

jusqu'aux incisives. En arrière elles peuvent s'étendre dans le voile qu'elles dédoublent, comme dans le cas de Trélat. Elles franchissent la ligne médiane quand elles ont acquis un certain volume.

Enfin il arrive un moment où la tumeur, cessant d'être encapsulée, envahit tout ce qui l'entoure, et en particulier la muqueuse qui la recouvre et le squelette sur lequel elle repose.

Le début, comme celui de tous les néoplasmes, est indolent et graduel, mais la saillie palatine est perçue de bonne heure par le malade.

Avec les progrès de la maladie, cette tumeur remplit la bouche, gêne considérablement la mastication et la parole, et oblige le malade à garder la bouche ouverte.

Les douleurs ne tardent pas à survenir, précédant ou accompagnant l'altération de l'état général.

Le diagnostic ne présente pas habituellement de grandes difficultés. Une fois écartés les abcès, qu'on ne saurait confondre avec l'affection dont il s'agit, la syphilis tertiaire, qui n'y ressemble guère, les tumeurs du voile, qui n'envahissent jamais la voûte, les tumeurs du maxillaire et des gencives, qui ne s'étendent sur la voûte que secondairement, sans s'arrêter sérieusement aux tumeurs bénignes, si exceptionnelles à la voûte, on arrive, pour ainsi dire d'emblée, à la notion de tumeur suspecte. Or les épithéliomes, bien rares d'ailleurs, s'accompagnent de lésions de la muqueuse qui sont caractéristiques.

Connaissant la rareté à la voûte des véritables tumeurs mixtes, on n'aura « pas besoin de faire un long diagnostic différentiel pour reconnaître l'adéno-sarcome » (Trélat).

Une mollesse ou une dureté plus grande feraient songer à du myxome ou à de l'enchondrome.

**Traitement.** — Le pronostic, qu'il s'agisse de sarcome ou d'épithélioma, est assez sérieux pour qu'on doive procéder sans hésitation et sans retard à l'extirpation de la tumeur.

Cette opération est en général simple, quand la tumeur est petite; mais son gros volume, comme dans le cas de Trélat, le large envahissement du squelette, dans d'autres circonstances, peuvent rendre l'intervention laborieuse, émouvante et grave.

On est quelquefois conduit à pratiquer le débridement de la joue, ou même, comme l'a fait Kroulein, dans un cas, l'incision des deux joues. Mais habituellement les voies naturelles suffisent pour mener à bien l'extirpation.

J'ai assisté à l'ablation, par Verneuil, d'un de ces sarcomes palatins, qui avait pénétré dans les fosses nasales. L'opération fut pénible; les artères palatines postérieures donnèrent beaucoup de sang et cette hémorragie fut très difficile à arrêter. De nouvelles hémorragies se reproduisirent pendant la nuit et le jour suivant.

A sa visite du surlendemain, Verneuil, trouvant le malade exsangue, fit la ligature de la carotide externe gauche. L'écoulement du sang

s'arrêta immédiatement, mais il était trop tard, le malade épuisé succomba deux heures après.

Même quand on opère dans ces mauvaises conditions, de tumeurs étendues, largement adhérentes au maxillaire, on peut obtenir de beaux succès et des succès durables. Je vois souvent à la consultation de Broussais, où il vient se faire panser pour une gangrène sénile des orteils, un ancien malade de M. Le Dentu. Cet homme, opéré en 1871, d'un volumineux chondro-myxome palatin (1), est resté guéri. Sa tumeur avait envahi la voûte osseuse du palais, la fosse nasale, le rebord alvéolaire, et il a fallu, pour détruire tout le mal, faire de grands sacrifices. La large perte de substance, qui faisait communiquer la bouche et les fosses nasales, s'est rétrécie spontanément, d'une façon considérable. Mais il persiste un trou où peut passer facilement l'index. On aurait pu tenter l'oblitération de cet orifice, en prenant par exemple un lambeau sur la joue, mais le malade s'y est toujours refusé. Satisfait de l'appareil qu'il se confectionne lui-même, chaque jour, avec une boulette de papier, il n'a jamais voulu consentir non plus à porter une pièce prothétique.

#### TUMEURS DES AMYGDALES ET DU PHARYNX.

**Tumeurs bénignes des amygdales.** — Nous ferons rentrer, un peu de force, dans ce chapitre l'*hypertrophie simple* et les *calculs de l'amygdale*, puis nous consacrerons quelques lignes aux véritables *tumeurs bénignes*, qui sont, à la vérité, des curiosités bien rares.

