

## VII

## HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Il y a deux sortes d'hypertrophies des amygdales.

Dans l'une, à laquelle les adolescents et les adultes sont soumis aussi bien que les enfants, l'amygdale volumineuse est dure; l'interrogatoire apprend que le malade a été sujet à des amygdalites répétées, simples ou phlegmoneuses; l'expérience enseigne qu'il y restera sujet. C'est donc une *amygdalite chronique paroxystique*, quelquefois déterminée par des causes spéciales, succédant aux angines provoquées par l'éruption de la dent de sagesse, par la scarlatine, consécutive aux congestions de la puberté ou de la période menstruelle, persistant après l'hypertrophie syphilitique secondaire; souvent aussi se greffant sur l'hypertrophie molle de l'enfance, à la suite des poussées inflammatoires répétées auxquelles celle-ci prédispose. L'hypertrophie devient la source d'indications opératoires, mais, sauf cela, elle n'est qu'un épiphénomène, qu'un résultat des amygdalites, elle engendre peu de troubles fonctionnels, à part les angines à répétition. Je n'y insisterai donc pas plus longtemps.

Il en est tout autrement de l'*hypertrophie molle de l'enfance*. Cette hypertrophie, il est vrai, n'est qu'un élément d'une lésion complexe qui occupe tout le pharynx, et surtout le naso-pharynx. En bonne logique, il faudrait donc donner de ce tout une description d'ensemble, mais en pratique l'usage a prévalu de le scinder en deux: les végétations adénoïdes et l'hypertrophie amygdalienne. Cela est justifié jusqu'à un certain point, car le manuel des opérations dirigées contre l'une ou l'autre de ces lésions est fort différent.

Je ne reviendrai donc pas sur l'étiologie, déjà résumée par Gérard Marchant<sup>(1)</sup>. J'ajouterai seulement que ces lésions surviennent en bas âge, surtout chez les scrofuleux, et que, d'après les relevés de Balme, elles sont particulièrement fréquentes chez les arriérés et les dégénérés; qu'elles s'accompagnent de malformations faciales dont on ne sait si elles sont causes ou effet; qu'elles subissent parfois un retrait spontané au moment de la puberté.

YEARSLEY, A treatise on the enlarged tonsil and elongated uvula, 5<sup>e</sup> éd. Londres, 1848. — CHASSAIGNAC, Considérations pratiques sur l'anatomie chirurgicale des amygdales. *Moniteur des hôpitaux*, Paris, 1854, p. 227; Recherches sur les altérations des amygdales. *Ibid.*, p. 451. — CARMICHAEL, Tonsilla disease in children. *Edinb. med. Journal*, 1884-1885, t. XXX, p. 53. — RUAULT, Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes. *Union méd.*, Paris, 1887, 5<sup>e</sup> série, t. XLIII, p. 815. — BALME, De l'hypertrophie des amygdales. Thèse de doct. de Paris, 1887-1888, n<sup>o</sup> 514.

**Anatomie pathologique.** — L'anatomie pathologique se résume en une hypertrophie des follicules clos, entourés de plus ou moins de sclérose. Cela se constate à l'état élémentaire sur les granulations, quelquefois grosses comme un pois, de la pharyngite granuleuse. Il en est de même à l'amygdale: c'est de la valeur relative et du degré de la sclérose que dépend la dureté ou la mollesse de l'amygdale hypertrophiée; et c'est ainsi qu'à la longue, après des angines répétées, la forme molle peut devenir dure. Dans les cas ordinaires, la

<sup>(1)</sup> Voy. t. IV, p. 695.

surface de section est gris rosé, le tissu est friable; les cryptes sont réduites à de simples fentes; les follicules, volumineux, sont visibles à l'œil nu et ont un centre jaunâtre qui les fait ressembler un peu à un ganglion scrofuleux. Mais la lésion histologique est très différente: il y a seulement, nous enseigne Cornil<sup>(1)</sup>, hypertrophie du réticulum, dans les mailles duquel sont des cellules tuméfiées et granuleuses, plus une sclérose périvasculaire en sorte que les artères sont diminuées de calibre. Le chorion de la muqueuse est épaissi; les papilles sont ordinairement aplaties; l'épithélium est le plus souvent normal, mais Marfan a constaté qu'il peut se kératiniser.

