

simple. Avant toute intervention, il est un point qu'il faut bien établir, c'est l'état d'inflammation et de vascularisation de la glande. Une amygdalite récente doit faire retarder l'amygdalotomie, sous peine d'avoir à redouter de graves hémorragies. Enfin un point étiologique pourra être recherché. Quelques hypertrophies amygdaliennes étant des tuberculoses larvées, la recherche d'autres signes de strume pourra jusqu'à un certain point permettre d'établir cette origine, qui cependant ne sera démontrée qu'après examen de coupes provenant d'un fragment des amygdales suspects.

Traitement. — L'hypertrophie des amygdales est une affection qui est loin d'être négligeable. Elle expose les enfants à des angines répétées, gêne la respiration et entrave le développement. Il y a donc grand avantage à ne pas laisser persister chez eux une tare aussi fâcheuse.

Sans parler du traitement général que comporte l'état, habituellement précaire, de ces enfants qui sont frêles, pâles, chétifs, il y a lieu de s'adresser directement et sans attendre aux amygdales elles-mêmes. Or, on pourrait être tenté de recourir aux applications de topiques sur les tonsilles hypertrophiées, pour en obtenir la régression. Les cautérisations légères, avec la teinture d'iode, le nitrate d'argent, les badigeonnages avec le jus de citron, pourraient, à la rigueur, amener ce résultat favorable. Il ne faut pas compter cependant sur ce mode de traitement, toujours long, souvent complètement inutile, et ne donnant, en général, que des améliorations temporaires. On en peut dire autant du *massage* des amygdales.

Par contre la suppression des organes malades amène, presque à coup sûr, la guérison en quelques jours. Au point de vue de la rapidité de la guérison, même dans les cas où cette ablation ne peut être réalisée d'une façon complète, cette méthode est incomparablement supérieure à toutes les autres. Elle resterait la méthode de choix, sans quelques accidents de nature à faire réfléchir. Ces éventualités, pour rares qu'elles soient, sont assez sérieuses pour que beaucoup de chirurgiens aient renoncé à l'amygdalotomie, et adopté une des méthodes rivales, c'est-à-dire la cautérisation ignée interstitielle ou la dissection des amygdales.

L'*amygdalotomie* est une opération fort simple. Il n'en est pas cependant dont le manuel opératoire soit plus diversement compris. Les premiers qui la pratiquaient se servaient tout simplement du bistouri. Puis on fit construire toutes sortes d'instruments de forme étrange pour mener à bien cette extirpation. On trouvera au musée Orfila toute une série de boîtes à amygdalotomie, montrant les multiples variations que subirent, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, les pinces et bistouris spéciaux destinés à cet usage.

L'écraseur est aujourd'hui abandonné, mais le serre-nœud con-

serve, dit-on, des partisans. Lennox Browne figure encore dans son livre un serre-nœud à fil de fer, dont il ne déconseille pas l'usage.

On se sert habituellement, pour pratiquer cette opération, d'un amygdalotome, sorte de guillotine, composé d'un anneau tranchant et mobile, se déplaçant entre deux anneaux fixes. Il est inutile de décrire cet instrument, connu de tous, dont il existe plusieurs modèles dans tous les services de chirurgie. Il est juste de reconnaître que ces différents amygdalotomes sont des appareils assez compliqués, et qui sont loin de fonctionner toujours d'une façon parfaite. A l'aide de ces guillottes, on pratique assez facilement et sans danger l'ablation, non pas de la totalité de l'amygdale, mais de toute la partie saillante en dedans des piliers, à condition que l'amygdale ne soit ni enchâtonnée, ni étalée, ni déchiquetée, ni trop volumineuse. Dans la grande majorité des cas, les choses marchent très bien et très simplement. Il est vrai que parfois, quand l'enfant fait un mouvement intempestif, il peut y avoir une petite abrasion du pilier antérieur, de légères blessures du voile, de la langue, ou du pharynx par les pointes dont l'amygdalotome est muni; parfois aussi l'amygdale détachée peut échapper à l'instrument et tomber sur l'orifice supérieur du larynx. Enfin l'anneau tranchant pourrait lui-même se briser. Tout cela est heureusement fort rare, et ce sont des accidents que l'on connaît plutôt pour les avoir entendu citer que pour les avoir vus. De Saint-Germain avait renoncé à tous les instruments de ce genre. « Neuf fois sur dix, dit-il, celui qui se sert de l'amygdalotome ne coupe qu'une petite languette de la glande ». Aussi se servait-il exclusivement du bistouri, « qui a entre autres avantages sur l'amygdalotome celui de pouvoir servir toujours et partout ».

