marqué par une prolifération épithéliale exagérée et générale de la muqueuse linguale ; une couche uniforme, pseudo-membraneuse, précède l'exfoliation, qui se fait par petits filaments ou par lambeaux. Cette forme n'a guère été rencontrée que chez l'adulte ; cependant on peut y rapporter un cas de Santlus relatif à un enfant de deux ans, chez lequel la maladie paraissait avoir débuté deux semaines après la naissance.

Quelle que soit la forme que présente la desquamation linguale, cette affection est toujours des plus bénignes, et mérite à peine le nom de maladie ; jamais elle ne s'accompagne de réaction générale, ni de tuméfaction ganglionnaire, ni de fétidité de l'haleine ; elle ne provoque aucune douleur locale. Les modifications que présente la surface de la langue constituent son unique symptôme.

La desquamation linguale affecte toujours chez les enfants une marche chronique ; les alternatives de desquamation et de réparation de l'épithélium se reproduisent successivement pendant un temps très long ; on a pu les suivre chez quelques sujets pendant plusieurs années. Il est difficile de fixer l'époque de la guérison définitive ; cependant, comme le fait remarquer Gautier, le fait que la maladie est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte indique qu'elle peut cesser complètement avec les progrès de l'âge. Guinon a vu plusieurs fois la desquamation marginée disparaître à la suite d'une affection fébrile intercurrente.

DIAGNOSTIC. — L'absence absolue de douleur, d'ulcération, de sécrétion morbide à la surface de la langue, la marche chronique de l'affection, suffisent pour faire distinguer la desquamation de la langue des autres affections de la bouche, telles que les *aphtes*, le *muguet*, la *stomatite ulcéro-membraneuse*.

Les *plaques muqueuses* de la langue s'accompagnent généralement d'autres manifestations syphilitiques dans la bouche et sur la peau ; en outre, elles ont une apparence uniforme, d'un blanc mat, et ne présentent pas, comme la desquamation linguale, deux surfaces, l'une rouge, l'autre blanchâtre, séparées par une ligne de démarcation bien tranchée.

PRONOSTIC et TRAITEMENT. — La desquamation linguale est une affection absolument bénigne et qui n'occasionne aucun inconvénient pour les enfants qui en sont atteints ; aussi ne nécessite-t-elle aucun traitement. D'ailleurs, la plupart des médications tentées contre elle ont échoué ; Unna dit cependant s'être bien trouvé de l'emploi de l'alun et des préparations sulfureuses. La thérapeutique devra être uniquement dirigée contre la débilité générale ou les troubles digestifs, qui sont souvent la cause de la desquamation linguale.

CHAPITRE VIII

PHARYNGITE ET AMYGDALITE AIGUËS

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation aiguë des organes de la déglutition peut s'observer à toutes les périodes de l'enfance ; elle est plus fréquente après cinq ans qu'avant cet âge ; elle est exceptionnelle chez les enfants à la mamelle. Elle peut être primitive ou secondaire.

L'*angine primitive* est le plus souvent causée par un refroidissement. Certaines formes d'angine simple paraissent se produire aussi sous une influence épidémique ou même par contagion. Il n'est pas rare de voir plusieurs cas d'amygdalite se succéder dans une même maison sans qu'aucun revête la forme diphtérique ; nous en avons constaté plusieurs exemples. Il s'agit parfois alors de l'amygdalite infectieuse décrite par Bouchard et Kannenberg. On devra être toujours sévère dans l'appréciation de ces faits et ne les admettre que quand l'examen bactériologique des produits de la gorge aura permis d'exclure une diphtérie ayant débuté sans exsudation. On devra aussi songer à la possibilité d'une scarlatine fruste, mais il est bien rare d'observer en même temps plusieurs cas de scarlatine sans éruption, et la constatation d'un cas bien caractérisé de cette affection fera faire le diagnostic.

