

pourrait rendre de grands services (Gouguenheim) et rendre toutes les amygdalites moins pénibles et moins graves.

Mais faut-il attendre que l'abcès s'ouvre spontanément, et rester en somme spectateur de la maladie? C'était ce que recommandait Lasègue. C'était aussi la conduite que défendait mon éminent maître Verneuil. Le plaidoyer qu'il avait prononcé autrefois contre l'ouverture chirurgicale des abcès péry-amygdaliens a laissé une impression qui dure encore, et dont on trouve la trace jusque dans les mémoires récents. Verneuil avait insisté avec raison sur la situation de l'abcès en dehors de l'amygdale, et sur la difficulté qu'on éprouve quelquefois à l'atteindre, sur la petite déconvenue qui attend trop souvent l'opérateur. Il arrive, en effet, qu'on ne trouve pas le pus et que la ponction reste blanche. Mais enfin ces raisons ne sont pas péremptoires. « Traverser tout le pilier antérieur » n'est vraiment pas une opération bien téméraire, ni particulièrement difficile. On peut ajouter qu'elle est sans gravité et fort peu douloureuse. D'autre part, cette petite intervention conduit, dans la majorité des cas, sur la collection. Il ne faut pas se contenter d'une simple ponction, une incision de 12 ou 15 millimètres est nécessaire. Il faut la pratiquer sur la partie la plus saillante et la plus douloureuse, au point le plus empâté et le plus résistant de la tuméfaction. Enfin si elle ne donne pas issue au pus, soit que celui-ci ne soit pas encore collecté, soit que la collection, trop minime, soit difficile à atteindre, où est le mal? La saignée locale ainsi pratiquée amène un incontestable soulagement. Le malade y a toujours bénéfice : dans le premier cas il est immédiatement guéri, dans le second la maladie est abrégée. Pourquoi donc ne pas tenir ici la conduite que l'on tient pour tous les abcès de l'économie, quand précisément l'abcès siège dans une région accessible, et qu'il détermine des phénomènes aussi cruellement pénibles? Sans doute la guérison surviendrait spontanément un jour ou deux plus tard, mais souffrir un jour ou deux de moins n'est pas pour le malade un détail négligeable, et je pense que tous ceux qui pour leur compte auront éprouvé le soulagement complet et rapide que donne une incision heureuse, en resteront pour toujours partisans convaincus.

Chassaignac ne s'en tenait pas à cette incision. Chassaignac, on le sait, prenait grand plaisir à couper les amygdales. Dans le cas particulier il n'y manquait point. « Nous n'hésitons pas, dit-il, dans les cas de suppuration tonsillaire, comme d'ailleurs dans tous les cas d'amygdalite aiguë, à enlever la glande malade avec l'instrument de Fanestock, modifié par nous et d'après les principes de notre procédé opératoire. »

Bien qu'il n'ait eu, paraît-il, qu'à se louer de cette méthode, je ne pense pas que personne ait aujourd'hui la tentation d'imiter en cela sa pratique.

Cependant, si cette opération faite d'emblée ne nous paraît pas justifiée, elle est au contraire indiquée quand l'amygdale est sujette à des poussées aiguës fréquentes, à des péri-amygdalites répétées et qu'elle est volumineuse. Mais il faut alors la pratiquer à froid, en évitant avec soin d'opérer aux environs des poussées aiguës. Une autre intervention est d'ailleurs mieux indiquée encore quand les cryptes infectés sont le point de départ des amygdalites à répétition. C'est la dissection des amygdales pratiquée avec un crochet spécial, qui amène habituellement la cessation des accidents.