On a fait aussi l'ablation de l'amygdale avec l'anse galvanique, procédé auquel on reproche d'être plus douloureux que les autres, et qui a le tort de nécessiter une installation et une instrumentation spéciale.

Péan a fait construire d'excellentes pinces coupantes qui d'un seul coup emportent l'amygdale. Ruault emploie de même des pinces emporte-pièce. De son côté, M. Lucas-Championnière (1) vient de présenter à la Société de chirurgie, de très bonnes pinces emporte-pièce, dont il préconise l'emploi pour l'ablation des amygdales. A défaut de ces excellents instruments, je pense qu'une paire de ciseaux est tout ce qu'il y a de plus commode et de meilleur pour enlever les amygdales hypertrophiées. Il faut saisir la glande avec une pince tire-balle, ou une pince de Museux, pour la maintenir et empêcher sa chute dans le pharynx.

On se passe habituellement d'anesthésie pour cette opération. Il est vrai que les amygdales hypertrophiées sont en général fort peu

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, *Soc. de chir.*, 1897.

sensibles. Cependant, pour opérer commodément, il n'est pas mauvais de faire, au préalable, quelques badigeonnages avec la solution de cocaïne à 1 p. 100, ou même d'en injecter quelques gouttes dans l'épaisseur de l'amygdale.

On obtient ainsi non seulement l'analgésie, mais la suppression de tout réflexe, et les choses se passent bien plus méthodiquement.

La section des amygdales est suivie d'une hémorragie, presque toujours insignifiante. Un peu de douleur pendant les mouvements de déglutition, quelques sensations de chaleur, de sécheresse, de gêne dans le gosier, parfois quelques lancinements, constituent les suites, par conséquent fort simples, de cette petite opération.

Mais pour qu'on ait fait son procès à l'amygdalotomie, il faut qu'il n'en soit pas toujours ainsi.

Et en effet cette intervention si simple, et ordinairement si bénigne dans ses suites, peut être difficile, peut être grave, peut donner lieu à de redoutables accidents, peut être suivie de mort.

Il y a d'abord certaines circonstances où l'extirpation des amygdales est délicate, parce qu'elles sont étalées, ou irrégulières, ou enchâtonnées, d'autres où survient un accident opératoire comme la chute d'un fragment d'amygdale dans le larynx, ou la blessure d'un des piliers; mais ces derniers accidents peuvent être évités avec un peu de soin, et pour les difficultés que crée une disposition un peu anormale et relativement défavorable, elles n'ont rien d'insurmontable. Mais à la suite de l'opération peuvent survenir des complications plus sérieuses. La plaie du moignon amygdalien peut se couvrir de diphtérie. C'était commun autrefois dans les hôpitaux d'enfants. C'est rare aujourd'hui. Presque toujours les plaies du pharynx se couvrent d'une sorte d'exsudat blanchâtre, mais cela n'a rien à voir avec la diphtérie. Des suppurations peuvent se produire, qui reconnaissent pour cause une infection de la plaie exposée dans un milieu septique. C'est possible, mais vraiment bien exceptionnel, tellement que la crainte de cette complication, sans être absolument chimérique, ne saurait entrer sérieusement en ligne de compte dans le bilan de cette opération.

On n'en peut dire autant de l'hémorragie, source de graves ennuis pour l'opérateur et de sérieux dangers pour l'opéré. Elle peut survenir immédiatement après l'opération. Mais ce n'est pas le cas ordinaire. C'est presque toujours au bout de quelques heures que survient l'écoulement sanguin. Parfois même l'hémorragie est tardive, ne survient qu'au bout de plusieurs jours, mais c'est un fait encore très exceptionnel.

On a beaucoup discuté sur la source de ces hémorragies, dont on a accusé d'abord la carotide interne, considérée comme très voisine de l'amygdale. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien et que la carotide interne est bien moins exposée que l'externe. Celle-ci même n'est

pas en cause dans l'immense majorité des cas, et l'hémorragie reconnaît pour cause la blessure d'une artère de la paroi pharyngienne.

