

succéder aussi quelquefois à la diphtérie et à la forme d'angine qui accompagne la scarlatine et la fièvre typhoïde. Elle peut également survenir d'emblée et se manifester par ses symptômes sans avoir été précédée de poussées inflammatoires. C'est avant tout une maladie de l'enfance, et l'on peut même l'observer dans les premières années de la vie.

§ 146. — Les symptômes dus à l'hypertrophie des amygdales consistent en premier lieu dans des **troubles de la phonation**. Ce sont surtout les consonnes *l* et *r* que le malade prononce d'une façon moins distincte qu'à l'état normal, tandis que la voix elle-même s'élève d'un ou de plusieurs tons. Ce fait mérite d'être pris en considération, car il peut arriver que l'excision des amygdales fasse perdre à la voix ses notes les plus élevées, comme chez ce ténor de l'Opéra-Comique, auquel ROUX avait pratiqué l'amygdalotomie.

Les **troubles de la respiration** ont cependant une importance plus grande, surtout chez les enfants. Souvent on peut déjà poser le diagnostic d'hypertrophie des amygdales du seul fait que l'enfant, au dire des parents, est pris d'un ronflement sonore pendant le sommeil. Dans les cas d'hypertrophie considérable le type de la respiration, pendant que l'enfant dort, a souvent quelque chose de vraiment angoissant. Dès que ce dernier se couche sur le dos, la respiration devient fortement stertoreuse. Peu à peu les mouvements respiratoires deviennent de plus en plus courts, tandis que les muscles accessoires de la respiration commencent à entrer en jeu. A chaque inspiration le creux sus-sternal et l'épigastre sont fortement déprimés. Les lèvres deviennent cyanosées, la peau se couvre de sueur, et les inspirations de plus en plus courtes semblent être sur le point de s'arrêter complètement. On dirait qu'une soupape en se fermant progressivement empêche l'entrée de l'air. Lorsque ces phénomènes ont atteint leur plus haut degré d'intensité, l'enfant se tourne ordinairement sur le côté, et l'air se précipite alors avec bruit dans le larynx comme si la soupape qui faisait obstacle s'était brusquement ouverte.

Ces phénomènes apparaissent la nuit et dans le décubitus dorsal parce qu'alors les amygdales fortement tuméfiées s'affaissent en arrière avec le voile du palais et la langue. L'orifice de communication avec la cavité nasale, lequel était déjà rétréci, se ferme complètement; le courant d'air inspiré pénétrant dans la bouche rapproche de plus en plus l'une de l'autre les amygdales qui se trouvaient déjà en partie en contact sur la ligne médiane, jusqu'à ce que finalement l'occlusion devient presque complète, comme dans un jeu de soupape; cette occlusion cesse brusquement lorsque l'enfant, en changeant de position, vient modifier les conditions mécaniques de la région. On comprend dès lors facilement que chez les petits enfants, et particulièrement chez ceux qui sont atteints de rachitisme, l'hypertrophie des amygdales puisse entraîner une **déformation du thorax**, caractérisée surtout par la saillie du sternum en forme de

carène. WARREN soutient que cette déformation s'observe dans la moitié de tous les cas d'hypertrophie des amygdales et chez les deux tiers des enfants qui en sont affectés, et qu'elle diminue presque toujours après l'amygdalotomie.

L'extension de la tumeur vers l'arrière-cavité des fosses nasales entrave la respiration par le nez; le malade ne peut plus respirer que par la bouche et sa physionomie prend une expression particulière.

Les phénomènes que nous venons de signaler, de même que les troubles de la déglutition, s'aggravent d'une façon notable lorsque surviennent des poussées inflammatoires au niveau de l'amygdale hypertrophiée. — La **diminution de l'ouïe**, due le plus souvent à l'extension de l'inflammation vers l'orifice de la trompe d'Eustache, plus rarement à la pression exercée par l'amygdale sur cet orifice, s'observe aussi à des degrés variables en relation avec les différentes poussées inflammatoires successives.

