme d'amygdalite est, à moins de complications, presque silencieuse.

III. EXSUDATS AMYGDALIENS. — Ils se présentent à l'observation sous les aspects les plus variés et dans les conditions les plus différentes.

Les *exsudats d'origine traumatique* ou plutôt *opératoire*, apparaissant après les interventions, ne méritent pas de description clinique ; ils contiennent souvent le bacille fusiforme de Vincent.

La description des *exsudats surajoutés* à des lésions ulcéreuses appartient à l'étude de celles-ci.

L'*exsudat du muguet*, qui ne s'observe que chez les débiles, est en points ou en plaques ressemblant au lait coagulé ; il n'adhère guère à la muqueuse ; il renferme de l'*oidium albicans*.

L'*exsudat leptothrixique*, dû au *leptothrix buccalis*, se manifeste sous forme de piqueté, de petites plaques ou de touffes à pointes hérissées que l'on compare souvent aux « crêtes de coq » ; il est très adhérent à la muqueuse et se développe en dehors des orifices cryptiques : l'affection qu'il produit est très tenace.

L'*exsudat pseudo-membraneux* se différencie de l'enduit pultacé en ce qu'il est résistant et non friable au contact du tampon d'ouate et qu'il conserve son aspect de couenne dans l'eau au lieu de s'y dissoudre. Sa forme et son épaisseur le distinguent également de la membranule qui succède à la coalescence de vésicules herpétiques.

Certains exsudats sont opalins, mats, en saillie, adhérents mais non

impossibles à détacher, se reproduisant après avoir été enlevés : ils se développent, du moins, au début sans symptômes bruyants ; ils se rattachent généralement à la *diphthérie* par *bacille de Loeffler* ou diphthérie normale. D'autres exsudats sont plutôt gris sale, déprimés, « en contre bas », très adhérents à la muqueuse, fortement enflammée au-dessous et autour de la plaque. Ils se développent au milieu d'un cortège de symptômes locaux et généraux inquiétants ; ils se rattachent généralement à une *streptococcie*, soit primitive, soit secondaire à la scarlatine, à la rougeole, à la dothienenterie, à la diphthérie.

Il est enfin des exsudats analogues entre eux au point de vue extérieur et qui ne se différencient que par l'examen bactériologique : ce sont les exsudats à pneumocoques, à bacilles de Friedländer, à staphylocoques, à coli-bacilles, à cocci variés : leur confusion clinique avec l'exsudat de la diphthérie bénigne est très facile.

Tantôt sous forme d'exsudat véritable, pseudo-diphthérique, tantôt sous la forme classique de la tache gris violet sur fond rouge vif, pré, latéro ou sus-amygdaliennes, apparaissent les *plaques muqueuses* de la syphilis qui font du pharynx un de leurs lieux d'élection. Il faut savoir les chercher sur les sujets dont les amygdales sont rouge vif et les ganglions engorgés et durs. La lumière du jour permet de les reconnaître beaucoup plus aisément que la lumière artificielle.

IV. LÉSIONS ULCÉREUSES. — Elles sont aussi fréquentes que les lésions à exsudats ; bien que susceptibles de rester à l'état de pureté, ces lésions ulcéreuses sont, du reste, souvent cachées sous des exsudats.

Il est des *ulcérations en surface*, à fleur de muqueuse simplement. Toutes les angines à vésicules (angines herpétique, variolique, varicellique, zona) aboutissent à l'exulcération polycyclique. La syphilis primitive sous la forme, rare du reste, de chancre érosif, vernissé et opalin, la syphilis secondaire à l'état de plaque muqueuse ulcèrent également l'amygdale en surface seulement.

Mais, en vérité, les ulcérations le plus fréquemment observées sont assez profondes, *pénétrantes*. Fort nombreuses, elles peuvent se laisser grouper sans trop d'artifice en inflammatoires, tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques.

1° Il existe deux types de la variété que, faute d'un mot meilleur, l'on peut appeler *inflammatoire* ; autrefois confondus, ils tendent de plus en plus à se différencier, tant au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique : l'un est l'*amygdalite lacunaire ulcéreuse*

aiguë, appelée souvent amygdalite de Moure, l'autre est l'*amygdalite ulcéro-membraneuse* ou angine de Vincent; elles ont d'ailleurs reçu chacune de multiples dénominations, toutes synonymes.

