

d'une petite tumeur du volume d'une noisette, rouge bleuâtre. Il a suffi, dans tous les cas, d'une simple incision pratiquée sur la tumeur pour évacuer la petite quantité de sang qu'elle renferme et pour en obtenir la prompte guérison.

CHAPITRE VII.

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

L'hypertrophie des amygdales est une affection caractérisée par une augmentation de volume de ces organes, sans production d'aucun tissu différenciant de leur structure normale.

Anatomie pathologique. Lorsqu'on examine, après l'ablation avec l'instrument tranchant, une amygdale hypertrophiée, on reconnaît que le tissu en est d'un rose jaune, souvent mollassé, parfois friable; que ce tissu offre les mêmes caractères que celui d'une amygdale non hypertrophiée, c'est-à-dire qu'il est formé de lobules séparés par du tissu cellulaire plus ou moins dense et dépourvu de graisse; qu'il reçoit des vaisseaux capillaires sanguins et renferme parfois de petites masses blanchâtres, les unes molles, formées par des exsudats plastiques, les autres de sels calcaires. L'hypertrophie atteint communément les follicules seuls de la glande; quelquefois le tissu cellulaire interfolliculaire participe à ce travail. Lorsque l'amygdale hypertrophiée a été atteinte à plusieurs reprises d'abcès, la surface libre de l'organe offre des cicatrices, et les dépressions que cette surface présente dans l'état normal sont plus larges et plus profondes.

Causes. L'affection est commune chez les enfants de l'âge de quatre à quinze ans, principalement chez ceux qui ont une constitution délicate. Elle est rare chez les adultes et surtout les vieillards. Quelquefois elle semble la conséquence d'amygdalites répétées qui se terminent par *induration*; dans d'autres cas elle se développe sans cause appréciable.

Symptômes. Ils varient d'après le volume de l'amygdale, suivant que l'hypertrophie porte sur un seul ou sur les deux organes. L'affection se développe sans douleur, lorsqu'elle ne succède pas à un état aigu, et les troubles qu'elle occasionne résultent de ce que l'isthme du gosier est rétréci. Il en résulte une gêne plus ou moins considérable de la déglutition; les sujets *nasillent*. Le voisinage de la trompe d'Eustache rend parfois l'ouïe dure. Les malades dorment la bouche ouverte et ont une respiration ronflante. Chez les enfants, la quantité d'air introduite dans le thorax, pendant l'inspiration, est moins considérable; les cellules pulmonaires se développent incomplètement et la poitrine ne se dilate plus comme dans l'état normal. De là un arrêt de développement de ces organes. Dupuytren a signalé, chez les enfants atteints d'hypertrophie des amygdales, l'aplatissement de la poitrine d'un côté à l'autre et la saillie du sternum en avant. A. Robert a noté chez quelques sujets les dimen-

sions relativement plus petites de la face, des narines et du nez, quelquefois même de la voûte palatine et de l'arcade alvéolaire supérieure, ce qu'il attribue à la dilatation habituellement insuffisante des fosses nasales par la colonne d'air prise à chaque inspiration. Soit que les amygdales agissent mécaniquement par leur volume sur l'orifice supérieur du larynx, soit que la présence seule de ces organes entretienne une phlegmasie chronique dans les parties qui les entourent, les sujets ont souvent de la toux; mais ils sont surtout exposés à des attaques d'amygdalite aiguë se terminant par des abcès.

Diagnostic. Il est facile: il suffit de faire ouvrir largement la bouche et abaisser la langue, ou de l'abaisser avec le manche d'une cuiller, pour reconnaître qu'il existe, soit d'un seul côté, soit des deux côtés de l'isthme du gosier, entre les piliers du voile du palais, une tumeur de la forme d'une amande, de couleur rosée, dont la surface libre présente des sillons ou des vacuoles. Cette tumeur s'avance plus ou moins en dedans vers la ligne médiane; quelquefois les deux amygdales se touchent par leur face interne. En général l'amygdale hypertrophiée se dégage de l'espèce de nid que lui forment les piliers du voile du palais; mais dans d'autres cas, la glande subit un accroissement de volume dans le sens antéro-postérieur plutôt que dans le transversal, et ne proémine pas en dedans des piliers; cette forme a été appelée amygdale *enchatonnée*.