Dans ces dernières années, un débat a surgi sur la nature tuberculeuse possible de ces hypertrophies lymphoïdes des amygdales palatines ou pharyngées. Certains faits cliniques et anatomiques ont démontré, par exemple, à Lermoyez que certaines végétations adénoïdes récidivantes sont en réalité des tubercules végétantes. D'autre part, des recherches cadavériques ont démontré, par exemple, à Schlenker que les lésions tuberculeuses méconnues des amygdales sont fréquentes chez les tuberculeux; que la tuberculose amygdalienne est une porte d'entrée fréquente des écouilles cervicales. Mais déjà, je crois, d'après ce que je sais des adénites cervicales tuberculeuses, qu'il ne faudrait pas exagérer cette donnée; et surtout je ne saurais accorder à Dieulafoy, malgré tout le talent avec lequel il a soutenu cette thèse, que les hypertrophies lymphoïdes soient des « tuberculoses larvées des trois amygdales. » Cette lésion est possible, mais exceptionnelle, et la fréquence des inoculations positives est due, comme pour la muqueuse nasale (Straus) aux bacilles qui, sans y être pathogènes, habitent fréquemment les surfaces muqueuses<sup>(2)</sup>.

**Symptômes.** — L'hypertrophie amygdalienne est bilatérale, mais pas toujours symétrique. Le volume est des plus variables, et Lawrence, Falloon l'ont vu parvenir à celui d'un œuf de poule. On l'apprécie par l'inspection, en faisant ouvrir la bouche au sujet; mais Chassaignac nous a bien avertis qu'il ne faut pas se fier à la vue seule pour l'évaluer. A côté des *amygdales dégagées*, en effet, ou même *pédiculisées* et tombant alors parfois dans le pharynx (*amygdales plongeantes*), il en est qui ne sortent qu'en partie, leur moitié externe restant en dehors des piliers, qui étranglent ainsi les *amygdales bilobées* (Houzé de l'Aulnoit). La partie interne devient peu de chose dans les *amygdales enchatonnées*, qui, en se développant surtout d'avant en arrière, peuvent même constituer ce que A. Ruault appelle une *hypertrophie latente*. Dans ces conditions toutefois, Chassaignac a montré que la tonsille devient saillante, par une sorte de mouvement spiroïde, quand le sujet ouvre la bouche et surtout fait un effort de vomissement.

L'amygdale ainsi hypertrophiée immobilise le voile et dévie plus ou moins la lèvre; sa couleur, le plus souvent pâle, peut au contraire être assez vive; sa surface est lisse ou grenue, quelquefois mamelonnée, quelquefois polypeuse (Frühwald, Balme). Parfois le pilier antérieur est boursoufflé par une sorte d'amygdale accessoire (Wagner). On constate souvent en outre de la pharyngite granuleuse.

La palpation, parfois rendue facile par la diminution du réflexe nauséux,

<sup>(1)</sup> GAILLARD, Thèse de doct. de Paris, 1881, n<sup>o</sup> 540.

<sup>(2)</sup> LERMOYEZ, *Presse méd.* Paris, 1895, p. 415. — DIEULAFOY, *Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1895, t. XXXIII, p. 457, 475, 524. — SCHLENKER, *Arch. für path. Anat. und Phys.*, Berlin, 1895, t. LXXVI, p. 217.

fait apprécier la consistance, le volume. Au cou, vers l'angle de la mâchoire, on sent le ganglion que Chassaignac nommait amygdalien, horizontal, souvent engorgé; des adénopathies cervicales assez étendues ne sont d'ailleurs pas rares.

Tels sont les signes physiques locaux. Avec eux existe un complexus symptomatique dans lequel l'amygdale ne joue qu'un rôle accessoire.

Comme signes fonctionnels relevant de l'amygdale, on peut compter un certain degré de gêne de la déglutition, et même des nausées et des vomissements, si bien que des malades de Baudens, de Chassaignac, souffraient d'une dyspepsie grave. Il est certain, d'autre part, que l'asthme amygdalien réflexe, cessant après l'amygdalotomie, existe : des faits de Schmidt, Parker, Rendu et Ruault le démontrent. De même pour certaines toux opiniâtres, autrefois attribuées à une bronchite concomitante et capable même de faire redouter à tort une phtisie commençante. Mais presque toujours ces réflexes, parmi lesquels il faut encore ranger les accès de laryngite striduleuse, tiennent aux végétations adénoïdes concomitantes, persistent après l'amygdalotomie et ne cèdent qu'au curage du naso-pharynx<sup>(1)</sup>.