La plupart des microbes susceptibles de devenir pathogènes ont été trouvés dans la gorge de sujets parfaitement sains ; il faut une cause occasionnelle pour qu'ils deviennent assez virulents ou que l'enfant devienne assez peu résistant pour qu'ils puissent déterminer une angine. Ceux qui ont été rencontrés le plus souvent dans les cas d'angine non diphtérique appartiennent à la classe des streptocoques. Parmi ces derniers, on trouve tantôt le streptocoque long (*streptococcus pyogenes*), qui se rencontre particulièrement dans les cas où l'on observe une fièvre vive, de la tuméfaction ganglionnaire et des symptômes nerveux, tantôt un streptocoque court, se présentant habituellement sous la forme de diplocoques isolés ou en chaînettes et facile à distinguer dans les cultures sur pomme de terre où il forme des colonies d'un blanc mat faisant une saillie notable. Signalé par D'Espine et de Marignac (1) dans un cas d'angine diphtéroïde, ce streptocoque a été retrouvé dans un grand nombre de cas d'angine simple par F. Marot (2) ; il est moins pathogène que le streptocoque long. Il a été constaté aussi, comme ce dernier, dans la salive d'individus sains.

Le staphylocoque pyogène a été aussi rencontré souvent, par-

(1) D'Espine et Marignac, *Arch. de méd. expér.*, 1892, p. 480, souche IV.
(2) F. Marot, *Thèse de Paris*, 1893.

ticulièrement dans les cas d'angine phlegmoneuse (Sallard) (1). Le coli bacille, le pneumocoque, etc., ont été également signalés ; sur 20 cas d'angine pseudo-membraneuse simple, sans diphtérie ni scarlatine, Janson Carl (2) en compte 10 à streptocoques, 9 à staphylocoques et 1 à pneumocoques. L'un de nous (3) a observé chez un petit garçon de trois ans et demi un cas d'angine érythémateuse où il a trouvé le pneumocoque presque pur. A. et V. Vedel (4) ont vu un enfant de deux ans succomber à une angine pseudo-membraneuse, d'apparence diphtérique, compliquée de broncho-pneumonie ; l'injection de sérum antidiphtérique n'avait amené aucune amélioration, et l'examen des produits membraneux de la gorge prélevés douze heures avant la mort fit constater l'existence d'une angine purement pneumococcique.

L'*angine secondaire* s'observe dans le cours des fièvres éruptives, particulièrement dans la scarlatine, plus rarement dans la grippe, l'érysipèle de la face, le rhumatisme et la fièvre typhoïde. Elle a été signalée aussi quelquefois dans le cours de la pneumonie.

DESCRIPTION. — La phlegmasie du pharynx et des amygdales peut rester limitée à la muqueuse ou bien s'étendre au tissu cellulaire sous-muqueux des amygdales ; de là deux variétés de la maladie : l'*angine catarrhale* et l'*amygdalite phlegmoneuse*.

Angine catarrhale. — Elle s'annonce quelquefois par des prodromes tels que du malaise, un léger mouvement fébrile, ou bien elle se manifeste d'emblée par une douleur dans le fond de la gorge. Cette douleur est surtout accusée pendant la déglutition ou lorsqu'on exerce une pression derrière l'angle de la mâchoire ; chez les très jeunes enfants incapables de manifester autrement leurs sensations, elle se révèle par une grimace au moment où ils avalent.

L'examen du fond de la gorge fait constater dans cette région une rougeur diffuse qui s'étend à la luette, au voile du palais et aux amygdales ; ces organes sont en même temps plus ou moins tuméfiés. Les deux amygdales sont en général enflammées simultanément et forment deux tumeurs saillantes dans le fond de la gorge ; elles sont d'abord d'un rouge luisant, puis se recouvrent souvent de points blancs ou de concrétions d'un blanc jaunâtre de nature variable. Nous distinguerons à ce point de vue trois formes d'angine : herpétique, pultacée et diphtéroïde.