Ces hémorragies peuvent être d'une abondance extrême et se prolonger jusqu'à entraîner la syncope ou la mort. Elles sont plus fréquentes chez les adultes que chez les enfants. Une inflammation tonsillaire récente constitue une circonstance prédisposante, la poussée d'amygdalite ayant entraîné une vascularisation plus considérable de tous les tissus de la région. L'écoulement sanguin se produit parfois pendant le sommeil. Le sang peut alors couler dans le pharynx et s'accumuler dans l'estomac, sans que rien à l'extérieur vienne donner l'alarme. Presque tous les chirurgiens ont été témoins de cas de ce genre. On cite toujours quelques exemples célèbres : Axenfeld, alors interne de Guersant, faillit mourir d'hémorragie, après que son maître lui eût fait subir l'amygdalotomie. Béclard rapporte qu'à Angers, un malheureux qui s'était confié à un opérateur ambulancier, pour subir l'ablation d'une amygdale, succomba en quelques minutes. L'autopsie de la victime montra, qu'avec la pointe de son bistouri, le charlatan avait blessé la carotide interne. Vidal, une heure après avoir pratiqué sur un jeune homme l'extirpation de deux amygdales bien grosses et bien gênantes, « fut mandé pour comparaître devant la mère et le médecin ordinaire ». Une hémorragie abondante était survenue; et il avoue « que ses craintes furent grandes, car le sang coulait toujours plus abondamment et l'opéré pâlisait de plus en plus ». Heureusement l'accident fut conjuré par la glace. Un étudiant, opéré par P. Broca, succomba le lendemain, épuisé par une perte de sang considérable. Il serait facile de grossir cette liste, en reproduisant ici la série des cas malheureux qui figurent dans les thèses et publications spécialement consacrées aux complications de l'amygdalotomie. Nombre de chirurgiens, péniblement impressionnés par les accidents dont ils ont été témoins, ont banni de leur pratique l'ablation des amygdales, et à la Société de chirurgie, lors de la discussion de 1890, cette opération a été assez sévèrement jugée.

Cependant ces accidents sont rares à la vérité. A ce propos, il convient d'enregistrer la déclaration de Lennox Brown, qui a une expérience si considérable en la matière. « Au sujet des conséquences de l'amygdalotomie, on peut répondre en toute sûreté qu'il n'y a absolument rien à craindre, et qu'il y a au contraire tout à gagner à subir cette petite opération, quand elle est indiquée... Pour ma part, je n'hésite jamais à opérer, toutes les fois que j'ai affaire à de grosses amygdales, donnant lieu à des poussées inflammatoires répétées. Je crois pouvoir évaluer le nombre d'amygdalotomies que j'ai faites à 200, par an, depuis vingt-cinq ans, et j'en ai vu faire au moins trois fois autant par mes collègues. Je n'ai jamais vu d'autre accident que

les trois cas d'hémorragie que j'ai cités (trois cas d'hémorragie sans gravité). »

Mais il faut toujours songer à la possibilité de ces hémorragies, et ne jamais tenter l'ablation des amygdales sans avoir à sa portée ce qu'il faut pour parer à toute éventualité de ce genre.

En pareil cas il faut en effet prendre rapidement un parti, et agir au milieu de l'affolement général. Les moyens ne manquent pas. Il suffit parfois de faire coucher le malade, de lui recommander de ne pas faire de mouvements de déglutition, pour que l'hémorragie s'arrête.

Chassaignac appliqua sur la plaie un fragment de glace, saisi avec une pince de Museux. Il conseille en outre d'entourer le cou d'un collier de glace; d'autres ont eu recours aux gargarismes avec de l'alun, de l'eau de Rabel, aux applications de perchlorure de fer. On a recommandé la ligature du moignon (Dawbarn), qui a le tort d'être à peu près impossible, la compression à l'aide de longues pinces, un mors en dehors, un mors en dedans, ce dernier entouré d'une boule de coton. C'est évidemment à ce dernier moyen qu'il faudra recourir, si l'on ne peut pincer directement l'artériole saignante à la surface de la plaie, ou si l'hémorragie résiste à une cautérisation superficielle avec le thermocautère. La ligature de la carotide externe serait une suprême ressource, mais on en trouvera bien rarement l'indication.