A la période d'état, qui est celle où généralement le médecin pratique l'examen, la seule lésion qui frappe l'attention est une ulcération à bords taillés à pic, de dimensions variables, de forme arrondie ou ovale, exceptionnellement polycyclique. Le fond de l'excavation est caché par un exsudat congloméré tantôt en débris pulpeux grisâtres, tantôt en fausse membrane; quand celui-ci a été enlevé, sans difficulté en général, apparaît une surface anfractueuse, d'aspect végétant. Les principaux éléments de diagnostic différentiel clinique sont l'absence de réaction de voisinage sur place ou à distance (ganglions) dans les cas d'amygdalite cryptique ulcéreuse, et, au contraire, l'existence d'une inflammation assez vive des régions voisines (piliers, voile) avec fétidité notable de l'haleine et légère adénopathie dans les cas d'amygdalite ulcéro-membraneuse; en outre, ceux-ci peuvent évoluer en même temps que de la stomatite ulcéro-membraneuse. Le meilleur élément de diagnostic différentiel est l'examen microbiologique qui révèle dans le second cas la présence de très nombreux bacilles fusiformes.

Si semblables à la période d'état, ces deux amygdalites se différencient nettement par leur début. L'une débute par l'inflammation localisée autour d'une crypte atteinte déjà d'infection (amygdalite cryptique caséuse); l'autre s'annonce par une fausse membrane. La première détruit le tissu amygdalien de la profondeur vers la surface, l'autre de la surface vers la profondeur. La confusion avec la syphilis, chancre ulcéreux ou gomme, est la plus fréquente: les caractères de l'adénopathie, l'évolution permettent d'éviter l'erreur.

2° Les *ulcérations tuberculeuses* de l'amygdale dans leur forme chronique (car les formes aiguës observées chez les tuberculeux cachectiques sont sans intérêt) se montrent sous la forme soit destructive, soit végétante. La première, qui est plus spéciale au lupus de l'amygdale (toujours consécutif à un lupus du voile, de la face ou du nez), s'étend lentement, plus en surface qu'en profondeur, en une plaque gris rosé, parsemée de nodules à des degrés divers d'évolution tuberculeuse, entrecoupée parfois de points cicatrisés. La seconde présente, sur un fond anfractueux, piqueté de rouge et de gris, des sortes de bourgeons charnus blafards; la périphérie a l'aspect légèrement enflammé; mais l'ensemble de la muqueuse palatine est plutôt pâle.

3° Les *ulcérations syphilitiques* de l'amygdale sont d'un polymor-

phisme tel qu'on peut aisément méconnaître leur nature. Ulcéreux, le chancre ressemble à l'amygdalite ulcéreuse cryptique; diphtéroïde, il se rapproche de la diphtérie vraie ou de l'amygdalite ulcéro-membraneuse; végétant, il fait penser à un néoplasme; à forme angineuse, il prend le masque d'une amygdalite aiguë. L'induration de la base de l'ulcération, l'adénopathie, enfin l'évolution concourent à infirmer ou confirmer le diagnostic. L'ulcération secundo-tertiaire, serpiginieuse, et l'infiltration gommeuse tertiaire, diffuse, déjà étudiées sur le voile (p. 370) peuvent rappeler la tuberculose ou les néoplasmes. Enfin la gomme circonscrite de l'amygdale prête aux mêmes erreurs que le chancre ulcéreux.

4° Les *ulcérations néoplasiques* que l'on observe sur des tumeurs déjà volumineuses sont sans intérêt: au contraire les formes infiltrées, fissuraires, de l'épithélioma vélo-palatin sont importantes à connaître, parce qu'elles ressemblent au chancre et à la gomme, à tel point qu'il faut souvent attendre soit l'examen biopsique, soit l'évolution ou les résultats du traitement spécifique avant de se prononcer.

V. TUMEURS. — Les unes, bénignes, sont des raretés (fibromes, kystes, myxomes, papillomes, adénomes), les autres, malignes, relèvent de la chirurgie générale plutôt que spéciale (lymphadénome, lympho-sarcome, sarcome, épithéliome).

VI. AFFECTIONS GANGRÉNEUSES. — Elles forment, dans la pathologie amygdalienne, un groupe spécial.

Au cours d'états septiques graves, à infection banale ou spécifique (diphtéries graves ou surtout compliquées), on voit apparaître sur l'amygdale une fausse membrane sous laquelle les tissus s'érodent et se sphacèlent; la rapidité d'évolution est telle que la mort peut survenir par hémorragie avant que l'intoxication générale ait accompli son œuvre.

§ 4. — Paroi pharyngienne postérieure.

Très étudiée à l'époque où la rhinoscopie postérieure n'était pas vulgarisée, cette portion du pharynx buccal n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt relatif.

