

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.

époque où la composition clinique de ces calculs était mal connue, Schenck, se basant sur la ressemblance grossière que présentent parfois ces calculs avec les tophus, les assimilait aux déterminations morbides de la goutte. Mais comme le dit Desnos, « l'argument de Schenck tombe devant le résultat des analyses modernes, puisque ce sont des urates qui forment essentiellement les dépôts semés dans les différents points de l'organisme par la diathèse goutteuse ».

Les *symptômes* déterminés par la présence d'un calcul dans l'épaisseur de l'amygdale ne sont pas absolument caractéristiques.

Parfois, le calcul reste inaperçu et ne détermine pas grand symptôme. Ainsi dans le cas de Laugier, le choc du corps étranger au fond du vase où le malade crachait, fut à la fois le premier et le dernier indice de la présence d'un calcul.

La plupart du temps il existe des phénomènes inflammatoires, entretenus par la concrétion pierreuse, et qui en masquent la présence. Ces accidents revêtent tous les caractères de l'amygdalite phlegmoneuse, survenant par poussées et se terminant par la production d'abcès. L'abcès vidé, il y a une période de calme; puis, au bout d'un temps variable, survient une nouvelle poussée aiguë, qui se termine encore par un abcès; les choses peuvent se continuer ainsi pendant longtemps, vingt ans dans une des observations de Wilson. Dans certains cas, quand le calcul est volumineux, il devient visible sous forme d'une surface blanchâtre ou grisâtre entourée par le tissu amygdalien enflammé. Dans d'autres circonstances, l'œil ne perçoit point le calcul, mais l'exploration de l'amygdale, à l'aide du doigt, fait sentir une surface rugueuse, ou une pointe aiguë, et ses sensations sont pathognomoniques.

Parfois encore, l'amygdale se sclérose et s'indure, enveloppant le corps étranger.

En fait, le *diagnostic* ne peut être affirmé que par la constatation du calcul, soit par la vue, soit par le toucher, soit par l'exploration à l'aide du stylet. Ces signes de certitude peuvent manquer, et en présence d'une amygdale qui est le siège de fréquentes poussées inflammatoires, on ne peut que soupçonner tout au plus cette affection; aussi, il est de règle que le calcul soit méconnu pendant une assez longue période de son évolution. On songe à une simple hypertrophie de l'amygdale, ou bien à une amygdalite lacunaire déterminant des poussées aiguës fréquentes. Une erreur moins compréhensible, mais qui cependant a été commise, consiste à prendre l'affection pour une tumeur maligne. C'est ainsi que sur le malade de Terrillon, plusieurs chirurgiens avaient formulé le diagnostic de cancer, diagnostic partagé par Terrillon lui-même jusqu'au moment où l'exploration de l'amygdale lui révéla une saillie pointue qui ne pouvait appartenir qu'à un calcul.

Le *pronostic* de l'affection n'est jamais bien grave, puisqu'il suffit

d'une intervention très simple pour en débarrasser le malade. Elle est cependant ennuyeuse et pénible, à cause des suppurations et des douleurs qu'elle est susceptible de déterminer.

Le *traitement* consistera dans l'ablation du calcul. Celle-ci peut être extrêmement facile, quand par exemple le calcul est déjà à moitié énucléé. Il suffit alors de le saisir avec une pince pour en faire l'extraction. Le plus souvent on est amené à faire une ou deux petites incisions libératrices, pour en faciliter le dégagement et l'extraction. Celle-ci suffit pour amener la guérison. Il n'y a pas lieu de compléter l'intervention par l'ablation de l'amygdale elle-même.

**Papillomes, fibromes, kystes des amygdales.** — La muqueuse amygdalienne est parfois le siège de papillomes. Ils peuvent être isolés ou multiples, localisés à l'amygdale ou se montrer en même temps sur d'autres parties du pharynx ou du voile du palais. Ces petites tumeurs sont rares, elles sont sans gravité, et guérissent facilement par la simple excision.

Les fibromes sont plus rares encore. Le cas le plus souvent cité est celui de Verneuil (1). Cependant la description de cette tumeur ne rappelle en rien la structure que nous connaissons aux fibromes véritables. La tumeur était grosse comme un œuf de poule, contenue dans une coque fibreuse rappelant, par sa couleur aussi bien que par sa résistance, la tunique albuginée.

Mais à sa surface on voyait des bosselures formées par des kystes. A la coupe, on distinguait une partie centrale qui contenait un grand nombre de kystes uni ou multiloculaires, contenant soit de petits caillots, soit un liquide séro-sanguinolent, et une partie périphérique, dure et fibreuse, contenant elle-même quelques petits kystes.

Au microscope la tumeur paraissait constituée en grande partie par du tissu fibreux.

Ces constatations font songer à un processus de sclérose, mais c'est aller trop loin que de ranger la tumeur sous la rubrique fibrome.

Le cas de Duchaussoy (2) n'est pas non plus un fibrome. Roux avait diagnostiqué un cancer de l'amygdale et se préparait à l'opérer quand le malade mourut. Le *Bulletin de la Société anatomique* où la pièce fut présentée dit qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique, sans autres détails.

D'autres observations paraissent plus probantes [Delavan (3), Eve (4), Gevaert (5), etc.] La tumeur fibreuse est susceptible d'acquiescer un volume considérable comme dans le cas de Lefferts (6).

(1) BOURDON, *Soc. anat.*, 1872.

(2) DUCHAUSSOY, *Soc. anat.*, 1853.

(3) DELAVAN, *Med. Record New-York*, 1887.

(4) EVE, *Nashville med. and surg. Journal*, 1882.

(5) GEVAERT, *Belgique méd.*, 1896.

(6) LEFFERTS, *Ann. laryng. Assoc. New-York*, 1887.