Cet exposé clinique nous dispense évidemment d'insister sur la nécessité de l'**ablation des amygdales** fortement hypertrophiées. On a souvent tenté de remplacer l'excision des amygdales à l'aide du bistouri par d'autres procédés, et particulièrement par l'emploi des caustiques. Ces tentatives ne se justifient guère à notre avis, car l'excision d'une amygdale hypertrophiée est une opération peu douloureuse, facile à pratiquer pour peu que l'on ait quelque habileté, et en outre elle ne fait courir aucun danger. Le seul inconvénient que l'on ait à craindre dans un certain nombre de cas, c'est l'**hémorragie**. Bien que la carotide interne ne soit pas très éloignée de l'amygdale dont elle est séparée par la capsule de tissu conjonctif de cette glande ainsi que par la couche musculaire des constricteurs du pharynx, la lésion de ce vaisseau serait certainement dans la plupart des cas la preuve d'une grande maladresse, ou de l'ignorance complète de l'anatomie topographique de la région et du but que l'on se propose d'atteindre par l'amygdalotomie. Il ne s'agit point, en effet, d'une extirpation totale de l'amygdale, il suffit d'exciser la portion saillante de la glande; il n'est pas nécessaire, par conséquent, d'attirer fortement l'amygdale hors de sa niche à l'aide d'une érigne, et d'introduire le bistouri profondément en arrière de cet organe, au risque de pénétrer dans la région des gros vaisseaux. C'est, en effet, la carotide interne qui paraît avoir été blessée dans la plupart des cas publiés d'hémorragie survenue à la suite de l'amygdalotomie. Si l'opération bien exécutée entraîne néanmoins la lésion d'une artère un peu volumineuse, cette artère ne peut être que la branche tonsillaire de la palatine supérieure<sup>1</sup>; on peut alors le plus souvent se rendre maître de l'hémorragie par la compression directe avec le doigt, par la compression de la carotide, par la

1. Les artères qui fournissent des rameaux aux amygdales sont la pharyngienne inférieure, les artères palatines supérieure et inférieure et la linguale; toutes ces artères proviennent de la carotide externe (SAPPEY). (Note du trad.)

ligature médiante du vaisseau ou la *suture* pratiquée à l'endroit d'où s'écoule le sang (ROSER). Encore plus fréquemment l'hémorragie ne provient pas d'un vaisseau de quelque importance, mais est due à l'hémophilie, ainsi que BAUM le fait observer avec raison. La ligature de la carotide ne sera pour ainsi dire jamais nécessaire.

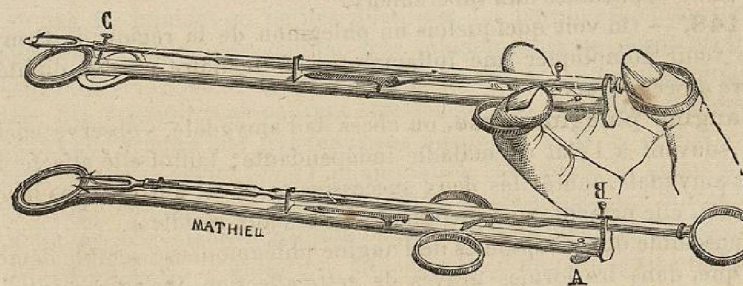
SCHEDE a fait remarquer que ce sont surtout les amygdales dont le tissu dégénéré a pris une consistance fibreuse très prononcée, qui saignent d'une façon notable après l'opération, les vaisseaux restant béants grâce à la rigidité du tissu qui les entoure. Dans deux cas observés par ce chirurgien l'hémorragie, après de vaines tentatives d'hémostase, ne s'arrêta définitivement qu'avec l'apparition d'une syncope. Chez un de ses opérés qui était déjà très anémié, la syncope survint au moment du passage rapide du décubitus horizontal à la position assise.

