

avancées qu'elle intéresse tout le voile. VELPEAU, KRUGER, ANSELMIER ont signalé la présence de concrétions calcaires au centre.

Symptômes. — Quand le néoplasme a acquis tout son développement, il se présente avec des caractères bien décrits par TRÉLAT; l'isthme du gosier est obstrué par une tumeur arrondie, sphéroïde, bosselée, indolente, du volume d'une grosse châtaigne, occupant l'une des moitiés latérales du voile du palais et le pilier antérieur correspondant qu'elle déforme; la luette se trouve ainsi repoussée du côté opposé. La muqueuse un peu rouge glisse assez facilement sur la production morbide; à la palpation le doigt éprouve une résistance ferme, parfois même ligneuse. Les symptômes fonctionnels, proportionnels au volume de la tumeur, consistent dans la gêne de la déglutition, de la phonation; des accès de suffocation surviennent lorsque le malade est dans le décubitus dorsal.

La marche de ces néoplasmes est généralement lente; de plus ils ne récidivent pas après l'ablation; cependant si la nature sarcomateuse de l'adénome était démontrée, ce qui est peu probable, il faudrait redoubler de hâte pour pratiquer l'extirpation.

En présence d'une tumeur du voile du palais survenue insidieusement, dure, unilatérale, non adhérente à la muqueuse, développée dans le jeune âge, il faudra penser tout d'abord à un adénome. La gomme n'arrive pas sans antécédents; l'épithéliome interstitiel, fort rare, douloureux, s'ulcère de bonne heure. Dans un cas de DESPRÈS, la tumeur avait été confondue avec une gomme.

Toutefois le chirurgien devra toujours s'assurer qu'il n'existe pas de battements dans la tumeur, afin d'éviter l'erreur commise par DUBREUIL qui ouvrit un anévrysme de la carotide interne croyant à un adénome. Le chirurgien de Montpellier dut lier la carotide primitive pour arrêter l'hémorragie immédiate qui survint. D'ailleurs la propagation de ces anévrysmes au voile est exceptionnelle.

La cautérisation étant accompagnée de vives souffrances, c'est à l'extirpation qu'on donnera la préférence; après avoir incisé la muqueuse on énucléa la tumeur.

3° ULCÉRATIONS DU VOILE DU PALAIS

Nous aurons surtout en vue ici les ulcérations syphilitiques et scrofuleuses.

Les lésions dites scrofuleuses du voile du palais ont été l'objet d'une bonne description de FOURCÈRES (Th. Paris, 1871), d'ISAMBERT et de KUSSNER. Déjà ISAMBERT fait remarquer qu'il est impossible au début de différencier l'affection de la tuberculose. On peut admettre deux variétés d'ulcérations; les unes superficielles, bénignes, les autres érosives, serpigineuses, qui marchent à la façon du lupus et déterminent finalement des désordres graves de l'organe.

Les *ulcères bénins* débutent habituellement par la paroi postérieure du pharynx, s'étendent ensuite au pilier et au voile; ils sont indolents, ne provoquent pas d'adénopathie, enfin ressemblent à des plaques muqueuses légèrement érodées, sans reflets irisés, opalins. Leur coloration est jaune, un liséré lie

de vin les entoure; leur surface est souvent recouverte de mucosités jaunâtres, visqueuses.

Les *ulcères graves* encore appelés *scrofulides malignes du pharynx* ont été étudiés par PAUL (de Breslau), VERNEUIL, etc.; ils débuteraient par de gros boutons jaunâtres acuminés produisant quelquefois des adhérences et des déformations du voile palatin. Il ne s'agirait pas seulement d'une simple rétraction du tissu inodulaire des ulcères guéris; les piliers rongés par l'ulcération se rapprochent de la paroi postérieure et le voile lui-même, devenu flottant, se greffe en arrière; BRYANT a eu l'occasion de traiter un rétrécissement considérable du pharynx qui n'avait pas d'autre origine. Il en résulte du nasonnement, le passage des aliments par la narine, la surdité.