**Hypertrophie des amygdales** (2). — On désigne sous ce nom une affection des enfants et des adolescents, dans laquelle les amygdales palatines sont le siège d'une augmentation de volume permanente, progressive, habituellement bilatérale, s'accompagnant de troubles fonctionnels variés, et ayant la plus fâcheuse influence sur la nutrition générale et le développement.

Il faut séparer immédiatement cette hypertrophie, qui constitue une maladie presque spéciale à l'enfance, non seulement de toutes les affections variées où l'augmentation du volume est liée à une cause, temporaire ou durable, mais évidente, comme une tumeur, un calcul, une inflammation aiguë, mais encore de certaines tuméfactions chroniques de l'amygdale, qui sont sous la dépendance d'amygdalites à répétitions. Il y a en pareil cas un travail de sourde inflammation qui persiste toujours au niveau des cryptes de

(1) LE DENTU, *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1871.

(2) CHASSAIGNAC, *France méd.*, 1854 et 1855. — RICORDEAU, thèse de Paris, 1886. — VALLAT, *Gazette des hôp.*, 1888. — LENNOX BROWNE, trad. par D. Aigre. — BALME, thèse de Paris, 1887-1888. — SCHWARTZ, *Soc. de chir.*, Paris, 1890. — QUÉNU, *Soc. de chir.*, 1890. — TERSON, thèse de doctorat, Paris, 1891. — SALTAS, thèse de Montpellier, 1892. — LALLEMANT, thèse de Bordeaux, 1892. — BALHADÈRE, thèse de Paris 1895. — FRÉMONT, thèse de Paris, 1897.

l'amygdale, et de temps à autre une poussée aiguë survient. Il est naturel que l'organe qui est le siège d'un processus inflammatoire de longue durée, avec redoublements périodiques, soit plus volumineux que l'organe normal. Ce n'est pas là toutefois la véritable hypertrophie amygdalienne de l'enfance, qui se présente avec une physionomie distincte et qui seule sera étudiée ici.

**Étiologie.** — L'hypertrophie des amygdales est une maladie très commune. Dans les grandes villes elle frappe un enfant sur dix. Elle est l'apanage des débilités, des strumeux, des dégénérés, des héréditaires. Souvent plusieurs enfants d'une même famille en sont atteints. C'est habituellement dans la deuxième enfance, ou au commencement de l'adolescence, que les tonsilles s'hypertrophient. La question de terrain prime tout. Les enfants des riches, bien nourris, bien chauffés, en sont atteints aussi fréquemment que ceux des pauvres diables. Ceux des campagnes, bien plus exposés au froid et à l'humidité, sont cependant plus rarement frappés que ceux des villes. Le processus qui conduit à l'hypertrophie des amygdales est rarement localisé à ces organes; il frappe simultanément les autres organes lymphoïdes du voisinage, amygdale linguale, amygdale pharyngée. Ces dernières lésions pourraient être décrites aussi sous le nom d'hypertrophie des amygdales, mais il y a intérêt à conserver à ce terme sa signification habituelle, augmentation de volume des vraies amygdales. Autrefois on mettait sur le compte de cette maladie une foule de symptômes qui paraissent aujourd'hui devoir être attribués avec bien plus de raison aux lésions concomitantes des organes lymphoïdes du naso-pharynx.

**Anatomie pathologique.** — Les deux amygdales sont plus volumineuses qu'à l'ordinaire, tantôt au même degré, tantôt inégalement. Cette hypertrophie se fait en masse, l'organe augmentant dans toutes ses dimensions, et celles-ci conservant leurs proportions respectives. Les amygdales hypertrophiées présentent, il est vrai, certaines différences d'aspect et de forme, différences assez considérables pour qu'on en puisse distinguer plusieurs variétés. Ces variétés tiennent probablement à ce qu'à l'état normal l'amygdale présente elle-même plusieurs types distincts, que reproduit l'hypertrophie.

