

Il importe de nous arrêter quelques instants sur les résultats définitifs de la staphylorrhaphie. Depuis que cette opération est pratiquée avec succès, les chirurgiens ont remarqué que les individus atteints de fissures congénitales du palais conservent souvent, après la staphylorrhaphie la mieux réussie, un certain degré de nasonnement de la voix. Quelquefois même, les troubles de la déglutition étant corrigés, les malades ne retirent aucun bénéfice de l'opération, au point de vue de la phonation. La raison de ce fait a été diversement appréciée. Passavant (1), dans un mémoire que j'ai traduit dans les *Archives*, a cherché à faire prévaloir cette opinion que les troubles de la phonation qui persistent après la staphylorrhaphie sont dus à l'insuffisance de la voûte palatine et surtout du voile du palais qui, incomplètement développé, ne peut se mettre en contact par son bord postérieur avec la paroi pharyngienne. Pour remédier à cette insuffisance du voile palatin, le chirurgien allemand avait proposé une opération complexe (*pharyngo-staphylorrhaphie*) par laquelle il se proposait de souder le bord du voile du palais à la paroi pharyngée.

La doctrine de Passavant a été attaquée par Julius Paul (de Breslau), dans un mémoire déjà cité, et les arguments fournis par ce dernier me paraissent irréfutables. Julius Paul, rapportant les faits les plus contradictoires en apparence, démontre que le nasonnement de la voix se rencontre dans des conditions tout à fait opposées, aussi bien lorsqu'il existe une communication anormale entre les fosses nasales et le pharynx que lorsque cette communication est complètement fermée (soudure complète du voile du palais avec le pharynx). D'où l'on peut conclure que, dans la fissure congénitale du voile du palais, le nasonnement ne tient pas uniquement à la communication anormale des fosses nasales et du pharynx, mais à l'état de malformation du voile du palais, dont les mouvements ne s'exercent plus de manière à régier les vibrations combinées des deux colonnes d'air existant dans les fosses nasales et dans la cavité pharyngo-buccale. Or la staphylorrhaphie ne remédie qu'à une partie de la malformation, car la suture, qui ne peut modifier l'imperfection des muscles, place en outre le voile du palais dans un état de tension plus ou moins anormal.

Tout en admettant que là est en grande partie la cause de la persistance du nasonnement après la staphylorrhaphie, nous pensons que ce phénomène est très-complexe et qu'il faut tenir compte aussi de la brièveté du voile du palais, et souvent de la malformation de la voûte palatine osseuse qui est moins longue ou plus ou moins déformée, ainsi que le professeur Trélat l'a fait remarquer dans plusieurs communications à la Société de chirurgie.

De ce qui précède nous déduisons donc cette conséquence pratique

(1) *Sur les moyens de faire disparaître le nasonnement de la voix dans les fissures congénitales des portions osseuses et membraneuse du palais.* (*Archives gén. de méd.*, 1865, vol. I, p. 55.)

que la staphylorrhaphie a surtout chance de remédier au nasonnement de la voix lorsque la voûte palatine est bien conformée, lorsque la division, bornée à la partie membraneuse, n'est pas très-large et que les muscles du voile du palais semblent fonctionner normalement. Nous ajouterons que, dans ces conditions, on augmentera les chances de succès en opérant de bonne heure, vers l'âge de six à dix ans par exemple, avant que les sujets aient pris l'habitude d'une prononciation vicieuse, et enfin que les résultats seront encore rendus plus parfaits en soumettant les opérés, longtemps après l'opération, à des exercices vocaux sagement combinés. Liégeois (1) a insisté avec juste raison sur ce traitement consécutif.

CHAPITRE XIV

MALADIES DES AMYGDALES

Les affections des amygdales appartiennent pour la plupart au domaine médical, et c'est dans les livres de pathologie interne, qu'on trouvera tout ce qui a trait aux diverses formes d'*angine tonsillaire*. Nous nous bornerons à exposer ici les seules lésions pour lesquelles une intervention chirurgicale est parfois nécessaire, à savoir l'*amygdalite phlegmoneuse*, l'*hypertrophie des amygdales*, les *tumeurs* et les *ulcérations* de ces glandes.

1° Amygdalite phlegmoneuse.

Lorsque l'inflammation de l'amygdale a son siège dans le parenchyme même de l'organe et n'affecte pas la muqueuse seule, comme cela a lieu dans les angines érythémateuses, on dit qu'il y a *angine phlegmoneuse* ou *phlegmon tonsillaire*.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Dès le début d'une angine amygdalienne, il est parfois possible de prévoir qu'on aura affaire à la forme phlegmoneuse, surtout chez certains malades qui semblent avoir à cet égard une fâcheuse prédisposition. Non-seulement les phénomènes généraux qui se présentent avec une intensité inaccoutumée, mais encore les caractères de la douleur qui est gravative, l'œdème et le gonflement de la région qui sont très-considérables, la couleur de l'isthme du gosier qui devient violacée, doivent faire redouter la suppuration.