Pronostic. L'hypertrophie des amygdales est une affection qui a une certaine gravité, surtout chez les enfants. Indépendamment des troubles fonctionnels dont il a été question plus haut, de la prédisposition constante aux phlegmasies de l'organe, il faut redouter une imminence d'asphyxie par obstacle au passage de l'air, lorsqu'il se développe une angine aiguë.

Traitement. Les moyens médicaux: gargarismes et collutoires astringents ayant pour base l'alun, l'insufflation de poudres astringentes sur les amygdales, sont des moyens infidèles. Il faut enlever l'amygdale, c'est-à-dire en pratiquer l'*amputation*. On exécute cette opération avec le bistouri ou avec un instrument spécial appelé *amygdalotome*.

Procédé avec le bistouri. Le malade est assis en face d'une fenêtre bien éclairée, sur une chaise si c'est un adulte, maintenu sur les genoux d'un aide si c'est un enfant. La tête est portée en arrière et assujettie dans cette situation par un autre aide; on place un bouchon entre les arcades dentaires et on abaisse la langue avec le manche d'une cuiller, ou un instrument spécial dit *abaisse-langue*. Le chirurgien prend d'une main une pince de Museux, dont les griffes se continuent avec l'un des bords des deux tiges qui forment l'instrument, de façon à pouvoir saisir l'amygdale par l'extrémité supérieure et l'extrémité inférieure. L'amygdale est attirée de dehors en dedans, de façon à la dégager entre les piliers. L'opérateur prend alors de l'autre main un bistouri à lame droite et longue, mais tranchante à l'extrémité seulement, et le fait agir sur l'amygdale de *bas en haut*, de façon à terminer la section par la partie la plus élevée de l'organe; précaution indispensable, pour que l'amygdale incomplètement coupée ne tombe pas

sur l'orifice supérieur du larynx, lorsqu'une circonstance imprévue empêche l'opération d'être terminée.

Procédé avec l'amygdalotome. C'est un instrument (fig. 215) en forme de guillotine, qui a été imaginé par Fahnestock et modifié par plusieurs chirurgiens contemporains. Il se compose de deux anneaux, l'un mousse et immobile pendant la manœuvre, l'autre tranchant et mobile d'arrière en avant sur le premier. L'instrument est pourvu d'une double pique qui glisse dans une rainure et vient s'implanter dans l'épaisseur de l'amygdale pour fixer celle-ci, et l'empêcher de fuir pendant qu'on fait manœuvrer l'anneau tranchant pour faire la section. Pour opérer celle-ci, il suffit de tirer à soi l'anneau tranchant qui se continue avec une tige indépendante de celle qui se continue avec l'anneau mousse.

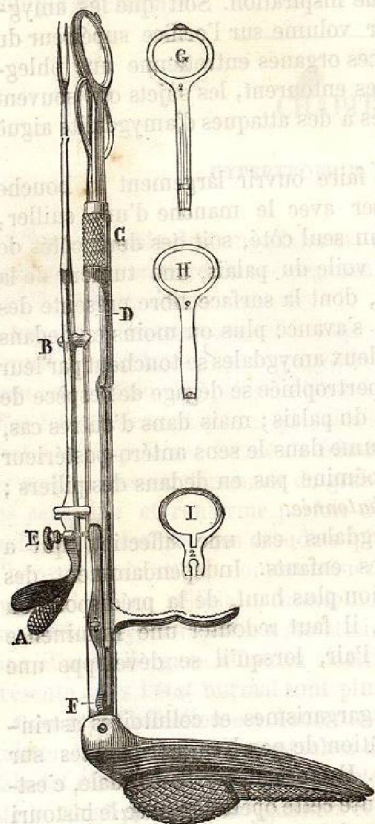


Fig. 215.