A la coupe ces organes montrent un tissu pâle, d'un blanc jaunâtre ou grisâtre, de consistance plus ou moins molle, à peu près uniforme. L'examen microscopique y montre une simple hypertrophie du tissu lymphoïde qui constitue l'amygdale, avec quelques variations peu importantes dans le nombre et la forme des cellules, parfois des lésions inflammatoires surajoutées, et des zones de sclérose consécutive, principalement autour des cryptes. La vascularisation est moindre qu'à l'état normal. Quant à la muqueuse, elle est peu modifiée. Son chorion est souvent légèrement épaissi. L'épithélium conserve habituellement ses caractères normaux. Dans certains cas,

il serait susceptible de subir par places l'évolution cornée, et de se comporter par conséquent comme l'épiderme.

On savait depuis longtemps que les strumeux étaient particulièrement prédisposés à l'hypertrophie tonsillaire. M. Dieulafoy a essayé de montrer qu'il y avait non seulement là une cause prédisposante, mais que l'affection était parfois sous la dépendance directe de la tuberculose, et se présentait comme une tuberculose larvée. A l'appui de cette hypothèse, M. Dieulafoy expose le résultat des inoculations faites avec des amygdales hypertrophiées, qui dans un grand nombre de cas ont donné des résultats positifs (1). Ces recherches, exposées avec beaucoup de talent et conduisant à des conclusions très séduisantes, ne sont pourtant pas encore acceptées définitivement. Comme le fait remarquer Cornil, si la présence de microorganismes de la tuberculose ne paraissait pas contestable dans les cas de M. Dieulafoy, on n'en saurait toutefois rigoureusement conclure qu'ils aient été la cause de la maladie, car ils pouvaient être simplement déposés à la surface des tonsilles, ou logés dans les cryptes. Seuls des examens microscopiques, montrant les bacilles logés dans l'épaisseur du tissu amygdalien et produisant les lésions habituelles et caractéristiques, auraient pu apporter une démonstration péremptoire.

**Signes.** — L'augmentation de volume des amygdales se constate avec la plus grande facilité, dès qu'on examine la gorge du sujet. On voit alors les tonsilles, qui chez les individus normaux ne dépassent pas les piliers, faire une saillie considérable et se rapprocher du plan médian. Elles acquièrent le volume d'une noisette, d'un œuf de pigeon. L'hypertrophie est presque toujours bilatérale. Les lésions sont souvent symétriques, mais fréquemment aussi l'une des deux amygdales devient prédominante. Elles peuvent arriver à entrer en contact sur la ligne médiane. L'amygdale en augmentant de volume a conservé sa forme, elle est ovoïde à grand axe vertical. Sa surface est lisse ou légèrement bosselée. Sa coloration d'un rose pâle. Au toucher, on constate que la sensibilité de la muqueuse est habituellement amoindrie; parfois même cette membrane a complètement perdu sa sensibilité, et l'on peut y promener le bout du doigt sans déterminer aucun réflexe. La consistance de l'amygdale est variable, parfois dure, quelquefois molle, elle est généralement assez résistante et uniforme.

L'amygdale peut être altérée dans sa forme. D'après l'aspect qu'elle présente on en décrit plusieurs variétés, amygdales pédiculées, déchiquetées, enchâtonnées. Ces dispositions sont en elles-mêmes peu importantes, mais elles présentent un certain intérêt au point de vue de la tonsillotomie.

(1) DIEULAFOY, Tuberculose larvée des trois amygdales. *Acad. de méd.*, 1894.

Les amygdales enchâtonnées sont surtout importantes à bien connaître ; ce sont celles qui, en se développant, ne font pas saillie hors des piliers, mais restent dissimulées dans la loge qu'ils lui forment. Les piliers, l'antérieur surtout, s'étalent à sa surface.

L'extirpation des amygdales devient, en pareil cas, une opération toujours délicate.

L'hypertrophie tonsillaire peut exister, même à un degré assez accentué, sans déterminer de troubles fonctionnels bien considérables.

Le volume des tonsilles n'est jamais assez considérable pour devenir un obstacle à la déglutition.

Mais la voix est modifiée, elle est plus sourde, et prend le caractère nasonné, modifications qui tiennent à trois causes ; d'abord le pharynx est obstrué mécaniquement et ses conditions de résonance sont ainsi modifiées, en deuxième lieu le jeu du voile du palais est entravé, enfin il y a habituellement coïncidence de végétations adénoïdes dans l'arrière-cavité des fosses nasales. — Parfois une toux sèche, brève, persistante, est sous la dépendance de l'hypertrophie des amygdales, causée par les réflexes dont ces glandes deviennent le point de départ. L'ouïe est souvent diminuée, fait qu'on a expliqué de différentes façons, mais qui tient sans doute à l'hypertrophie concomitante des amas lymphoïdes situés au niveau de l'orifice pharyngien de la trompe.