A un degré plus marqué que dans les angines tonsillaires simples, on observe un besoin incessant de déglutir accompagné d'une salivation exagérée, et il arrive parfois que les liquides refluent et par la bouche et par les narines. La respiration bruyante avec des accès de suffocation,

(1) *De l'influence des exercices vocaux sur les résultats de la staphylorrhaphie.* (Rapport de Trélat sur le mémoire précédent. *Mém. de la Soc. de chir.*, t. VI, p. 577.)

la voix rauque et nasonnée, la congestion de la face, l'immobilité avec abaissement léger de la mâchoire inférieure par suite de la douleur propagée à l'articulation temporo-maxillaire, les élancements dans l'oreille accompagnés parfois de surdité, de tintements, de bourdonnements, qui s'expliquent par l'extension de l'inflammation à la muqueuse de la trompe d'Eustache, tous ces symptômes auxquels peut venir s'ajouter un engorgement ganglionnaire à l'angle de la mâchoire, permettent de conclure à une angine tonsillaire intense, sans même qu'un examen direct de la gorge ait été pratiqué. D'ailleurs, cette exploration n'est pas toujours facile ni même possible, par le fait de l'immobilisation de la mâchoire inférieure.

Lorsque la bouche peut être suffisamment entr'ouverte pour permettre d'abaisser la langue, on constate que l'isthme du gosier est plus ou moins complètement rempli par une tumeur arrondie, d'un rouge violacé, s'avancant vers la ligne médiane, en refoulant au devant d'elle le voile du palais, et si les deux amygdales participent à l'inflammation, ce qui est l'exception, il ne reste entre elles qu'une fente parfois assez étroite pour rendre compte des redoutables accidents de suffocation, observés dans un certain nombre de cas. Ces accidents, contre lesquels la trachéotomie a pu devenir nécessaire, n'ont que fort rarement entraîné la mort.

D'habitude, vers le huitième jour de la maladie, le pus est collecté et tend à se faire jour au dehors. Il est tout à fait exceptionnel que l'ouverture de l'abcès se fasse ailleurs que du côté de la bouche.

Le point qui doit devenir le siège de cette perforation apparaît comme une saillie d'un blanc jaunâtre, située soit sur l'amygdale même, soit sur le voile du palais ou un de ses piliers, le phlegmon ayant dans ce dernier cas dépassé les limites de la glande.

Le doigt porté au fond de la cavité buccale perçoit une sensation de mollesse particulière et même de fluctuation, et l'abcès ne tarde pas à s'ouvrir spontanément. Aussitôt le malade rejette une quantité de pus et se trouve instantanément soulagé. Ordinairement il suffit d'un petit nombre de jours pour que tout rentre dans l'ordre, mais on a signalé le fait d'abcès successifs retardant la guérison ou le passage de la maladie à l'état chronique.

Telle est la façon ordinaire dont se comporte une angine tonsillaire suppurée. Il nous reste encore à dire quelques mots de certaines terminaisons heureusement fort insolites de ces phlegmons amygdaliens.

Le sphacèle qu'on voit survenir dans des états généraux graves, notamment dans le cours des fièvres éruptives, et qui constitue l'*angine gangréneuse maligne*, ne s'observe pour ainsi dire jamais à la suite d'une amygdalite aiguë franche. Il n'en est pas de même des complications qui proviennent de la direction que prend le pus une fois formé. On l'a vu se diriger vers l'extérieur et fuser vers l'angle de la mâchoire et

la région sus-hyoïdienne. D'autres fois le pus se fraye une route le long du cou, jusque vers la clavicule et même dans le médiastin.

Quant à l'ulcération de la carotide interne, qui comme on le sait est peu distante de l'amygdale, elle a été observée une fois par Grisolle. De même l'ulcération de la maxillaire interne, consignée dans un fait de Müller, entraîna une hémorrhagie mortelle.

Le gonflement du cou, dû à des coagulations dans les veines, l'œdème de la glotte ont été signalés dans quelques observations. Enfin lors de l'ouverture spontanée de la collection, l'irruption du pus dans les voies aériennes, surtout pendant le sommeil, a pu entraîner une mort subite par suffocation.