J'en dirai autant du facies, de la voix « amygdalienne », de la fréquence du coryza, des troubles nerveux et cérébraux divers, des déformations du squelette de la face et du thorax<sup>(2)</sup>. De même encore, pour la surdité que Robert, Ménière, Guersant, Yearsley rapportaient à la compression de la trompe par l'amygdale; mais déjà Kramer, Chassaignac affirmaient que cette explication était anatomiquement impossible, et en effet il est prouvé aujourd'hui que la vraie cause réside dans le catarrhe naso-pharyngien et dans les végétations adénoïdes.

Mais il ne faut pas, par une exagération inverse, accuser les végétations adénoïdes de tous les maux, leur reprocher, à elles seules, les blépharites, les ophthalmies, la débilité physique, les adénopathies, le retard de la puberté, la fréquence relative de la phtisie chez les sujets qui en sont porteurs. Il semble que ces lésions du tissu lymphatique de la gorge soient fréquentes surtout chez les scrofuleux, et que l'état diathésique prête un terrain favorable aux troubles provoqués par l'état local.

**Formes.** — Suivant les sujets, l'hypertrophie amygdalienne et les végétations adénoïdes coexistent dans des proportions variables : il suffit d'avoir signalé ce fait pour qu'on en puisse déduire quelques variétés symptomatiques.

Une localisation assez spéciale est celle qui porte sur le tissu lymphoïde de la base de la langue. Cette *hypertrophie de l'amygdale linguale*<sup>(3)</sup> provoque quelquefois des troubles fonctionnels plus ou moins étranges : elle gêne la parole et le chant, elle fait naître des douleurs irradiées dans le cou, les oreilles, le larynx; par réflexe, elle cause une toux fréquente, spasmodique, quinteuse, des accès d'asthme. Chez un sujet prédisposé, cela peut conduire à l'hypochondrie. D'après Lennox Browne, Swain, il faudrait expliquer par cette

<sup>(1)</sup> Sur les réflexes amygdaliens, voy. un mémoire de JOAL, *Revue de laryngologie*, Paris, 5 avril 1894. — BOULAY et MARTIN (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, déc. 1896, t. XXII, p. 525) ont bien fait voir quelle disproportion il y a souvent entre le volume des amygdales et l'intensité des accidents qu'elles provoquent.

<sup>(2)</sup> Voy. t. IV, p. 700.

<sup>(3)</sup> Consulter la thèse citée de BALME. — GLEITZMANN, *Med. record.*, New-York, 1887, t. II, n° 25, p. 757. — AYMÉ, Thèse de doct. de Paris, 1895-1896, n° 551.

hypertrophie certaines sensations de boule hystérique. Tous ces symptômes sont de nature à dérouter un praticien non averti; mais il suffit d'examiner au laryngoscope la base de la langue pour être mis tout de suite sur la voie du diagnostic.

**Diagnostic.** — L'inspection fait reconnaître immédiatement qu'une amygdale est grosse, et chez l'enfant cette constatation, jointe aux signes d'obstruction naso-pharyngienne, suffit pour établir le diagnostic de la nature. Chez l'adulte, il faut d'abord reconnaître s'il ne s'agit pas d'une tumeur proprement dite; la bilatéralité est alors importante, quoiqu'on l'ait notée dans le lymphadénome. Quand on aura déterminé que c'est bien une hypertrophie, on devra en spécifier la nature : ici le seul point important est de bien se souvenir qu'il existe une hypertrophie syphilitique secondaire, avec ou sans plaques muqueuses.

**Traitement.** — L'hypertrophie amygdalienne doit être traitée parce que, dans sa forme dure comme dans sa forme molle, elle entretient un état local sur lequel se greffent à chaque instant des angines aiguës; parce que, dans sa forme molle infantile, elle est un des éléments de l'hypertrophie lymphatique pharyngienne qui engendre tant d'accidents plus ou moins sérieux.

Pour ce traitement, on a conseillé une médication générale<sup>(1)</sup> où tour à tour on a préconisé les toniques, l'iodure de potassium, les eaux sulfureuses. Localement, on a eu recours à des badigeonnages avec des solutions astringentes, avec de la teinture d'iode; tous ces moyens sont insuffisants, et le seul traitement efficace consiste à enlever ou à détruire sur place les amygdales hypertrophiées.