Le traitement doit être médical et chirurgical. Il est indiqué de ne pas prescrire longtemps les médications hydrargyriques, d'administrer l'huile de foie de morue, le quinquina, les reconstituants, de prescrire les bains sulfureux, l'exercice, le séjour à la campagne. Les cautérisations locales avec la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'acide chromique au quart, les douches, rendront des services. Enfin une opération chirurgicale sera parfois nécessaire

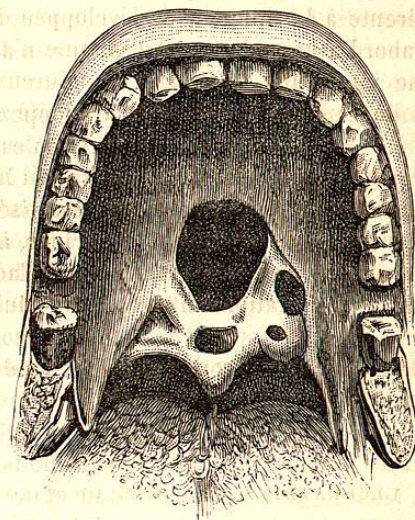


Fig. 155. — Perforations multiples du voile et de la voûte du palais. — Soudure du voile au pharynx. (D'après HOEVEN, Arch. de Langenbeck, t. VII.)

dans le but de remédier à l'atrésie de l'isthme pharyngo-nasal. MOSETIG a trépané le palais dans un cas d'occlusion complète pour obvier aux inconvénients que cette infirmité déterminait.

Les *syphilides du voile du palais* sont fort communes; on y rencontre fréquemment à la période secondaire des plaques érosives, plates, discrètes ou confluentes, rougeâtres et opalines, d'ordinaire très superficielles. Les gommès débutent insidieusement par une rougeur et un engorgement du voile qui devient bosselé et se relève difficilement. En se ramollissant la gomme aboutit à l'ulcération de l'une ou des deux muqueuses, de là des ulcères et trop souvent des

perforations rapidement envahissantes; de là aussi le nasonnement et la gêne de la déglutition. Si la gomme a intéressé et détruit le bord libre du voile, les vestiges de ce dernier s'écartent de chaque côté. Le traitement spécifique mixte, joint aux topiques locaux et surtout à l'emploi du nitrate acide de mercure, fera la base de la thérapeutique des syphilitides du voile.

Adhérences du voile. — Les ulcérations syphilitiques et scrofuleuses aboutissent quelquefois, ainsi que nous l'avons dit, à l'ankylose du voile au pharynx. Tantôt l'occlusion de l'isthme pharyngo-nasal est complète, tantôt partielle, avec ou sans perforation. La figure 155 empruntée à HOEVEN représente un cas d'adhérence avec perforations multiples. Cette affection altère toujours le timbre de la voix qui devient nasillarde. Malheureusement les moyens de traitement tentés contre cette infirmité, opérations ou dilatations mécaniques, réussissent assez mal.

4° VICES DE CONFORMATION. — PERFORATIONS ET DIVISIONS

Les unes et les autres peuvent être acquises ou congénitales: tous les traumatismes, les ulcérations diathésiques, et même la rougeole sont les causes ordinaires des premières. TRÉLAT aurait observé un cas de fissure spontanée du voile du palais, postérieure à la naissance.

Les divisions congénitales dues à un arrêt de développement de l'organe sont complètes ou incomplètes, uniques ou multiples, simples ou compliquées de fentes de la voûte et toujours médianes. Dans les degrés légers la luette, seule intéressée, devient bifide; lorsque tout le voile est divisé, ses deux moitiés, écartées en bas et en arrière, forment un angle antérieur, à la façon de rideaux relevés. L'état de ces vestiges du voile varie d'un malade à un autre; dans quelques cas l'organe atrophié, rudimentaire, est réduit à deux tubercules adhérents aux piliers et au pharynx; ailleurs les deux moitiés symétriques de l'organe persistent, conservent leur contractilité et tendent à se rapprocher pendant les mouvements de déglutition.

Symptômes. — Les altérations fonctionnelles consécutives à la perforation ou à la division du voile nous sont déjà connues; rappelons la gêne de la phonation, de la déglutition, les troubles du goût, de l'ouïe et de l'odorat. La guérison spontanée des divisions congénitales est-elle possible? D'après une observation de TRÉLAT, la soudure serait susceptible de se faire; de même, quelques faits tendraient à prouver que la guérison des divisions pourrait s'effectuer pendant la vie intra-utérine, ainsi qu'en témoignerait une cicatrice sur le raphé médian. Beaucoup de jeunes enfants atteints de ce vice de conformation meurent dans les premières années par le fait de la difficulté qu'ils ont pour s'alimenter.