ÉTILOGIE. — Les amygdalites récidivent fréquemment, surtout chez les sujets qui conservent une hypertrophie tonsillaire chronique, et il suffit d'une cause occasionnelle légère pour réveiller une inflammation aiguë. Ces fluxions s'observent surtout au printemps et en automne, lors des changements brusques de température, et sous l'impression du froid agissant soit directement sur la gorge, soit sur une autre partie du corps.

Des irritations locales comme celles qui résultent de la fumée de tabac, de la présence de corps étrangers (arêtes de poissons, calculs, etc.), de l'éruption des dents de sagesse, agissent dans le même sens.

TRAITEMENT. — On abusait autrefois des saignées générales et surtout locales dans le traitement de l'amygdalite. On ne peut guère espérer qu'un traitement même énergique prévienne la suppuration; les astringents tels que l'alun et le nitrate d'argent, fort utiles dans les formes catarrhales de l'amygdalite, sont nuisibles ici et ne font qu'augmenter l'inflammation. En attendant que le pus soit collecté, l'administration d'un vomitif peut avoir de bons effets.

Pendant cette période de début, le chirurgien se tiendra prêt à intervenir si des accidents de suffocation menaçaient l'existence du malade, et, avant de recourir à la trachéotomie, il chercherait par des incisions pratiquées sur les amygdales à diminuer le gonflement de la région. Enfin lorsque le pus est collecté, s'il tarde à se faire jour, il faudra faire une ponction dans la partie la plus saillante et la plus fluctuante de la glande, avec un bistouri droit dont la lame aura été entourée de sparadrap jusqu'à une certaine distance de la pointe, afin de ménager la langue et les parois internes des joues. On devra guider le bistouri sur l'index de la main gauche introduit dans la bouche, en évitant de porter l'instrument trop en dehors et le diriger plutôt parallèlement à l'axe de la bouche de façon à ne pas risquer d'atteindre la carotide.

2° Hypertrophie des amygdales

ÉTILOGIE. — L'hypertrophie simple des amygdales est essentiellement une maladie de l'enfance. Liée d'ordinaire à une constitution scrofuleuse ou au moins lymphatique, elle succède presque toujours à des amygda-

lites aiguës qui se répètent soit pendant l'époque de la première et de la seconde dentition, soit à un âge un peu plus avancé. Chez les adolescents on a signalé parfois un certain parallélisme entre le développement physiologique des organes génitaux et l'accroissement pathologique des amygdales.

Au delà des vingt premières années, l'hypertrophie tonsillaire devient bien moins fréquente. Chez l'adulte, elle reconnaît souvent pour cause le vice syphilitique. Indépendamment des plaques muqueuses qui siègent volontiers à la surface des amygdales, le parenchyme même de l'organe peut devenir le siège d'une tuméfaction chronique, au même titre que les ganglions lymphatiques; mais à l'inverse de l'hypertrophie simple, cette tuméfaction est habituellement unilatérale (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Une connaissance exacte de la structure normale des amygdales a permis d'étudier avec plus de fruit les modifications dont ces glandes deviennent le siège lorsqu'elles s'hypertrophient. Tous leurs éléments constitutifs subissent à des degrés divers l'influence du mouvement fluxionnaire.

Les follicules clos ou glandes lymphoïdes apparaissent à l'œil nu, sur des amygdales hypertrophiées et durcies dans l'acide chromique; ces follicules augmentés de nombre et de volume ressemblent à des grains de semoule, et sont retenus dans un tissu conjonctif épais (fig. 194). Seuls

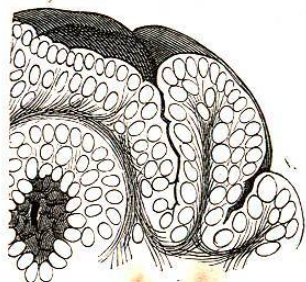


FIG. 194. — Coupe d'une amygdale hypertrophiée (grosissement à la loupe).

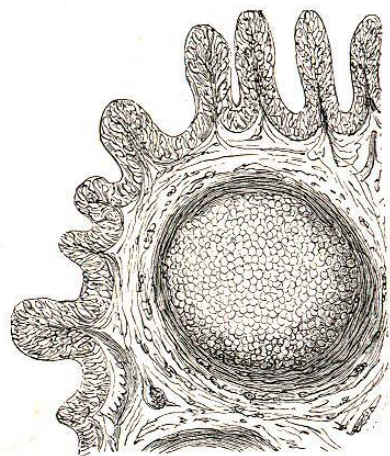


FIG. 195. — Coupe à travers la paroi d'un crypte (grosissement faible) (O. Weber).

les vaisseaux sont rares et de petites dimensions. Aussi la surface de section est-elle d'un rouge pâle. Les papilles (fig. 195) de la muqueuse elle-même hypertrophiée se multiplient et les cryptes de la surface de l'or-

(1) Vincenzo Fanturri, *Gaz. méd.*, 1865.

gane deviennent plus spacieux et plus profonds. De nouvelles cavités se forment, et, comme les anciennes, se remplissent de concrétions muqueuses et épithéliales dont l'odeur est infecte et dont la consistance, ordinairement caséuse, peut devenir presque cartilagineuse ou même calcaire (*calculs des amygdales*).