L'*angine herpétique* est caractérisée par une éruption de taches blanc jaunâtre disséminées, circonscrites ; elles sont d'un jaune-chamois dès le second jour et irrégulières à leur pourtour qui est sou-

(1) Sallard, *Thèse de Paris*, 1892, p. 121.
(2) Janson Carl, *Centralbl. für Bakter.*, XV, 1893, p. 143.
(3) D'Espine, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1898, p. 79.
(4) A. et V. Vedel, *Nouv. Montpellier méd.*, 1898, p. 621 et 670.

vent en zigzags. On admet que ces taches succèdent à la rupture d'une vésicule ; sans vouloir nier le début vésiculeux, nous ne l'avons observé qu'une fois chez les enfants. Ces taches confluent rarement ; elles se détergent peu à peu et se terminent par des exulcérations légères de la muqueuse qui se comblent et guérissent, sans cicatrice apparente, en trois ou quatre jours. Cette forme d'angine s'accompagne volontiers au début d'une fièvre vive à ascension thermique brusque, rappelant celle de la pneumonie. Nous avons trouvé habituellement dans les dépôts le streptocoque et exceptionnellement le pneumocoque de Fraenkel. La chute brusque de la température rappelle le cycle pneumonique. Cette forme d'angine, dont les symptômes généraux du début peuvent paraître sérieux, est toujours bénigne. Parfois elle peut coïncider avec l'herpès labial ou avec une éruption herpétique cutanée.

L'*angine pultacée* ou *lacunaire* est tantôt primitive, tantôt secondaire (scarlatine). Elle est caractérisée par des amas d'un blanc très pur au début, disséminés sur les lacunes des amygdales enflammées.

Ce dépôt n'est pas adhérent ; il est formé presque exclusivement par des dépôts parasitaires, des débris de cellules épithéliales et de la graisse. Il devient crémeux au bout d'un ou deux jours et même demi-liquide, puriforme. Il forme alors des amas entourant en demi-lune la base des lacunes amygdaliennes. Il suffit de badigeonner l'amygdale pour l'enlever et la distinguer d'une fausse membrane. Le produit pultacé n'est donc qu'un épiphénomène de l'inflammation catarrhale des amygdales et de leurs cryptes.

L'*angine diphtéroïde* (couenneuse commune des auteurs français) est ou bien primitive ou bien consécutive à la forme pultacée. Elle est caractérisée par la présence de plaques en forme de membranes, tantôt uniques, tantôt multiples, mais ne tapissant pas habituellement d'une façon uniforme toute l'amygdale, adhérentes, mais pourtant assez faciles à détacher de la muqueuse congestionnée sous-jacente, habituellement limitées aux lacunes de l'amygdale, pouvant exceptionnellement s'étendre à la luette ou aux piliers (Henoch, D'Espine). Ces fausses membranes ne peuvent être au début distinguées de l'exsudat diphtérique. L'examen bactériologique et la marche du processus éclaireront le diagnostic. Au bout d'un ou deux jours au plus, le dépôt pseudo-membraneux, loin de s'épaissir, se liquéfiera, deviendra puriforme et cédera rapidement à l'action du benzoate de soude ou du chlorate de potasse.

Dans ces diverses formes d'angine, lorsque la tuméfaction gutturale est prononcée, la déglutition devient extrêmement douloureuse et difficile ; le timbre de la voix est nasonné, la respiration est renflante et sonore, l'haleine est fétide, mais jamais autant que dans les stomatites ; les enfants d'un certain âge crachent quelquefois une

salive spumeuse mêlée de mucus épaissi. Les ganglions cervicaux sont souvent engorgés.

Les symptômes généraux sont très variables. Dans l'angine légère, qui est de beaucoup la plus fréquente, la fièvre est rarement très vive; on observe un peu de malaise, de l'anorexie, des symptômes d'embarras gastrique; la langue est rouge sur ses bords et recouverte sur sa face dorsale d'un enduit crémeux épais. Dans les cas plus intenses, l'enfant est pris d'agitation, quelquefois même de convulsions ou de délire. Chez quelques malades, on observe une fièvre assez vive, sans que la douleur de la gorge soit très accusée; aussi, toutes les fois qu'un enfant présente un mouvement fébrile, ne doit-on jamais négliger l'examen de l'arrière-bouche, lors même qu'aucun symptôme apparent n'attire l'attention de ce côté.