L'ablation des amygdales a été pratiquée autrefois par divers moyens aujourd'hui oubliés : tels la ligature de Guillemeau, de Moscati; l'évulsion digitale de Celse. On ne se sert plus que de l'instrument tranchant ou du galvanocautère<sup>(2)</sup>.

J'ai coutume, comme bon nombre de chirurgiens, de toujours me servir d'un bistouri boutonné à long manche pour sectionner l'amygdale attirée avec une

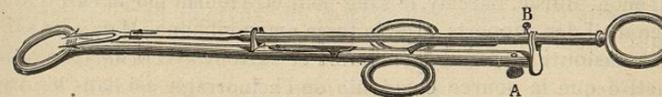


FIG. 62. — Amygdalotome manœuvrant d'une seule main.

pince à cadre. La section sera faite de préférence de bas en haut pour que, au cas où il faudrait s'y reprendre à deux fois, le morceau encore adhérent ne vienne pas tomber sur l'orifice du larynx. Ce procédé a l'inconvénient d'exposer, si l'enfant est indocile, à la blessure des piliers, de la base de la langue. Mais, par contre, il est à peu près seul applicable aux amygdales enchatonnées. D'autre part, l'amygdalotome à guillotine peut se briser entre les mains de l'opérateur : il sera donc prudent d'avoir toujours à sa disposition le bistouri spécial, et comme avec lui on ne reste jamais en détresse, c'est pour cela que je me range parmi ses partisans.

<sup>(1)</sup> PIERRESON, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1876, p. 44.

<sup>(2)</sup> DE SAINT-GERMAIN, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1875, p. 21. — BOUDET DE LA BERNARDIE, Thèse de doct. de Paris, 1881, n° 88. — LERMOYER, *Bull. gén. de thérap.*, Paris, 1885, t. CVIII, p. 108.

La plupart des opérateurs emploient l'amygdalotome. Le plus répandu est celui de Fahnestock, dont les figures 62, 63 et 64 suffisent à faire comprendre la construction. L'amygdale étant introduite dans l'anneau, on pousse la fourche qui l'embroche et la fait saillir en même temps que l'anneau tranchant la sectionne.

L'opération sanglante peut être rendue difficile par l'indocilité de l'enfant : il est alors indiqué d'anesthésier au chloroforme, ou mieux au bromure d'éthyle, ce qui permet d'opérer le sujet assis.

Les accidents de cette ablation sont : la déglutition de l'amygdale, la déglutition du sang suivie d'hématémèse, l'inflammation du moignon restant, et

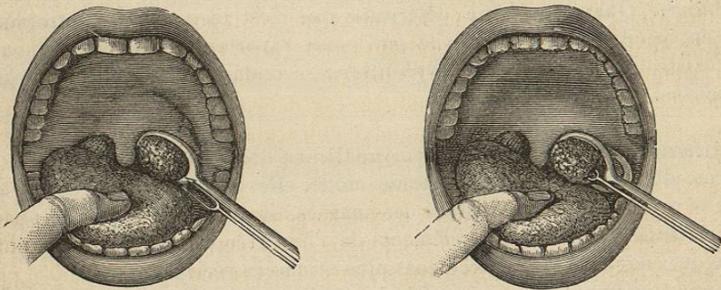


FIG. 63. — L'amygdale est engagée dans l'anneau. FIG. 64. — L'amygdale est embrochée et sectionnée.

Bouchacourt a vu cette inflammation se compliquer d'œdème de la glotte mortel. Mais c'est tout à fait exceptionnel, et ce n'est pas pour ce motif qu'on tend à substituer l'ignipuncture à l'amygdalotomie. Ce motif, c'est dans une complication assez fréquente et aisément grave qu'on doit le chercher : je veux parler de l'hémorragie.

Il ne faut pas exagérer la fréquence de l'hémorragie. D'abord, elle ne s'observe guère que chez les adultes ; chez les enfants, elle est presque toujours insignifiante. Mais chez les adultes il n'en est pas de même. D'après des faits de Béclard, Tenon, Burne, Barclay, le sang peut être fourni par la carotide interne, dont on connaît les rapports avec la fosse amygdalienne. Mais cela est impossible avec le bistouri boutonné bien manié et surtout avec l'amygdalotome. On peut admettre que la source constante de l'hémorragie est dans les vaisseaux tonsillaires, et ses causes sont multiples ; ou bien le sujet est hémophile, particularité dont il faut toujours s'enquérir avant de prendre le bistouri ; ou bien on a opéré en pleine poussée inflammatoire, ce qui est une faute ; ou bien on a trop fait saillir l'amygdale et la section a porté juste à la base, où les vaisseaux ont encore un volume notable, et de là un précepte de Nélaton de se borner à abraser le sommet des amygdales en laissant à la sclérose le soin de faire le reste.