Par le fait même de cet accroissement de volume l'amygdale finit par dépasser le niveau des piliers du voile du palais, et la constriction que ceux-ci exerceraient à la base de la glande ne serait pas, d'après quelques auteurs, étrangère au caractère particulièrement rebelle de l'affection.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Les amygdales s'hypertrophient d'une façon lente et graduelle chez certains sujets, tandis que chez d'autres, plus nombreux, la glande passe par une série de poussées inflammatoires plus ou moins violentes avant d'acquiescer son volume exagéré.

Ce volume lui-même est fort variable. Grosses comme une châtaigne dans les cas modérés, les tonsilles peuvent dépasser à peine les limites de la loge que leur forment les piliers du voile du palais, ou y être même enchatonnées, tandis qu'elles acquièrent parfois des dimensions telles que l'isthme du gosier est réduit à une fente irrégulière, verticale ou oblique, et plus ou moins rapprochée de la ligne médiane suivant que les deux amygdales prennent une part plus ou moins égale à l'hypertrophie.

Le voile du palais immobilisé et repoussé en haut, la luette déviée, achèvent d'altérer totalement l'aspect normal de la région. A moins d'un état inflammatoire récent, la couleur des glandes hypertrophiées est d'un rouge pâle et leur consistance ordinairement molle et friable. Il n'est pas rare d'apercevoir à leur surface des points jaunâtres, constitués par des amas de matière caséuse accumulée dans les cryptes.

Les malades se plaignent d'un sentiment de gêne plutôt que de douleur véritable. De même que dans l'amygdalite aiguë, mais à un degré moindre, la voix prend un caractère de nasillement tout à fait spécial. Sa tonalité est élevée, et tout le monde connaît l'histoire de Roux qui fit perdre à un ténor deux belles notes du haut en lui enlevant les amygdales.

La dysphagie n'est ordinairement pas très-accusée, à moins d'un développement excessif des tonsilles. On observe aussi parfois le reflux des liquides par les fosses nasales comme conséquence de l'immobilisation du voile du palais.

Mais c'est surtout la respiration qui a grandement à souffrir de l'étroitesse des premières voies, et tout particulièrement chez les enfants, l'hypertrophie des amygdales présente à ce point de vue une gravité qu'on n'aurait pas soupçonnée au premier abord.

Pour se rendre un compte exact de l'obstacle apporté à l'introduction de l'air, il faut se rappeler que ce n'est pas l'isthme du gosier seul qui est

devenu insuffisant, mais que l'orifice postérieur des fosses nasales obstrué aussi en partie par le refoulement du voile du palais ne présente plus ses dimensions normales. De plus, ainsi que nous l'avons dit, chez un grand nombre d'enfants affectés d'hypertrophie des amygdales, il existe une étroitesse considérable des fosses nasales. C'est là une nouvelle raison pour laquelle le volume d'air inspiré dans chaque ampliation du thorax est inférieur à son taux normal.

Les conditions défectueuses que nous venons d'énumérer exercent sur la fonction respiratoire une influence fâcheuse et amènent à la longue des déformations de la cage thoracique sur lesquelles Dupuytren le premier, en 1828, a appelé l'attention. Grâce à leur peu de résistance chez les enfants, sollicitées soit par les contractions exagérées du diaphragme, comme le veut Lambron, soit par la pression de l'air extérieur qui n'est plus suffisamment contre-balancée par celle de l'air inspiré, les côtes s'affaissent et la poitrine offre une dépression transversalement située un peu au-dessous de la partie moyenne du thorax. Cette déformation diffère par conséquent de celles qui reconnaissent le rachitisme pour cause et qui consistent surtout en dépressions verticales, affectant les régions latérales du thorax, tandis que les articulations chondrosternales et chondro-costales saillantes forment une sorte de chapelet noueux.

Enfin pour ne rien omettre de ce qui a trait à la fonction respiratoire, rappelons que les coryzas et les bronchites coïncident fréquemment avec l'hypertrophie des amygdales.

Dans ces conditions, pour peu qu'une angine aiguë vienne apporter un nouvel obstacle à l'entrée de l'air, les malades pourront avoir des accès de suffocation sérieux, et surtout pendant la nuit, dans le décubitus dorsal.