Traitement. Indications. — Deux modes de traitement s'offrent au chirurgien; l'un, palliatif, consiste à obturer les divisions; l'autre, chirurgical, a la prétention de remédier au vice de conformation. Aucune de ces méthodes n'est à l'abri de critiques; aucune ne guérit complètement, car il faut dans les deux cas recourir ultérieurement aux exercices vocaux. On s'accorde aujourd'hui pour préférer l'opération dans les cas de division incomplète, lorsque les

muscles du voile ont conservé leurs fonctions. Si les lambeaux font défaut, si les muscles sont atrophiés, mieux vaut alors employer les appareils prothétiques; il faut également tenir compte de l'état social des malades.

Les insuccès des opérations entreprises dans la première enfance, celles de LANGENBECK entre autres, ont amené les chirurgiens à ne pratiquer la staphyloraphie qu'à partir de l'âge de sept ans. GAYRAUD croit que cette anaplastie faite avant l'uranoplastie exerce, comme l'opération du bec-de-lièvre, une heureuse influence sur les divisions de la voûte.

Obturbateurs. — Il y a lieu d'en distinguer deux classes. 1° Les uns s'adressent aux perforations et aux divisions simples. 2° Les autres conviennent aux cas

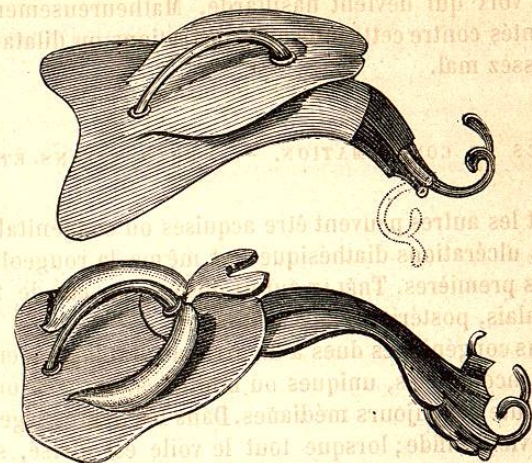


Fig. 156. — Obturbateurs à voile mobile pour divisions congénitales de la voûte et du voile du palais.

compliqués de fente de la voûte et du voile. PRÉTERRE, SUERSEN, ont construit à cet effet des obturbateurs à voile mobile, appareils ingénieux mais coûteux et partant peu pratiques. Ils ne remédient d'ailleurs qu'assez incomplètement aux déficiences fonctionnelles. La plupart de ces engins prennent point d'appui sur les bords de la perforation (fig. 156).

Traitement chirurgical. — La cautérisation des perforations simples rend souvent des services. J. CLOQUET a conseillé de cautériser l'angle de la division pour faciliter la soudure des bords; ce procédé conviendrait également aux absences de soudure congénitales.

Staphyloraphie. — L'autoplastie appliquée au traitement de ces difformités du voile du palais, ou staphyloraphie, quoique indiquée par LEMONNIER au siècle dernier, n'est entrée dans la pratique que depuis 1815. Elle consiste à aviver les bords de la division du voile du palais, puis à les suturer avec des fils métalliques. Afin de faciliter la coaptation et d'éviter les tiraillements excessifs des sutures, DIFFENBACH, FERGUSON, SÉDILLOT ont eu recours à des incisions latérales qui intéressent à la fois muqueuse et muscles.

L'opération la mieux réussie ne corrige pas toujours les déficiences de la prononciation, ainsi qu'il résulte des recherches de PASSAVANT; mais nous ne

croyons pas qu'il soit nécessaire pour remédier à cet inconvénient de pratiquer la soudure du voile à la paroi postérieure du pharynx, comme le conseille cet auteur. L'infirmité est incurable parce que la voûte palatine est mal conformée, trop courte ou trop ogivale, peut-être aussi parce que l'innervation du voile est défectueuse ou que les muscles ne sont pas suffisamment développés. La gymnastique vocale, quand les sujets sont jeunes, contribue d'ailleurs dans une certaine mesure à diminuer ces *desiderata* de l'opération.