**Amygdalite chronique lacunaire** (1). — Les inflammations s'éteignent facilement à la surface de l'amygdale.

Au contraire dans les cryptes dont l'organe est criblé, culs-de-sac profonds et étroits, elles trouvent des conditions défavorables à leur guérison complète et rapide. Aussi les amygdalites chroniques sont-elles surtout des lésions des cryptes ou lacunes tonsillaires. Dans ces dépressions en doigt de gant le processus inflammatoire évolue sourdement et s'éternise. De temps à autre des poussées aiguës viennent rompre le calme apparent. Suivant l'intensité, la durée et le nombre de ces périodes inflammatoires, le tissu amygdalien est le siège d'altérations plus ou moins étendues. Celles-ci se traduisent extérieurement par des modifications très variables dans le volume et la forme de la glande, qui est d'un volume tantôt plus considérable, tantôt moindre qu'à l'état normal. Ces changements dans l'aspect extérieur sont donc insuffisants à caractériser la maladie, et pour lui donner une dénomination qui réponde au siège exact de l'affection, et à son mode d'évolution, il convient de l'appeler amygdalite chronique lacunaire.

Dans les cryptes chroniquement enflammés, les accumulations épithéliales forment souvent des bouchons jaunâtres plus ou moins volumineux, qui ont fait donner à cette variété le nom d'amygdalite lacunaire caséuse. C'est la forme commune. Dans quelques cas on n'observe point ces amas caséux; le processus inflammatoire se traduit surtout par l'hypertrophie ou l'atrophie de l'amygdale, et les poussées périodiques d'amygdalite ou de péri-amygdalite. Je laisserai de côté cette dernière forme, pour m'occuper exclusivement de la première.

**Anatomie pathologique.** — Les produits caséux qui caractérisent cette variété sont constitués par des cellules épithéliales accumulées en grand nombre. Ce sont des cellules mortes, provenant du revêtement qui tapisse la surface des cryptes. Les unes sont encore nucléées et parfaitement reconnaissables, la plupart déformées et très irrégulières, et d'autres réduites à des débris informes.

Entre ces cellules et débris de cellules fourmillent les microorganismes, spirilles, microcoques, etc.

(1) GAMPERT, thèse de doctorat. Paris, 1891. — RUAULT, *Traité de médecine*. Paris, 1892, t. III. — DNOCROWSKI et SOROLOWSKI, *Arch. de laryng.*, 1891 et 1892.



Quelques globules blancs plus ou moins altérés se voient à leur surface. Ces masses peuvent être plus ou moins molles, parfois butyreuses, le plus souvent d'une consistance assez ferme. On y rencontre quelquefois de petites concrétions phosphatiques qui sont de minimes calculs. Ces masses contiennent une assez forte proportion de cholestérine.

Elles sont arrondies, ou pyriformes, ou mûriformes, du volume d'une tête d'épingle, d'un grain de chènevis, d'un pois, parfois encore un peu plus volumineuses. Elles représentent en définitive le moule des cryptes de l'amygdale. Ces cryptes sont modifiés considérablement. Habituellement simples dépressions dont les parois sont au contact, ils sont ici transformés en cavités relativement plus ou moins vastes, exactement remplies par les amas caséux, et présentent une disposition ampullaire. Chaque crypte malade peut être comparé à une large bouteille dont le goulot étroit s'ouvrirait à la surface de l'amygdale et dont la partie renflée serait située dans l'épaisseur de la glande. Les dimensions de l'orifice extérieur ne laissent pas supposer en effet les proportions de la cavité intra-amygdalienne qui lui fait suite. Toutes les lacunes de l'amygdale ne sont pas ainsi transformées. La lésion est généralement partielle, et n'occupe qu'un certain nombre de cryptes, parfois un seul, habituellement trois ou quatre, et ce sont spécialement ceux qui sont situés au niveau de la partie antéro-supérieure de l'amygdale, en regard et au contact du pilier antérieur, qui y sont exposés. On conçoit que si la lésion siège sur deux ou plusieurs cryptes voisins, ces cryptes se dilatant, leurs parois finissent par arriver au contact. Les parois s'amincissent au fur et à mesure que la poussée excentrique distend, les petites lacunes, il arrive un moment où les cloisons se détruisent, laissant en communication les cavités voisines. Aussi quand on introduit alors un stylet par un des orifices extérieurs, peut-on le faire ressortir par un des orifices voisins.