La finesse de l'ouïe est très-souvent compromise dans l'affection qui nous occupe. Ce n'est pas en obstruant mécaniquement les orifices des trompes, comme on le croyait autrefois, que les amygdales hypertrophiées déterminent la surdité. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point, et nous avons montré que les troubles de l'ouïe sont dus au catarrhe naso-pharyngé dont l'hypertrophie amygdalienne est la manifestation et quelquefois même la cause principale. Enfin le sens du goût est généralement moins délicat chez les malades affectés d'hypertrophie des amygdales, ce qui s'explique par l'état de sécheresse habituelle de la muqueuse buccale et par la coexistence fréquente d'un coryza chronique.

De tels troubles fonctionnels, quand ils sont accusés, donnent aux petits patients une physionomie spéciale et caractéristique. On les voit la bouche entr'ouverte, la tête penchée en avant et inclinée du côté de l'oreille la moins sourde, chercher à remédier à l'insuffisance de la respiration et de l'ouïe. Ils sont généralement chétifs, pâles et amaigris, et leur facies hébété traduit un certain arrêt de développement intellec-

tuel. Il est bon, du reste, de tenir compte de l'état diathésique des malades pour apprécier sagement la part qui revient à l'hypertrophie seule dans les troubles généraux qu'on observe.

Nous ajouterons que ces troubles généraux et surtout ceux de la fonction respiratoire sont considérablement atténués lorsque l'hypertrophie amygdalienne affecte un adulte. Les déformations du thorax en particulier n'ont plus les mêmes raisons de se produire, puisque le squelette a acquis toute sa solidité et sa résistance.

La question du diagnostic mérite à peine de nous arrêter. Il suffit d'examiner la gorge pour constater l'hypertrophie des amygdales. En faisant l'histoire des autres tumeurs de ces glandes, nous verrons par quels caractères elles se différencient de l'hypertrophie simple.

PRONOSTIC. — C'est une affection rebelle, mais dont le pronostic généralement peu grave ne peut devenir sérieux que par les complications que nous avons signalées.

TRAITEMENT. — Il est prudent de ne pas laisser s'éterniser une hypertrophie des amygdales, surtout chez les enfants, de peur que les lésions secondaires des organes respiratoires et de l'oreille ne deviennent incurables. On peut se convaincre tous les jours qu'une surdité déjà avancée peut être sensiblement améliorée et même guérie à la suite d'un traitement bien dirigé et fait en temps utile; de même l'ablation des amygdales permet, dans certains cas, à la cage thoracique de recouvrer sa forme et ses dimensions normales.

On cherchera donc d'abord par une médication générale à combattre la diathèse dont paraît dépendre l'hypertrophie. L'iodure de potassium, les eaux sulfureuses et les toniques en feront les principaux frais. En même temps, on essayera des applications locales astringentes, telles que les insufflations de poudre d'alun, les badigeonnages avec la teinture d'iode ou une solution concentrée de nitrate d'argent. On recommande également les douches pharyngiennes sulfureuses.

Mais bien souvent ces tentatives restent infructueuses, et, dans ce cas, on ne doit pas hésiter à enlever les amygdales. Cette petite opération, bien rarement suivie d'accidents, a été faite de mille façons différentes; mais on n'a plus recours aujourd'hui qu'à l'*excision* soit avec le bistouri, soit avec un instrument spécial, l'*amygdalotome* imaginé par Fahnestock, chirurgien américain.

Pour enlever les amygdales, on peut se servir d'un bistouri droit boutonné, dont on entoure le talon de diachylon de façon à ne pas blesser les parties voisines, puis, après avoir abaissé la langue, on fixe et on fait saillir la glande en la saisissant avec des pinces de Museux, et l'on sectionne les amygdales de bas en haut, et en rasant le plus possible les piliers. Si l'on n'est pas ambidextre, on opère du côté droit comme il vient d'être dit, et, du côté gauche, on resèque la partie saillante de haut en bas.

Cette façon de procéder, très-applicable chez l'adulte, présente l'incon-

venient, quand il s'agit d'enfants indociles, d'être un peu plus longue que l'opération avec l'amygdalotome. Aussi est-ce à cet instrument que le chirurgien a le plus souvent recours.

De nombreuses modifications ont été apportées à l'amygdalotome de Fahnestock, qui ne se composait que de deux tiges terminées chacune par un anneau, l'un mousse et l'autre coupant, glissant dans le premier. Velpeau y ajouta une sorte de broche destinée à fixer l'organe malade et à le faire saillir.