A l'état normal, rien n'est plus variable que la capacité de

l'oro-pharynx, c'est-à-dire l'espace séparant les amygdalés et le voile de la colonne vertébrale. Seule, l'habitude résultant de la pratique d'examen multiples permet d'apprécier ce que l'on est convenu d'appeler l'oro-pharynx normal. La muqueuse saine est rosée, légèrement humide; sa surface n'est pas absolument lisse: elle présente, surtout chez l'enfant, des saillies mamelonnées: ce sont des « granulations » dues à la présence de follicules clos, que Meyer et Schmidt appellent les avant-postes de l'amygdale pharyngée.

ÉTATS PATHOLOGIQUES. — A l'état pathologique, l'aspect du pharynx se transforme suivant deux types principaux, qui s'observent le premier chez l'adolescent ou l'adulte jeune, le second chez l'adulte âgé.

I. TYPES DE PHARYNX RÉTRÉCI. — 1° Il y a un type de pharynx rétréci que l'on peut qualifier d'accidentel: c'est celui qui répond au *phlegmon rétro-pharyngien*. La paroi pharyngienne postérieure est refoulée en avant et le toucher digital fait avec la pulpe de l'index y perçoit, à défaut de fluctuation, une sensation particulière de choc en retour qui confirme le diagnostic. L'abcès rétro-pharyngien est compatible avec le service militaire s'il n'est pas symptomatique d'une lésion osseuse.

La plupart des pharynx pathologiques répondent à des états inflammatoires anciens, à évolution chronique interrompue quelquefois de poussées aiguës.

2° Le pharynx rétréci chez l'enfant ou chez l'adulte jeune coïncide souvent avec la *pharyngite folliculaire hypertrophique*. C'est une affection de la paroi pharyngienne postérieure comparable en tout à l'hypertrophie tonsillaire. Outre les granulations disposées en satellites, pâles, sur fond rouge, sur la partie médiane, il en est de latérales, parallèles aux piliers postérieurs, appelées faux-piliers adénoïdes. Cette forme inquiète souvent les malades qui s'hypnotisent sur les granulations et leur attribuent des symptômes soit imaginaires, soit dus à la pharyngite catarrhale diffuse naso-pharyngienne concomitante, à qui revient le rôle prépondérant.

3° Une autre forme de pharynx rétréci est celle que l'on rencontre chez les sujets porteurs depuis assez longtemps de catarrhes pharyngiens et ayant pris l'habitude du raclement presque perpétuel (*pharyngite chronique hypertrophique*). En même temps que l'inflammation chronique a hypertrophié l'élément conjonctif, la fonction patho-

logique (raclement) a développé le tissu musculaire des parois molles du pharynx; alors la cavité de celui-ci se trouve réduite latéralement par des faux piliers musculaires, en avant par la face postérieure du voile très épaissie, en arrière par une sorte de capitonnage; une muqueuse rouge vif, luisante, tapisse le tout. Il est des pharynx d'adultes ainsi réduits aux dimensions de pharynx d'enfants: il en est même qui méritent le nom de pharynx virtuels (Gellé). Cette affection s'accompagne de symptômes pénibles chez les sujets nerveux et congestifs, qui sont souvent en outre des alcooliques ou des tabagiques. Ces états d'hyperesthésie et de paresthésie du pharynx, de même que les troubles de la respiration et de la phonation qui peuvent coexister, ont été étudiés plus haut en détail (chap. I, § 2).

Malgré les troubles qu'elles déterminent, les pharyngites ne sont pas en principe incompatibles avec le service armé: tout au plus peuvent-elles entraîner la réforme temporaire.

II. TYPES DE PHARYNX ÉLARGI. — Les pharynx élargis s'observent chez des malades dont le passé pathologique pharyngien est fort chargé: l'atrophie a succédé à l'hypertrophie. La surface de la muqueuse est devenue grise, striée de veines variqueuses; son épaisseur a diminué, plus en certains points qu'en d'autres, revêtant l'aspect de « peau de serpent » (Gellé).

III. SÉCRÉTIONS. — A l'inspection de la paroi postérieure de l'oro-pharynx, l'observateur peut constater la présence de sécrétions diverses, dont l'origine est d'ailleurs le plus souvent naso-pharyngienne, et qui ne font que traverser le pharynx buccal pour passer de là soit dans la bouche, d'où elles sont crachées, soit dans le larynx d'où elles sont expulsées par des spasmes, soit enfin dans l'œsophage qui les déglutit. La pression de l'abaisse-langue, en produisant au cours de l'exploration un effort dû à la nausée, provoque souvent l'apparition de sécrétions dans l'oro-pharynx.

La sécrétion est *visqueuse* mais claire dans les états congestifs passagers, *muco-purulente*, *fibrino-purulente* ou franchement *purulente* dans les états subaigus et chroniques, et alors elle adhère assez peu à la paroi pour qu'un raclement énergique suffise à la mobiliser. Elle se concrète en *croûtes* plates, grisâtres, non fétides dans les pharynx atrophiques dont la sécrétion glandulaire est insuffisante. Enfin des croûtes épaisses de couleur vert foncé ou noire, d'odeur fétide caractéristique, sont pathognomoniques de l'ozène pharyngien, précédé ou accompagné d'ozène nasal ou laryngotrachéal.