L'accumulation des produits caséux trouve une explication mécanique dans l'étroitesse du goulot des cryptes. Celle-ci est-elle congénitale, ou bien au contraire résulte-t-elle d'un processus pathologique? D'après M. Ruault il faudrait invoquer une inflammation amygdalienne corticale qui n'aurait atteint les cryptes que dans leur portion la plus superficielle, et entraîné consécutivement un rétrécissement de l'extrémité libre des cryptes. Cette manière de voir semble trouver un fondement dans les examens histologiques pratiqués par Dnoekowski et Sokolowski qui ont montré les lésions bien plus considérables au niveau de la portion rétrécie, au voisinage de la surface. A ce niveau en effet les follicules lymphatiques paraissent avoir subi une hypertrophie, et la paroi même des cryptes était granuleuse ou villose, et épaissie. Dans la profondeur au contraire les lésions consistaient simplement en un processus

de raréfaction, paraissant lié à la distension mécanique des cryptes.

Si la rétention des produits caséux est expliquée par la présence de cet anneau rétréci à l'extrémité des cryptes malades, l'origine même de ces produits doit être elle-même cherchée dans un processus d'irritation de l'épithélium qui tapisse ces lacunes. Il y a là un cercle vicieux, une légère inflammation amène le développement des masses caséuses. Celles-ci entretiennent et perpétuent l'inflammation. Il arrive toujours un moment où cette inflammation prend un caractère plus intense, et dépassant les limites de la paroi cryptique, s'étend soit au tissu amygdalien qui est au contact de cette paroi, soit à la région péri-amygdalienne. Dans le premier cas surviennent toutes sortes de modifications secondaires du côté de l'amygdale, épaissement, sclérose, ou rétraction, ou abcès; dans le second survient à titre d'épisode aigu une périamygdalite phlegmoneuse. Le cas devient dès lors complexe, à l'amygdalite caséuse s'est ajoutée une amygdalite chronique interstitielle.

**Étiologie.** — Tout le monde n'est pas susceptible d'avoir de l'amygdalite caséuse, car il est probable qu'une disposition congénitale des cryptes favorise cette forme pathologique. En outre certains tempéraments sont peut-être une cause prédisposante. Les sujets qui en sont atteints sont surtout des arthritiques. Mais d'autre part il est indispensable qu'une phlegmasie, ou des inflammations répétées, viennent créer à son développement des conditions propices. Ce sont donc des sujets qui ont eu des angines catarrhales, des angines simples superficielles qui en seront atteints. Mais à cet égard il faut bien se garder d'une erreur d'interprétation. Les angines répétées sont souvent des complications de l'amygdale lacunaire, elles sont encore plus souvent l'effet que la cause.

On ne l'observe point chez les enfants tout jeunes. Elle est rare dans la seconde enfance, et commence à se montrer dans l'adolescence. Mais elle présente son maximum de fréquence de 20 à 35 ans.

**Signes.** — Les bouchons caséux dont nous avons plus haut donné la description constituent le signe caractéristique de la maladie. Ils sont parfois expulsés spontanément, et le malade est habituellement fort surpris les premières fois qu'il constate dans un crachat la présence d'un de ces bouchons jaunâtres, grisâtres ou verdâtres qui sont d'une extrême fétidité. Ils sont expulsés dans les conditions suivantes. Un individu dont la santé par ailleurs est en général parfaite, après quelques jours de gêne dans la gorge, de picotements, de lancinements, tous phénomènes si légers, qu'il ne s'en préoccupe habituellement en aucune façon, a la sensation d'avoir dans le pharynx un corps étranger. C'est souvent à la suite d'un effort de toux ou d'un simple toussaillement. Il crache et rejette un bouchon plus ou moins volumineux. Les mêmes phénomènes se reproduisent à intervalles variables, souvent rapprochés, parfois considérables, quelquefois tous



les cinq ou six mois ou davantage. Ces formes torpides, caractérisées seulement par de légers phénomènes ne se manifestant qu'à des intermittences séparées par de longues périodes de repos, ne sont peut-être pas exceptionnelles, mais on voit rarement les malades dans ces conditions, car ils ne songent point à consulter pour une maladie qui les gêne si peu.