Aujourd'hui on se sert généralement d'un instrument perfectionné (fig. 196) de telle sorte qu'on peut opérer avec une seule main. L'index et

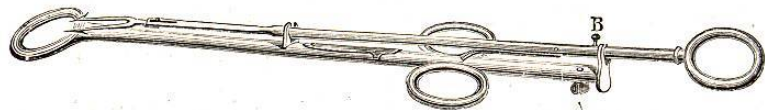


FIG. 196. — Amygdalotome se manœuvrant d'une seule main.

le médius passés dans deux anneaux, ramènent d'arrière en avant la lame circulaire préalablement glissée autour de la base de l'amygdale, après que la tige, manœuvrée par le pouce passé dans un troisième anneau, a embroché et soulevé la tumeur. La section s'opère de la sorte en un clin d'œil par un mouvement presque simultané d'adduction du pouce et de flexion des deux autres doigts. Il suffit d'ailleurs de jeter les yeux sur les figures 197 et 198 pour se rendre compte du fonctionnement de l'instrument.

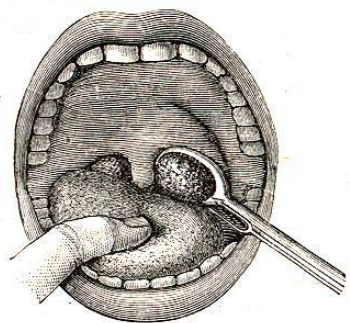


FIG. 197. — Amygdalotomie. L'amygdale est engagée dans l'anneau.

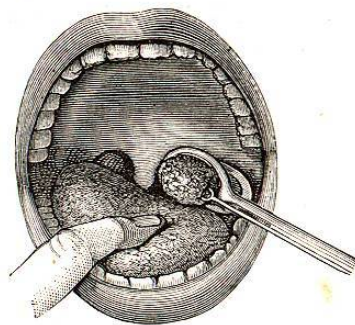


FIG. 198. — L'amygdale est embrochée et sectionnée.

Lorsqu'il existe un calcul dans l'amygdale et qu'on a pu reconnaître sa présence, il faut préférer le bistouri avec lequel on contourne plus facilement le corps dur, qui, dans quelques cas, a pu briser la lame de l'amygdalotome.

L'hémorrhagie, qui peut n'apparaître que quelques heures ou même

quelques jours après la section, est presque le seul accident qui puisse compromettre l'opération. Il est exceptionnel que l'écoulement sanguin qui se fait en nappe ait quelque importance. S'il devenait inquiétant, la compression exercée sur l'amygdale avec le doigt ou avec une pince à longues branches construite à cet effet, l'application locale de perchlore de fer, de fragments de glace, enfin, la compression de la carotide, pratiquée avec succès par Gensoul, suffiraient à remédier à cette complication.

Quand une portion seulement de la glande a été réséquée, il n'est pas rare de voir se reproduire l'hypertrophie, aussi faut-il répéter l'opération. En effet, un fragment, même minime, de l'amygdale suffit pour que de nouvelles poussées inflammatoires s'y développent chez les sujets prédisposés.

3° Tumeurs.

A l'exception de l'hypertrophie simple, que nous venons d'étudier, les tumeurs des amygdales sont encore assez mal connues, surtout au point de vue anatomo-pathologique. Passaquay (1) a réuni dans sa thèse la plupart des faits connus.

a. Nous mentionnerons seulement les *kystes* des amygdales dont on ne rapporte qu'un petit nombre d'observations. Il arriva une fois à Dupuytren de couper en deux un *kyste hydatique* de l'amygdale en croyant avoir affaire à une hypertrophie simple.

b. Nous ne ferons encore que signaler, vu leur très-grande rareté, les *fibromes* de l'amygdale. Le professeur Verneuil a opéré en 1872 une de ces tumeurs dont l'observation est rapportée dans la thèse de Passaquay.

c. Quant aux *tumeurs syphilitiques*, elles ne sont guère connues qu'à l'état de *gommes* ou de *tubercules ulcérés*. On observe cependant quelquefois de véritables tumeurs constituées par des *plaques muqueuses végétales*. Les antécédents, la marche et le traitement contribueront à les différencier des autres affections.

d. *Lymphadénome*. — Ces tumeurs offrent la plus grande analogie de structure avec l'hypertrophie simple. Les caractères histologiques et les signes objectifs sont les mêmes, mais le tissu malade a une tendance marquée à l'envahissement de proche en proche, et les vaisseaux, surtout les veines, ne s'isolent pas ou s'isolent difficilement de la production morbide. En outre, il existe en différents points du corps des masses ganglionnaires volumineuses, et l'hypertrophie tonsillaire n'est qu'une des manifestations d'une maladie générale, à laquelle on a donné le nom d'*adénie* ou de *lymphadénie*, et qui s'accompagne ou non de *leucocytémie*. Cet envahissement des amygdales par une lésion, dont le siège habituel est le tissu lymphoïde, n'a rien qui doive surprendre, puisque la

(1) Des tumeurs des amygdales, thèse de Paris, 1873.

structure de ces glandes permet de les rapprocher des ganglions lymphatiques et des follicules clos de l'intestin.