On doit signaler également des *gommés syphilitiques* de la paroi

postérieure du pharynx; elles se distinguent des sécrétions banales par les caractères classiques de la gomme ulcérée.

CHAPITRE III

EXAMEN PAR LA RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

L'examen du pharynx buccal doit toujours être complété par celui du rhino-pharynx, examen plus difficile qui exige l'emploi d'instruments spéciaux et la mise en œuvre d'une technique particulière.

§ 1. — Instrumentation.

Elle peut se réduire à fort peu de chose : un bon éclairage, un abaisse-langue, un miroir frontal et un miroir rhino-pharyngien.

Pour l'examen de l'oro-pharynx, la *lumière du jour* peut suffire. Les diverses *lumières artificielles* conviennent toutes également; même la bougie, la « queue de rat » sont à la rigueur utilisables, en cas de dénûment absolu, à la condition de placer la source lumineuse en face de la concavité d'une cuillère qui à la fois réfléchit la lumière vers la cavité à éclairer et permet au regard de l'observateur de se glisser latéralement. Mais pour l'examen du rhino-pharynx, une *très bonne lumière* est indispensable: il faut recourir à l'une des lumières artificielles indiquées à propos de la rhinoscopie antérieure (p. 314).

MIROIRS. — Les *miroirs frontaux* étudiés plus haut (p. 315) sont ceux qui conviennent pour l'éclairage du pharynx. Il faut, en outre, un autre miroir spécial, le *miroir rhino-pharyngien*, qui est plan, de forme circulaire, dont le diamètre varie de 14 à 17 mm., toujours assez petit pour se mouvoir dans le pharynx sans en toucher les parois. L'angle formé par le plan du miroir avec la tige qui le supporte est d'ordinaire de 110°.

La désinfection est aisée pour la tige, qui peut être flambée; elle est plus délicate pour le miroir. Après immersion dans une solution carbonatée à 1/10, suivie d'un premier essuyage, le miroir est déposé

dans un récipient assez large ou assez haut pour qu'il y plonge complètement; ce récipient contient une solution phéniquée à 5 p. 100 ou de phéno-salyl à 4 p. 100 et le miroir doit y séjourner de 15 à 30 minutes. Schmidt insiste sur l'importance du nettoyage mécanique.

Les miroirs à surface réfléchissante entièrement métallique, les miroirs à glace démontables, les miroirs articulés sont tous trop compliqués pour être vraiment pratiques.

ABAISSE-LANGUE. — C'est un instrument fort utile pour l'exploration du pharynx buccal. Il est indispensable pour l'examen du naso-pharynx. Que l'abaisse-langue soit en forme de boucle ellipsoïde ou de plaque élargie en spatule, sa portion linguale doit avoir moins de 10 cm. pour éviter la région du V lingual qui est la plus sensible, la « région nauséuse ».

SONDE. — La sonde destinée à l'exploration du voile et des amygdales pourrait n'être qu'un simple stylet boutonné. Pour le rhino-pharynx, il faut une sonde à courbures multiples permettant de diriger vers la voûte du cavum, en haut et en arrière, le bouton terminal.

ECARTEURS DU VOILE. — Sous ce nom on peut comprendre un groupe d'instruments assez nombreux, nécessaires seulement dans les cas difficiles; leur but est de ramener en avant et d'appliquer contre la voûte palatine la partie mobilisable du voile du palais. Certains de ces instruments sont à main (crochets palatins de Voltolini, Froenkel, Czermak) et exigent le concours d'un aide, à qui il faut confier l'abaisse langue, l'opérateur tenant d'une main le crochet et de l'autre le miroir. D'autres sont à fixation facile, latéro-nasale (relevateurs de Krause, Schmidt, Hopmann). Un dernier modèle enfin (Mahu) a été construit sur le principe de la sonde de Belloc.

OUVRE-BOUCHE. — L'abaisse-langue suffit généralement comme ouvre-bouche. C'est donc exceptionnellement que l'on aura recours aux appareils spéciaux, très nombreux, destinés à obtenir ce résultat; tous provoquent et exagèrent les réflexes.

§ 2. — Technique de la rhinoscopie postérieure.

La rhinoscopie postérieure est une méthode d'exploration dont on a beaucoup exagéré les difficultés. Elle ne demande pour réussir qu'un peu de patience, d'adresse et d'expérience pratique. D'après Schmidt, sur la grande majorité des malades