Les cas qu'on observe sont beaucoup plus sérieux, les masses caséuses se reproduisent plus souvent, leur volume est plus considérable; elles déterminent des troubles fonctionnels variés et d'une intensité assez grande pour incommoder beaucoup le sujet.

Ces troubles fonctionnels sont multiples. Les malades éprouvent au niveau de l'isthme du gosier une sensation de gêne qui revêt des modes variables. Ce sont des chatouillements, des picotements, parfois encore l'impression d'avoir un corps étranger dans la gorge. Le malade fait alors des efforts répétés pour avaler ou pour cracher sans arriver à se débarrasser de cette énervante sensation. Parfois c'est une véritable douleur localisée derrière l'angle de la mâchoire. Ces phénomènes s'accroissent quand survient une cause quelconque d'irritation ou de fatigue de l'isthme du gosier. Ainsi, après avoir fumé, parlé longtemps en public, chanté, ou s'être exposé au froid, le malade est plus incommodé. La déglutition de la salive devient alors en général assez pénible. Mais pendant le repas le malade oublie cette légère douleur, et les aliments sont avalés sans difficulté. Ces sensations anormales du côté de l'isthme du gosier sont accompagnées d'une toux, qui elle aussi ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères, et varie du simple toussaillement à la toux quinteuse. Mais c'est une toux qui n'est pas suivie d'expectoration, une toux sèche. Elle est pénible, désagréable à entendre, et fatigante pour le malade.

Elle n'est liée en aucune façon à un état pathologique du larynx ou des bronches, elle est d'origine réflexe, et reconnaît pour cause l'irritation des terminaisons nerveuses sensibles dans l'amygdale. La meilleure preuve qu'on en puisse fournir est qu'elle cesse ou s'atténue très vite après l'expulsion ou l'ablation des masses caséuses qui encombrent l'amygdale. L'haleine est fétide. Cette fétidité est parfois extrême. Le malade lui-même perçoit cette odeur désagréable, et cette perception est particulièrement nette le matin, et chaque fois qu'il éternue ou qu'il tousse. Elle diminue d'ailleurs pendant les périodes de calme, et certains malades sont informés du retour de leurs productions caséuses par une recrudescence dans la mauvaise odeur de leur haleine.

Le goût est aussi défavorablement impressionné par une saveur également infecte.

Enfin la voix elle-même peut être altérée, elle est plus sourde. Le malade est dans l'impossibilité de fournir les notes élevées, ou du

moins il se fatigue vite. Il est obligé de faire effort, et souvent à la suite de cet effort il est pris de quintes de toux violentes.

Tous ces signes permettent de soupçonner l'affection, quand ils sont associés, car chacun d'eux pris en particulier n'a pas de valeur absolue, mais la présence dans les crachats de concrétions jaunâtres, moulées sur les cryptes amygdaliennes, est pathognomonique. Quand ce dernier signe manque, l'examen de la gorge seul peut permettre d'affirmer le diagnostic.