Quoi qu'il en soit, l'hémorragie est immédiate ou retardée, et même Bérard, Guersant, Saint-Yves l'ont vue débiter au bout de quelques jours ; elle se fait en nappe ou en jet ; parfois elle est telle, continue ou à répétition, qu'elle entraîne la mort. Presque toujours, il est vrai, on en viendra à bout par la compression locale — P. Broca, Verneuil ont inventé des compresseurs spéciaux<sup>(1)</sup> — par une cautérisation au fer rouge, au besoin par la compression ou la ligature des troncs artériels au cou. Gensoul a comprimé la carotide primitive :

<sup>(1)</sup> Voy. aussi H. BUTTS, *Med. record.*, New-Yo k, 1<sup>er</sup> juillet 1895.

H. Liden, Sands<sup>(1)</sup> l'ont liée : l'origine étant presque toujours dans les vaisseaux tonsillaires, on accordera à Zuckerkandl<sup>(2)</sup> que le mieux est de lier la carotide externe.

Pour éviter cette grave complication, on a depuis longtemps eu l'idée de détruire les amygdales par le fer rouge. Mais cette méthode n'a pu devenir pratique qu'après l'intervention du galvano-cautère, puis du thermo-cautère<sup>(3)</sup>. A l'aide de ces instruments, on larde l'organe de pointes de feu et l'on poursuit un double but : une destruction partielle, la sclérose des parties restantes. Le galvano-cautère est en principe préférable, parce qu'il rayonne moins et surtout parce qu'il peut être introduit froid jusqu'au contact de l'amygdale et dès lors est manié avec plus de précision. Et, mieux encore, il permet, au lieu de séances multiples de pointes de feu, de pratiquer avec l'anse rougie une véritable amputation, comme au bistouri. C'est alors un excellent procédé. Mais on sait combien l'emploi de l'anse galvanique est délicat quand on n'y est pas très habitué, et, dans la pratique courante, le chirurgien non spécialiste s'adressera au thermocautère. Avec l'un ou l'autre de ces instruments, on enfonce dans l'amygdale plusieurs pointes profondes.

Il est certain qu'on obtient ainsi d'excellents résultats, mais il faut plusieurs séances, et chaque séance est assez longue et douloureuse, malgré l'emploi de la cocaïne. C'est là un inconvénient sérieux chez l'enfant, qui souvent se prêterait mal à ces cautérisations répétées. Si l'on songe, en outre, qu'avant la puberté le danger d'hémorragie est à peu près négligeable, on n'hésitera pas à pratiquer l'amputation au bistouri.

## VIII

### TUMEURS DE L'AMYGDALE ET DU PHARYNX

A, l'amygdale et au pharynx on observe des tumeurs conjonctives et des tumeurs épithéliales. Les premières sont, de beaucoup, les moins importantes.

#### A. — TUMEURS CONJONCTIVES

Ces tumeurs doivent être étudiées séparément à l'amygdale et au pharynx.

##### 1<sup>o</sup> TUMEURS CONJONCTIVES DE L'AMYGDALE

1<sup>o</sup> Tumeurs bénignes. — Les tumeurs conjonctives bénignes de l'amygdale

<sup>(1)</sup> SANDS, d'après *Revue des sciences méd.*, Paris, 1887, t. XXX, p. 655.

<sup>(2)</sup> ZUCKERKANDL, *Wiener med. Jahrb.*, 1887, p. 509.

<sup>(3)</sup> KRISHABER, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, Paris, 1881, p. 124. — RICORDEAU, Thèse de doct. de Paris, 1885-1886, n<sup>o</sup> 265. — DODART, Thèse de doct. de Bordeaux, 1887-1888, n<sup>o</sup> 97. — GACHE, Thèse de doct. de Paris, 1887-1888, n<sup>o</sup> 286. — QUÉNU, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1890, nouv. série, t. XVI, p. 248. — KUH, *Med. News.*, Philad., 17 mars 1894, t. I, p. 507. — HUDNUT, *Ibid.*, p. 419. — DE SANTI, *Lancet*, London, 13 janvier 1894, t. I, p. 85. — LENNOX BROWN, *Ibid.*, p. 479.