§ 3. — Affections des amygdales

Bibliographie. — EHRMANN, *Société de chirurgie*, 1878. — POLAND, *Brit. a. Foreign Med. Chir. Rev.*, 1872, n° 98, et *Arch. gén. de méd.*, 6^e s., t. XX, 1872. — PASSAQUAY, Th. de Paris, 1873. — GAILLARD, *Ibid.*, 1881, t. IX. — CHASSAIGNAC, in *Gaz. des Hôp.*, 1854. — LAMBRON, *Acad. de méd.*, 1861. — CORNIL, *Union méd.*, 1881. — DE SAINT-GERMAIN, in *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1875, t. 1^{er}, p. 21, 137. — MORELL MACKENZIE, Trad. MOURE-BERTIER, Paris 1882, (Bibliogr.). — 1883, BRETON, Th. de Paris.

L'amygdale, malgré son petit volume, est un organe d'une grande importance pathologique. Si ses fonctions sont encore mal déterminées, sa pathologie n'est pas beaucoup plus précise, et l'on sait seulement qu'elle contribue pour une large part à la production des angines, qu'elle est un lieu de prédilection d'un bon nombre d'agents virulents et infectieux, une véritable porte d'entrée des microbes. L'usage a fait classer pour cette raison la plupart des affections des amygdales dans la pathologie interne; nous étudierons seulement celles qui sont susceptibles de nécessiter l'intervention chirurgicale.

Les traumatismes de l'amygdale n'offrent aucun intérêt; SCHROTTER a cité cinq cas de *corps étrangers* de cet organe, et dans la plupart il s'agit d'arêtes de poissons qui se sont implantées dans sa substance. Nous nous occuperons seulement de l'*amygdalo-phlegmon*, de l'*hypertrophie*, des *tumeurs* et des *ulcérations*.

1^o AMYGDALO-PHLEGMON

On a depuis longtemps comparé l'amygdale aux ganglions lymphatiques; l'inflammation aiguë de cet organe vérifie cette analogie. En effet, le tissu cellulaire ambiant a une grande tendance à s'enflammer et à suppurer, d'où la formation de collections d'ordinaire circonscrites, plus rarement diffuses.

Étiologie. — Les causes les plus diverses prédisposent aux phlegmons amygdaliens; tels sont les traumatismes, les corps étrangers, l'hypertrophie; mais à côté de ces causes, il faut faire une large place aux agents infectieux et aux influences atmosphériques.

Symptômes. — Les symptômes du début n'ont rien de caractéristique; l'inflammation la plus légère s'accompagne souvent de phénomènes graves. Cependant, dans le phlegmon de l'amygdale les symptômes du début, la rou-

geur, le gonflement de l'organe et des parties voisines persistant, l'œdème gagne le tissu périphérique, l'enflure apparaît à l'extérieur. La fièvre reste vive, les ganglions sont engorgés, les fonctions de l'isthme du pharynx extrêmement douloureuses.

A mesure que la gravité des symptômes augmente, l'état général s'altère; le sommeil disparaît, la déglutition devient impossible, le facies change, l'haleine est fétide; le malade anxieux, fort gêné pour respirer, expulse avec beaucoup de peine et de souffrances, quelques mucosités épaisses, filantes. Il est parfois difficile à cette période d'examiner la région, le gonflement et la douleur empêchant l'écartement des mâchoires.

Avec un peu d'insistance on peut apercevoir l'isthme du gosier, dont une tumeur diffuse comprenant une partie du voile et des piliers rétrécit très sensiblement l'orifice. Au bout d'une semaine le pus collecté tend à se faire jour au dehors; tantôt l'abcès s'acumine, se présente sous la forme d'une saillie blanchâtre au niveau de l'amygdale, du voile du palais ou des piliers. Le doigt introduit dans la gorge permet de sentir une tension élastique, difficile à définir, qui ne trompe pas quand on l'a sentie une seule fois; la fluctuation est plus difficile à percevoir.