Or l'examen de la gorge montre des altérations dont les unes sont banales, et d'autres qui sont caractéristiques de l'amygdalite caséuse. Les premières sont de la rougeur plus ou moins vive, de la sécheresse plus ou moins accusée du pharynx et des piliers, et des changements de forme et de volume des amygdales. Ces dernières glandes sont généralement augmentées de volume, mais elles sont parfois petites, ratatinées, et loin de faire saillie sont dissimulées entre les piliers du voile, ou étalées sur la paroi du pharynx. Ces changements de volume sont donc des symptômes secondaires. Habituellement l'amygdale est hypertrophiée, mais cette hypertrophie n'est pas considérable. L'affection peut d'ailleurs être uni ou bilatérale. La coloration de l'amygdale est non moins variable et tout aussi peu caractéristique. Toutefois elle est généralement plus rouge, plus vascularisée qu'à l'état normal, et cette coloration est d'autant plus accentuée que le malade est observé plus près d'une période aiguë. — Mais à la surface de l'amygdale on aperçoit un certain nombre de cryptes dont l'orifice plus ou moins resserré est occupé par une sorte de mastic blanc jaunâtre ou verdâtre. Si l'on introduit un stylet dans cet orifice, on voit qu'il s'enfonce à une certaine profondeur et que son extrémité se déplace dans une cavité relativement spacieuse. A l'aide du stylet on peut soit énucléer en bloc le bouchon jaunâtre, soit faire sortir la matière caséuse en grumeaux. Le stylet peut ressortir par un autre orifice. Il n'est pas toujours aussi facile de voir les lacunes malades. Celles-ci sont, nous l'avons vu, presque toujours celles qui occupent la partie antéro-supérieure de l'amygdale. Or, à la suite de poussées inflammatoires, il survient parfois des adhérences de cette glande avec le pilier antérieur, qui masquent les cryptes atteintes. Dans certains cas on aperçoit à la surface de l'amygdale des taches d'un blanc jaunâtre, qui par leur blancheur plus vive et leur aspect légèrement voilé contrastent avec les bouchons qui se montrent aux orifices des cryptes. Il est facile de constater que ces taches ne sont pas absolument superficielles, mais qu'elles répondent à des productions qui, ayant pris naissance dans la profondeur, viennent affleurer la surface. Et en effet ce sont des cryptes dilatés, injectés de matière caséuse qu'on aperçoit par transparence à travers la muqueuse amincie. Si avec le bout du stylet, ou la pointe d'un bistouri ou d'une aiguille on déchire ce léger voile, le contenu blanchâtre vient sourdre



par le pertuis ainsi créé, comme font les couleurs dont se servent les peintres quand on presse le tube d'étain où elles sont contenues.

**Marche.** — Il est à peu près impossible de préciser, dans un cas donné, la date exacte du début de la maladie qui s'installe avec lenteur et ne détermine qu'à la longue des signes fonctionnels assez notables pour qu'on songe à s'en occuper. Une fois créée l'affection, chronique dès le début, n'a aucune tendance à disparaître. Mais des poussées aiguës se détachent dans cette évolution habituellement torpide. Donc, à des intermittences variables, les douleurs se précisent, les sensations de gêne augmentent, les troubles réflexes du côté du larynx s'accroissent, en même temps l'amygdale devient plus volumineuse et la rougeur de sa surface plus intense. En même temps il y a généralement du malaise, de la courbature, l'appétit est médiocre. Tout cela prend fin avec l'expulsion de quelques concrétions et le calme renaît pour un certain temps. Ces poussées sont souvent périodiques; le malade les prévoit, et quand il a appris à connaître son affection, il pratique lui-même l'extirpation des corps étrangers de son amygdale, ce qui entraîne un soulagement très rapide.

Les choses ne se passent pas toujours avec cette simplicité. L'amygdale devient alors le siège d'une inflammation intense, qui aboutit à la suppuration. Cette amygdalite phlegmoneuse ne diffère point de celle que nous avons décrite plus haut. L'inflammation peut diffuser autour de l'amygdale dans la loge péri-amygdalienne, alors que l'amygdale elle-même est à peine touchée. Cette péri-amygdalite phlegmoneuse répond encore exactement au type qui a fait l'objet du précédent paragraphe.

En d'autres termes, l'amygdalite lacunaire non seulement est un point de départ fréquent d'abcès amygdaliens et péri-amygdaliens, mais encore on note souvent en pareil cas leur tendance à la répétition, les cryptes demeurant un perpétuel foyer d'infection.