L'amygdalotome primitif réclamait l'intervention des deux mains du chirurgien : l'une pour fixer l'amygdale par l'intermédiaire de l'anneau mousse et de la tige à double crochet, l'autre pour faire mouvoir l'anneau tranchant. Avec l'amygdalotome perfectionné (fig. 215), le chirurgien agit avec une seule main, et du même coup, au moyen d'un mécanisme ingénieux, il fixe l'amygdale et en opère la section. L'instrument est muni de trois lames de rechange (G, H, I), de grandeur différente, pour les enfants et les adultes.

Pour la rapidité d'exécution, ce procédé l'emporte sur la manœuvre avec le bistouri. Chez les enfants surtout, l'amygdalotome rend de grands services, parce qu'ils ne se prêtent pas à l'ouverture de la bouche; qu'alors même qu'on obtient d'eux qu'ils écartent les mâchoires et qu'on maintient celles-ci écartées avec un bouchon, la langue masque les manœuvres qu'il faut exécuter au fond de la bouche, et que le chirurgien en est réduit à exécuter la fin de l'opération en aveugle. Le même inconvénient arrive parfois chez l'adulte, et j'ai vu Roux, qui avait horreur de l'amygdalotome, enlever parfois avec les amygdales des portions de piliers et même du voile du palais. Avec l'amygdalotome, on n'effraye pas les enfants qui, ne connaissant pas l'instrument et n'y apercevant rien de tranchant, consentent généralement à le laisser introduire dans le fond de la cavité buccale. On les trompe facile-

ment, en leur disant que l'anneau est destiné à prendre mesure de l'amygdale. Une fois celle-ci embrassée par l'anneau, on est maître de couper ce que l'on veut et rien de plus. Il est cependant une circonstance où l'emploi de l'amygdalotome offre des difficultés : c'est quand l'amygdale est encharnée. Il faut alors exercer avec l'anneau mousse une pression de dedans en dehors, de manière à faire saillir l'amygdale, pousser avec douceur la tige à piques pour que celles-ci s'implantent dans l'épaisseur de l'amygdale et ne glissent pas à la surface; on n'opère la section que lorsqu'on s'est assuré que l'amygdale est bien saisie par la double pique.

Accidents. En général, la phlegmasie traumatique provoquée par l'incision de l'amygdale est légère; la plaie se cicatrise dans l'espace de quelques jours; après avoir présenté à la surface un exsudat grisâtre, elle reprend une coloration rosée. La déglutition est pénible pendant cet intervalle. On recommande des aliments demi-liquides et l'emploi de gargarismes émoullients. Le plus souvent aussi, l'excision de l'amygdale est suivie d'une perte de sang insignifiante; dans quelques cas, il y a une hémorragie, soit immédiatement après l'action opératoire, soit quelques heures après, soit, mais très-rarement, au bout de quelques jours. Chez les enfants, il faut surveiller avec soin les suites de l'opération, parcequ'ils avalent parfois le sang qui s'écoule, et qu'on n'est averti que tard de cette circonstance, soit par une hémématémèse, soit par l'affaiblissement et la pâleur du petit opéré. Le sang qui s'écoule est fourni par les vaisseaux de l'amygdale, et c'est à tort qu'on en a attribué la source à une lésion de la carotide interne. Ce vaisseau est situé trop profondément, séparé de l'amygdale par l'aponévrose pharyngienne et le muscle constricteur supérieur du pharynx, pour qu'on puisse l'atteindre. Toutes les fois que l'écoulement de sang ne cesse pas au bout de quelques minutes après l'opération, ou bien encore lorsque cet écoulement reparait après un certain temps, on prescrit des gargarismes froids additionnés de vinaigre. Si ce moyen est insuffisant, il faut exercer une compression directe sur l'amygdale, soit avec le doigt porté au fond de la bouche, soit avec une rondelle d'amadou maintenue avec de longues pinces. On a conseillé de porter sur la surface saignante un pinceau de charpie trempée dans une solution de perchlorure de fer. Dans les cas rebelles, on s'est servi avec succès du caustère actuel conduit sur les parties latérales de l'isthme du gosier,