Si la collection n'a pas été évacuée par une incision, l'abcès se crève en donnant issue à une assez grande quantité de pus phlegmoneux, fétide. On a noté un cas de mort par suffocation à la suite de l'irruption subite du pus dans les voies aériennes. Une détente très rapide de tous les symptômes suit cette ouverture; généralement, la guérison survient au bout de peu de jours. Il faut cependant bien retenir que telle n'est pas toujours la terminaison du phlegmon de l'amygdale, qu'il peut récidiver ou entretenir une gêne prolongée de la déglutition, amener enfin à sa suite une paresse du voile du palais et des piliers. D'autres fois le pus se porte à l'extérieur ou fuse le long du cou.

Complications. — Nous avons déjà parlé des dangers d'asphyxie pendant la première période; ils sont encore plus grands si l'amygdalo-phlegmon est double, s'il y a œdème de la glotte; aussi doit-on, dans quelques cas, pratiquer la trachéotomie pour obvier à ces menaces. On a dit que le phlegmon ne se terminait par gangrène que dans le cours de fièvres éruptives graves; néanmoins SOREL a noté cette complication chez un homme atteint de cachexie palustre, et son malade mourut d'hémorragie au moment de la chute des escarres.

L'ulcération des artères du cou dans les phlegmons de l'amygdale a été l'objet d'un travail d'EHRMANN; elle précède ou suit l'ouverture du foyer. La carotide interne est le plus fréquemment intéressée, dans trois cas seulement l'ulcération portait sur la carotide externe. On conçoit aisément toute la gravité de semblables accidents qui enlèvent nombre de malades; d'autres n'ont dû la vie qu'à la ligature de la carotide primitive, préférable dans ce cas à celle de la carotide interne. Diagnostiquer la perforation avant l'ouverture de la collection est un problème fort difficile; si DUKE, DEWARRE surent s'abstenir en pareille circonstance, CHASSAIGNAC, LISTON s'y sont mépris et ont dû lier la carotide séance tenante.

Traitement. — Le traitement abortif ne réussit pas habituellement contre le

phlegmon de l'amygdale; la cautérisation, les astringents augmentent les douleurs sans aucun profit; un vomitif administré dans le cours de l'affection rend quelquefois des services, il peut remplacer un coup de bistouri chez les personnes pusillanimes; c'est aux gargarismes émollients, aux pulvérisations chaudes, aux badigeonnages avec la teinture d'iode qu'il faudra donner la préférence. Extérieurement on se bornera à frictionner le cou avec du baume tranquille et à le recouvrir de coton. Nous avons remarqué que les incisions hâtives ne soulagent pas sensiblement les malades, sans doute parce qu'elles sont forcément timides; il faut surtout s'abstenir de porter le bistouri dans le voile du palais, d'ordinaire très gonflé. Dès que le pus est collecté, on ponctionne le pilier de l'amygdale d'avant en arrière avec un bistouri à gaine, en ayant soin de ne pas diriger la pointe en dehors pour éviter les gros vaisseaux.

2° HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Étiologie. — L'hypertrophie est en réalité un symptôme commun à plusieurs maladies des amygdales; par conséquent les causes qui lui donnent naissance sont des plus variées. Tout porte à croire que les maladies virulentes, les agents spécifiques, exercent une influence prédominante sur sa production. Quoi qu'il en soit, l'hypertrophie a été observée plus fréquemment chez les enfants et les adolescents du sexe masculin. Chez eux le lymphatisme y prédispose beaucoup. Plus tard, les inflammations successives, la puberté, la tuberculose, la syphilis, sont les causes les plus communes du gonflement chronique de ces organes.

Anatomie pathologique. — Le volume de l'amygdale est toujours augmenté dans des proportions qui varient entre celles d'une grosse noisette chez l'enfant et d'une châtaigne chez l'adulte; sa coloration est d'ordinaire rosée, plus rarement rouge-foncé. Suivant CORNIL, par suite de l'hypertrophie des follicules devenus jaunâtres, caséux, et de la sclérose du tissu conjonctif, les cryptes sont réduites à des fentes. La coupe offre des petits foyers caséux disséminés qui ont les plus grandes analogies avec ceux des ganglions tuberculeux. « La muqueuse de la surface et des cryptes est recouverte de son épithélium normal, mais les papilles ont disparu; le chorion est épaissi, sclérosé; il en est de même du tissu réticulé qui ne présente plus la fine fibrillation de l'état normal. Les vaisseaux sont peu abondants et entourés d'une zone de sclérose périvasculaire. » En résumé, l'hypertrophie est due à l'augmentation de volume du tissu réticulé et des follicules de l'organe jointe à l'épaississement du chorion muqueux. La seule différence qui existerait avec l'adénite tuberculeuse serait l'absence de cellules géantes. L'hypertrophie s'accompagne encore dans quelques cas de la formation de calculs: LARREY parle d'une pierre qui pesait deux décigrammes; HOFMOKL cassa un amygdalotome sur une concrétion de cette nature; BRYANT a également rencontré cette variété.