L'examen microscopique du sang, lorsqu'il y a leucocythémie concomitante, l'envahissement des ganglions et l'état général du malade suffiront à éclairer le diagnostic. On cite cependant un fait (1) dans lequel le chirurgien, croyant avoir affaire à un simple phlegmon de l'amygdale, a ouvert un anévrysme de la carotide consécutif à l'ulcération de l'artère par le tissu morbide. On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions avant d'intervenir dans les cas douteux.

Les toniques et les préparations arsenicales ont paru quelquefois enrayer la marche du lymphadénome de l'amygdale en combattant la diathèse dont il dépend.

e. Lymphosarcome. — Un autre genre de tumeur, anatomiquement voisin du précédent, puisqu'il n'en diffère que par un développement plus considérable du réticulum, mais dont l'évolution clinique est bien plus rapide et le pronostic plus grave encore, est le *lymphosarcome* de l'amygdale. Il s'accompagne d'une dégénérescence de même nature des ganglions cervicaux et paraît avoir été presque toujours confondu avec le cancer véritable dont il suit exactement la marche.

d. Cancer. — Avant la monographie publiée récemment en Angleterre par Poland (2) sur le *cancer* des amygdales, il n'existait que des observations éparses de cette variété de tumeurs.

Le cancer des amygdales est, en effet, fort rare, et si son caractère de malignité permet d'en faire un groupe clinique bien tranché, il s'en faut que sous le rapport anatomo-pathologique son étude soit complète. Jusqu'ici, on a très-habituellement confondu, sous la dénomination générale de cancer des amygdales, les *carcinomes* véritables et les tumeurs que nous avons mentionnées sous le nom de *lymphosarcomes*.

Si l'on consulte les quelques observations dans lesquelles un examen histologique complet a été pratiqué, on retrouve ici les deux formes ordinaires du cancer, le *squarrrhe* et l'*encéphaloïde*. Celui-ci est le plus fréquent, et c'est lui qui, par ses caractères cliniques, ressemble au lymphosarcome.

Indépendamment des carcinomes de l'amygdale, on a observé un certain nombre d'*épithéliomas* de cette glande, mais c'est presque toujours un cancroïde primitivement développé sur la langue ou les parois de la cavité buccale qui par extension envahit l'amygdale et s'y comporte de la même façon que sur les autres points de la muqueuse. Nous n'avons par conséquent rien de spécial à en dire, sinon que relativement à sa marche et au danger de la généralisation rapide, l'*épithélioma* de cette

(1) *Bull. de la Soc. anatomique*, octobre 1871.

(2) *British and Foreign Med. Chir. Review*, 1872, n° 98, et *Archives gén. de méd.*, 1872, vol. II, p. 227.

région, quoique très-grave, l'est cependant moins que les tumeurs réellement carcinomateuses.

Le squarrrhe peut aussi suivre une marche relativement lente et n'arriver qu'après un temps assez long à la période d'ulcération. Le malade finit par succomber dans un état de cachexie, sans que la production morbide ait ordinairement présenté une tendance très-marquée à l'envahissement des ganglions.

Bien plus précipitée est l'évolution de l'*encéphaloïde* qui se ramollit, s'ulcère et envahit les ganglions et les tissus du voisinage avec une fatale rapidité. La mort à bref délai est l'issue inévitable de cette terrible affection. Elle peut aussi survenir brusquement par hémorrhagie. Dans une observation de Richardson (1), où le cancer de l'amygdale avait déterminé la carie des condyles et de l'apophyse basilaire de l'occipital, la malade mourut subitement, asphyxiée par le sang qui avait fait irruption dans les voies aériennes.

Nous ne reviendrons pas ici sur les troubles fonctionnels des organes de la respiration, de la digestion et de l'audition. Ils sont les mêmes toutes les fois que le volume des amygdales augmente.

Le *DIAGNOSTIC*, au début du mal, avant la période ulcéreuse, est d'une très-grande difficulté. On se persuade volontiers qu'il s'agit d'une *hypertrophie* simple ou syphilitique; cependant, la présence assez fréquente de ganglions cervicaux très-durs, l'inefficacité du traitement et surtout la marche de l'affection, permettront de reconnaître sa malignité. Plus tard, lorsqu'il existe une ulcération de l'amygdale, les caractères mêmes de cette ulcération, son fond sanieux, la dureté de ses bords, les fongosités de mauvaise nature qui, dans l'*encéphaloïde*, prennent un développement excessif, la fétidité spéciale qui s'en exhale, la tendance aux hémorrhagies, enfin l'état cachectique du malade, seront autant de signes cliniques dont il faudra tenir grand compte pour rejeter le diagnostic d'*ulcère scrofuleux* ou syphilitique.