La plupart de ces abcès évoluent selon le mode aigu, et guérissent en peu de jours, qu'on les ait abandonnés à leur marche naturelle ou traités par l'excision. Mais quelques-uns sont susceptibles de revêtir une allure lente et torpide au point de mériter la désignation d'abcès chroniques de l'amygdale (1).

Enfin les concrétions caséuses ou les abcès chroniques pourraient conduire à la formation des calculs de l'amygdale. Ce processus n'est pas compris par tous de la même façon. Pour Gampert, ces calculs résulteraient de la transformation calcaire des concrétions, simple hypothèse, comme le reconnaît l'auteur lui-même. Pour Babuel-Peyrissac ce sont les abcès eux-mêmes qui « évoluent vers le calcul

(1) GRYNFELT, *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1884. — NOGUET, *Congrès de la Société française d'oto-laryngologie*, 1888. — GAREL, *Ann. des mal. de l'oreille, du nez et du larynx*, 1889. — BABUEL-PEYRISSAC, thèse de doctorat, Bordeaux, 1893.

amygdalien » après s'être transformés en « véritables kystes purulents », dont le pus deviendrait de plus en plus concret, autre hypothèse également dépourvue de fondement.

**Diagnostic.** — A part quelques dispositions anormales qui peuvent rendre malaisée l'exploration des tonsilles, le diagnostic ne présente en général pas de difficulté.

Aucune des angines blanches à exsudats superficiels ne pourra prêter à confusion. Les amas blanchâtres qu'on observe dans la pharyngomycose leptothricique, siègent un peu partout dans le pharynx, sans aucune prédilection pour les cryptes. L'affection s'accompagne de fort peu de troubles fonctionnels; les masses, qui d'ailleurs sont d'une coloration blanche, font saillie à la surface de la muqueuse. Dans les cas douteux, bien rares à la vérité, l'examen microscopique lèverait évidemment tous les doutes.

Quant à la tuberculose caséuse de l'amygdale, elle ne prête guère à confusion, car elle ne donne pas lieu à des productions comparables aux bouchons caséux de l'amygdalite lacunaire. Elle aboutit très rapidement à des ulcérations qui présentent les caractères des ulcérations tuberculeuses et s'observe d'ailleurs chez des bacillaires.

Cependant Lacaze (1) nous cite un cas d'*amygdalite lacunaire caséuse de nature tuberculeuse*; l'aspect de l'amygdale était identique à celui qu'on observe dans l'amygdalite caséuse ordinaire, les bouchons semblables. La présence de ganglions cervicaux fit soupçonner le diagnostic que la constatation des bacilles permit d'établir.

**Traitement.** — L'ennui que cause au malade la perpétuelle réapparition des troubles fonctionnels plus ou moins pénibles, constitue une indication formelle d'instituer un traitement énergique pour guérir cette affection. Tout traitement qui n'a pas pour but de supprimer les causes de rétention dans les cryptes sera forcément impuissant. Aussi, sans perdre de temps aux applications topiques et aux gargarismes d'une utilité médiocre, faut-il d'emblée s'attaquer à la source du mal. L'ablation de l'amygdale serait un moyen, si cette ablation était simple, efficace et sans danger. Ce n'est pas le cas. L'amygdalotomie est ici contre-indiquée, l'amygdale n'est jamais très grosse, elle est souvent plus petite qu'à l'ordinaire. Son faible volume, ses adhérences avec les piliers rendent son extirpation malaisée. Et cette ablation cependant devrait être complète, car il suffit de laisser quelques cryptes pour que le malade puisse avoir des amygdalites phlegmoneuses (2). Enfin c'est dans les cas de ce genre que l'amygdalotomie peut être dangereuse. — Aussi y a-t-il mieux à faire. La discision est aujourd'hui la méthode de choix. Employée tout d'abord par Hoffmann, puis par Moritz, Schmidt, Michel de Cologne, introduite en France par Calmettes, Lubet-Barbon

(1) LACAZE, *Arch. de méd.*, 1894.

(2) SALLARD, thèse de doctorat, 1892. — GAREL, *loc. cit.*