Symptômes. — Tantôt l'affection débute insensiblement, progressivement, tantôt elle résulte de poussées inflammatoires successives; dans l'un et l'autre cas elle se traduit par des signes physiques et des troubles fonctionnels. En

examinant la gorge, on constate l'augmentation notable du volume de l'amygdale qui présente une coloration rosée, une surface lisse; si les deux organes sont pris en même temps, souvent l'un est plus développé que l'autre et le voile du palais se trouve repoussé en haut. Enfin les ganglions sous-maxillaires deviennent assez communément le siège d'une adénopathie chronique qui participe des caractères de l'hypertrophie de l'amygdale.

Parmi les troubles fonctionnels, notons des accès de gêne de la déglutition, une dyspnée qui peut suffoquer le malade et nécessiter la trachéotomie, comme dans un cas de SHAW; la voix devient voilée, faible, la prononciation défectueuse; la bronchite, le coryza en sont assez fréquemment la conséquence. Depuis DUPUYTREN, on admet que l'hypertrophie des amygdales aurait pour conséquence la déformation du thorax qui prend la forme d'une carène.

Les troubles de l'acuité auditive existent presque constamment dans cette maladie; tantôt la surdité est complète, d'autres fois ce sont des tintements, des bourdonnements, phénomènes qui ont été attribués à l'oblitération de la trompe par la compression, au boursoufflement de la muqueuse ou à l'accumulation de sécrétions catarrhales. Mentionnons encore les troubles de l'olfaction et du goût.

L'état général, principalement chez les enfants, ne reste pas indifférent; il en résulte une certaine faiblesse de la constitution; les malades ont constamment la bouche entr'ouverte, la tête inclinée de côté; leur langue est sèche, leurs narines sont étroites et ils s'essoufflent facilement. On a d'ailleurs fait jouer à l'hypertrophie un rôle dans l'étiologie de nombre de complications qui n'ont aucun rapport avec elle, le crétinisme entre autres. Essentiellement lente et chronique, cette affection met rarement la vie en danger; d'ailleurs l'ablation de ces organes fera cesser les accidents.

Traitement. — Il y a grand avantage à prescrire aux enfants atteints de cette maladie, les fortifiants, l'huile de morue, le sirop antiscorbutique, les amers, les iodures. Parmi les topiques nous signalerons les insufflations d'alun, la cautérisation avec le nitrate d'argent, les badigeonnages avec la teinture d'iode. LAMBON a beaucoup préconisé les eaux sulfureuses, en douches ou en pulvérisations. Contre les déformations thoraciques, les exercices gymnastiques ont été utilement conseillés. La ligature, encore employée en Angleterre, l'arrachement (*tonsillothripsie* de NAGEL), méthode ancienne tirée de l'oubli par BORELLI (1861), le massage avec le doigt enduit de poudre d'alun vanté par QUINART, sont inférieurs à l'ablation pure et simple.

Aujourd'hui l'amygdalotomie est une opération courante, et c'est à elle qu'il faudra recourir dans tous les cas chroniques, à partir de l'âge de deux ans. Sans entrer ici dans les détails du manuel opératoire, nous dirons seulement que l'opération se pratique à l'aide du bistouri ou de l'amygdalotome guillotine. Le bistouri en faucille sera préférable dans les cas où l'amygdale est étranglée ou enchatonnée. Chez un enfant, HUETER a fait la trachéotomie; pour endormir son malade, ROSE a proposé l'anesthésie, la tête pendante. En tout cas, chez les jeunes sujets ordinairement indociles, le chirurgien devra mettre ses doigts à l'abri des morsures en introduisant entre les arcades dentaires un coin de bois ou le doigt garanti par un étui en fer blanc recouvert de linge;