Pour pratiquer la **tonsillotomie** on doit avoir à sa disposition un bistouri boutonné monté sur un long manche, et ayant une lame longue d'environ 5 centim., ainsi qu'une forte érigne double ou une pince à griffes. La bouche du patient étant largement ouverte, on enfonce l'érigne double dans l'amygdale, que l'on attire modérément hors de sa niche. Il n'est pas nécessaire pour cette opération de faire usage de moyens artificiels destinés à maintenir la bouche ouverte, car au moment où l'on accroche l'amygdale, le malade est dans l'impossibilité de fermer la bouche à cause des efforts de vomiturition qui se produisent à ce moment. L'opérateur assis en face du patient tient le bistouri de la main droite s'il s'agit de l'amygdale gauche et de la main gauche s'il s'agit de l'amygdale droite. Suivant que la glande est plus développée en haut ou en bas on la saisit avec l'érigne à son extrémité supérieure ou inférieure, puis on introduit le bistouri boutonné et l'on cherche à diviser d'un seul temps toute la partie saillante de l'amygdale en imprimant à l'instrument des mouvements de scie rapides. Il arrive souvent qu'au niveau du pilier postérieur du voile un repli de la muqueuse vient se présenter au tranchant de l'instrument; on évitera de le blesser. Habituellement l'hémorragie est insignifiante et est facilement arrêtée par des irrigations d'eau glacée. S'il subsistait des restes un peu considérables de la glande, il faudrait les enlever par une opération ultérieure.

L'amygdalotomie à l'aide de l'instrument de FAHNESTOCK, aujourd'hui notablement modifié et amélioré, réussit fort bien dans beaucoup de cas. Il est nécessaire seulement que l'amygdale puisse s'engager dans l'anneau métallique au niveau duquel se fait la section. L'amygdalotome, grâce à d'heureuses modifications (ROSER, CHARRIÈRE, MATHIEU), peut être manié d'une seule main. Il consiste alors en un anneau métallique dans lequel s'engage la glande, ainsi qu'en une fourche et une lame circulaire. La fourche qui peut se mouvoir sur le manche de l'instrument, est portée sur une longue tige terminée par un anneau dans le

quel se place le pouce; un mouvement imprimé à cette tige fait pénétrer les pointes de la fourche dans l'amygdale et attire en même temps cette dernière sous la lame de l'instrument. L'index et le médius viennent se placer dans les anneaux qui terminent la tige de la lame circulaire, et ramènent celle-ci en arrière, de façon à exciser d'un seul coup la partie saillante de l'amygdale.

Comme nous l'avons dit, cet instrument ne peut être employé dans tous les cas d'hypertrophie tonsillaire; souvent il ne permet pas d'enlever une portion suffisante de l'amygdale; en outre le nettoyage de l'instrument exige de grands soins; c'est pourquoi il est certainement préférable de se servir du bistouri boutonné et de l'érigne.



\* Fig. 91. — Amygdalotome.

Chez les petits enfants mutins il est parfois impossible de pratiquer l'excision des amygdales sans s'aider de l'anesthésie. Mais celle-ci devra être alors surveillée avec beaucoup de soins, car la respiration est souvent déjà gênée par le fait de l'hypertrophie tonsillaire. Il vaut mieux dans ces cas placer l'opéré la tête pendante. Nous conseillons de réserver l'emploi des anesthésiques pour les cas, en somme rares, dans lesquels on ne parvient pas à vaincre la résistance de l'enfant.

§ 147. — Nous avons déjà mentionné plus haut les **processus ulcératifs** du pharynx, et nous rappelons encore ici qu'au niveau des amygdales, des piliers et de la paroi postérieure du pharynx les **ulcérations d'origine catarrhale** sont rares, tandis qu'on y observe souvent des **ulcérations syphilitiques**. La muqueuse du pharynx est assez souvent affectée dans le lupus. Les **ulcérations tuberculeuses** ne sont pas tout à fait rares sur les amygdales et la paroi postérieure du pharynx, ce qui ne doit pas nous surprendre, étant donnée la richesse de cette région en organes lymphatiques. La nature tuberculeuse de ces ulcérations se reconnaît souvent d'une façon très nette à leur fond érodé, au décollement de leurs bords et à la coloration bleuâtre de la muqueuse à ce niveau, enfin à l'existence de petites nodosités dont sont parsemés le fond de l'ulcère ainsi que son voisinage; aussi WEBER a-t-il eu raison