Depuis longtemps on a remarqué que les enfants atteints d'hypertrophie tonsillaire demeuraient petits et chétifs, leur développement est retardé et incomplet. Ils ont souvent le visage asymétrique, le nez dévié, le thorax rétréci, le corps émacié. A la vérité tous ces troubles de la nutrition ne peuvent être attribués à la simple hypertrophie des amygdales. Ils tiennent pour une bonne part, sinon principalement, aux végétations adénoïdes qui rendent la respiration nasale insuffisante.

Les petits malades seraient exposés, du fait de leur hypertrophie amygdalienne, à une foule de troubles digestifs variés, dyspepsie, gastralgie, entérite, etc. D'après l'auteur d'une thèse subie il y a peu de temps, la salive déglutie par l'enfant transporterait jusque dans l'estomac une foule de produits toxiques, qui prendraient naissance au niveau de la surface et des cryptes de l'amygdale, et résulteraient soit de sécrétions anormales, soit de fermentations qui se feraient dans les anfractuosités de la glande. La meilleure preuve qu'on en puisse donner est que ces troubles digestifs disparaissent après l'amygdalotomie.

Ces faits n'ont évidemment rien d'impossible, mais ils mériteraient une démonstration un peu plus rigoureuse.

Les amygdales hypertrophiées sont sujettes à des poussées inflammatoires fréquentes, il y a là un cercle vicieux, l'hypertrophie favorise l'inflammation, les inflammations successives augmentent le

volume de l'amygdale. A cause de la gêne de la respiration nasale, les malades gardent habituellement la bouche ouverte, surtout pendant le sommeil ; l'inspiration se fait principalement par la bouche, et toutes les poussières atmosphériques viennent se déposer à la surface des tonsilles. Celles-ci se trouvent à la fois plus exposées aux contagions, et moins aptes à y résister.

Aussi les sujets dont les amygdales sont hypertrophiées sont-ils plus sujets que les autres aux angines et aux adénopathies cervicales.

Ces malades, respirant la bouche ouverte, ronflent pendant leur sommeil. Vidal rapporte qu'un malade de son service, dont les amygdales étaient énormes, faisait tant de bruit en dormant, que ses voisins de salle l'obligèrent à se faire couper ses glandes.

Au bout de quelques années, les amygdales hypertrophiées peuvent rétrocéder spontanément, ou du moins diminuer considérablement de volume. Mais c'est au grand préjudice du malade qu'on attendrait cette terminaison ; exposé, pendant toute sa période de croissance, aux conséquences d'une hématoïse insuffisante, il demeure chétif et rabougri.

Sous des apparences très bénignes, cette affection n'en est pas moins sérieuse, puisqu'elle entrave le développement chez l'individu.

En lisant la série de troubles multiples et graves, répartis sur presque tous les organes de l'économie, que l'on attribue à l'hypertrophie des amygdales, on reste tout d'abord un peu sceptique. Mais on constate chaque jour et par soi-même que la simple ablation de ces organes amène un changement profond et salutaire dans l'état général et la nutrition du sujet.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est tellement évident, que dans l'immense majorité des cas il n'y aura pas place pour la moindre incertitude ; et l'on peut dire qu'en général il suffit d'un coup d'œil jeté dans la gorge, pour affirmer sans hésitation l'hypertrophie amygdalienne.

Avant tout examen du pharynx, le faciès du sujet, le timbre de sa voix, pourront faire soupçonner l'affection dont il est atteint. Un examen plus attentif sera nécessaire pour établir la variété à laquelle on a affaire et se renseigner en particulier sur l'enchâtonnement. Cependant, quelque facile que soit en général le diagnostic, il faut être bien prévenu qu'il existe des causes d'erreur, auxquelles il faut toujours songer avant de prendre une détermination.

Il faut toujours se méfier des hypertrophies amygdaliennes unilatérales, et de celles qui ne surviennent pas pendant l'enfance. Elles peuvent être la conséquence d'un épithéliome, d'un sarcome au début, d'un calcul, d'une tumeur bénigne de la glande. Pour rares que soient ces cas, la confusion n'en est pas moins possible. Des abcès chroniques de l'amygdale pourraient également simuler l'hypertrophie