L'ignipuncture des amygdales, pratiquée à l'aide d'une pointe fine de thermocautère, est une opération utile et absolument dépourvue de dangers. On répète trois ou quatre fois cette cautérisation interstitielle, à quelques jours d'intervalle, et l'on obtient ainsi souvent, presque toujours, la guérison. On conçoit donc que cette méthode de traitement puisse être à bon droit mise en parallèle avec l'amygdalotomie, et que beaucoup de chirurgiens concluent à sa supériorité.

M. Quénu recommande l'emploi du galvanocautère pour cette petite opération. « La galvanopuncture, dit-il, n'a donné que des succès. Elle est facile à faire, à peine douloureuse; je pense qu'elle mérite d'être vulgarisée. »

Quant à la *discission*, elle s'applique surtout aux amygdalites chroniques de l'adulte, et constitue un traitement médiocre de l'hypertrophie tonsillaire commune de l'enfant.

Calculs de l'amygdale. — Les premières observations de calcul de l'amygdale datent de Nicolas de Blégnny, Lang, Pomaret, Hoffman; un certain nombre d'erreurs qui se transmettaient, au sujet des auteurs de ces premiers cas et du nombre de ces observations, ont été redressées par Terrillon. Il a montré que plusieurs auteurs qui figuraient dans l'historique de cette question, n'avaient en réalité jamais observé de calculs amygdaliens, et que, par contre, certaines observations, attribuées à des auteurs différents, comptaient en double ou en triple.

On trouve, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, un Mémoire de Louis, qui contient les très intéressantes observations de Bailheron et de Bourguet. Monro cite trois cas de Wilson, chirurgien de Beith; enfin viennent l'observation plus récente de Laugier, les cas cités dans la thèse de Passaquay et l'important mémoire de Terrillon dans les *Archives de médecine* (1886). MM. Roux (1) et Costet (2), tout récemment, ont consacré leurs thèses à l'étude de ces calculs, et rassemblé les cas assez nombreux qu'on a publié dans ces dernières années.

Cette affection n'est pas très fréquente, on l'observe habituellement chez des adultes ou des gens âgés.

Wilson l'a observée chez les différents membres d'une même famille; ainsi, dans ses deux premiers cas, les sujets étaient le frère et la sœur, et dans le troisième il s'agissait d'une parente de ces deux malades. Il est probable que les inflammations antérieures de l'amygdale y prédisposent, mais ici, on tourne dans un cercle vicieux.

L'inflammation favorise la production du calcul, le calcul entretient l'inflammation.

La forme de ces calculs est arrondie ou piriforme. Ils sont parfois terminés par une pointe aiguë. Dans un cas de Yearsley il présentait un aspect coralliforme.

Leur surface est inégale, grenue, mamelonnée, d'aspect crayeux parfois; leur couleur est blanchâtre ou grisâtre, parfois de couleur verdâtre ou olivâtre ou jaunâtre.

Les parties centrales n'ont pas toujours le même aspect que les parties périphériques. Leur consistance est aussi très variable. Parfois résistants et durs, ils sont souvent friables.

Leur volume a été comparé à celui d'un pois, d'une fève, d'une noisette (Terrillon), d'un noyau d'olive, d'une balle de mousquet, d'une framboise (Hoffmann).

La composition chimique de ces calculs est presque toujours la même. Ils sont composés en majeure partie de phosphate ou de carbonate de chaux.

Ils prennent naissance dans l'intérieur des cryptes de l'amygdale. Robin pensait que leur origine devait être cherchée dans la présence de petits grains calcaires, qu'on trouverait dans les glandules de la région. Passaquay admettait qu'il s'agissait de véritables calculs salivaires. Il est probable que leur existence reconnaît pour cause, tout d'abord, une sorte de malformation des cryptes de l'amygdale, qui fait que ces excavations sont à la fois plus profondes et munies d'un orifice plus étroit, d'autre part, l'inflammation chronique de ces cryptes, lésion septique, amenant, là comme ailleurs, la précipitation des sels contenus dans les sécrétions qui se font à ce niveau. A une

(1) Roux, thèse de Bordeaux, 1895.

(2) COSTET, thèse de Paris, 1896.