Dans les cas où le cancer des tonsilles est secondaire à une affection de même nature siégeant en un autre point de l'organisme, le diagnostic ne saurait être douteux.

TRAITEMENT. — On soumettra toujours les malades à un traitement antisiphilitique avant de recourir à l'opération sanglante, qui est inévitable lorsque la nature cancéreuse de l'affection ne fait plus de doute. Cette opération, dont le but est d'enlever dans leur totalité les parties dégénérées, ne peut guère être pratiquée avec l'amygdalotome, sauf dans les cas où la tumeur est peu volumineuse et nettement limitée. Parmi les procédés employés, la ligature graduelle et la cautérisation sont maintenant abandonnées à cause des accidents et surtout de la douleur qu'elles provoquent; aussi l'ablation des amygdales cancéreuses se fait-elle toujours actuellement, soit avec l'écraseur linéaire, soit avec le bistouri.

(1) *Dublin Quarterly Journal*, nov. 1871.

Afin de placer convenablement la chaîne de l'écraseur, Demarquay (1) fit le long du sterno-mastoïdien une incision temporaire, dans laquelle il introduisit un doigt de façon à protéger les vaisseaux et les organes importants, tandis que l'instrument pédiculisait et sectionnait la tumeur dans l'intérieur de la bouche. Il fallut aussi pratiquer des incisions libératrices à la base de la langue et sur le voile du palais.

L'opération par le bistouri consiste ordinairement en une dissection intra-buccale. On attire l'amygdale au moyen d'une pince à griffes et on la sectionne avec un bistouri convexe, en dépassant autant que possible les limites du mal. Le grand danger de ce procédé est l'hémorrhagie. C'est pour y obvier que Velpeau posa, dans un cas, une ligature d'attente sur la carotide externe. Cette précaution serait plus efficace, lorsqu'un vaisseau important vient à être intéressé, que la cautérisation avec le fer rouge, moyen suffisant contre une hémorrhagie modérée.

Dans ces dernières années, un nouveau procédé opératoire a été imaginé par le docteur Cheever (de Boston) (2). Ce chirurgien enlève la tumeur par une dissection externe, en faisant une première incision parallèlement au sterno-mastoïdien, en arrière de l'angle de la mâchoire, et une seconde incision le long du bord inférieur du maxillaire et rejoignant la première, de manière à mettre largement à découvert la face externe de l'amygdale qui se laisse facilement énucléer avec le doigt.

Il est inutile d'ajouter que, dans cette région comme partout ailleurs, l'intervention chirurgicale est absolument contre-indiquée quand la tumeur est mal limitée et que les ganglions du cou sont pris. C'est ce qui a lieu d'habitude dans les cas de lymphosarcome.

4° Ulcérations.

Outre les ulcères *cancéreux* dont nous venons de parler, on observe parfois des ulcérations des tonsilles qui sont imputables soit à la *syphilis*, soit à la diathèse *scrofuleuse* ou *tuberculeuse*.

L'accident initial de la syphilis, le chancre, a été vu quelquefois sur l'amygdale. Comme tous les chancres céphaliques, c'est toujours un chancre infectant. Il se présente ici avec les mêmes caractères que sur les autres points de la muqueuse buccale, s'accompagne de l'adénopathie cervicale caractéristique, et a une tendance marquée à se transformer ensuite en plaque muqueuse.

A la période secondaire, on voit fréquemment des érosions plus ou moins profondes des amygdales. Elles accompagnent les plaques muqueuses ou leur succèdent, mais c'est surtout à l'époque des manifesta-

(1) Bull. de la Soc. de chir., 1852.

(2) Boston med. and surg. Journal, 1871, vol I.

tions tardives de la syphilis que les tumeurs ulcérées ou non ulcérées des tonsilles se présentent de telle façon, qu'il est souvent très-difficile et même impossible d'affirmer *à priori* si l'on a affaire à une manifestation syphilitique, scrofuleuse, tuberculeuse ou cancéreuse.

Tout ce que nous pourrions dire à propos du diagnostic, du pronostic et du traitement, serait une répétition des considérations que nous avons présentées en parlant des mêmes lésions, lorsqu'elles siègent sur le reste de la cavité buccale, et spécialement sur la langue.

FIN DU TOME QUATRIÈME