Les symptômes de l'angine catarrhale commencent en général à s'amender à partir du troisième ou du quatrième jour, et la guérison est complète du septième au dixième jour. Quelquefois les amygdales restent encore tuméfiées pendant un certain temps, et chez les sujets prédisposés cette tuméfaction peut passer à l'état chronique. L'angine catarrhale récidive facilement.

Dans quelques cas exceptionnels, l'angine à forme diphtéroïde présente une forme maligne rappelant la forme pseudo-diphtérique de l'angine scarlatineuse (Voir p. 66). Le dépôt pseudo-membraneux du fond de la gorge prend une teinte grisâtre et un aspect sanieux, la fièvre est vive et s'accompagne souvent d'albuminurie, l'inflammation s'étend aux fosses nasales, qui présentent du jetage, le cou devient œdémateux, et on observe une adénite cervicale qui peut aller jusqu'à la suppuration. Cette forme prend parfois une extrême gravité et peut se terminer fatalement, particulièrement chez les enfants très jeunes. Epstein (1) a vu des nourrissons cachectiques succomber sans fièvre ou en état d'hypothermie à une angine pseudo-membraneuse, qui s'étendait parfois à tout le pharynx, à l'épiglotte, et même à l'œsophage, sans envahir le larynx. Il attribue ces accidents à une septicémie intestinale. Cette forme grave de l'angine est presque toujours le symptôme d'une infection générale grave due probablement au streptocoque.

Amygdalite phlegmoneuse. — Cette forme de la maladie succède à la précédente, ou bien l'angine est phlegmoneuse dès le début. Nous en distinguerons, avec Lasègue (2), deux variétés : l'une *intra-amygdalienne*, l'autre *péri-amygdalienne*.

L'angine phlegmoneuse intra-amygdalienne s'accompagne d'une réaction fébrile modérée et d'un gonflement limité à l'amygdale; elle se termine par l'évacuation du pus au bout de quatre à six jours.

(1) Epstein, *Verhandl. der Gesellsch. Deutsche Naturforscher u. Aerzt*, 66e Versaml. Wien, 1894.
(2) Lasègue, *Traité des angines*. Paris, 1868.

L'angine phlegmoneuse péri-amygdalienne, dans laquelle le pus se collecte derrière le pilier antérieur, s'annonce par une douleur très vive à la gorge; la déglutition est horriblement pénible, la pression derrière l'angle de la mâchoire est intolérable, l'ouverture de la bouche est presque impossible, et les masséters semblent spasmodiquement contractés; parfois la respiration est très difficile, l'anxiété est grande, et on observe de véritables attaques de suffocation. Souvent la maladie s'accompagne de bourdonnements d'oreilles ou même d'une surdité passagère due à la propagation de la phlegmasie à la trompe d'Eustache. L'examen de l'arrière-gorge, qui est très pénible et doit être pratiqué rapidement, fait constater une tuméfaction et une rougeur intense des amygdales, une coloration sombre et violacée du voile du palais, ainsi qu'un gonflement œdémateux de la luette et des piliers.

La fièvre est très vive et peut s'accompagner de délire ou de convulsions. Des frissons répétés annoncent la suppuration des amygdales; les symptômes locaux diminuent alors d'intensité, et on trouve le pus disséminé en plusieurs petits abcès superficiels ou bien réuni en une seule poche; dans ce dernier cas, le toucher fait constater la présence d'une tumeur fluctuante dans l'une ou l'autre des amygdales; il est rare que ces deux organes soient pris en même temps. Abandonné à lui-même, l'abcès s'ouvre le plus souvent spontanément dans la bouche, quelquefois dès le quatrième ou le cinquième jour, habituellement dans le cours de la seconde semaine; l'enfant crache alors un flot de pus. Si l'ouverture de l'abcès a lieu pendant le sommeil, elle peut passer inaperçue, le liquide étant avalé. L'abcès, une fois vidé, se ferme rapidement, et l'enfant se rétablit en peu de temps. Dans quelques cas très exceptionnels, le contenu de l'abcès, au lieu de se vider par le pharynx, fuse dans le tissu cellulaire du cou et détermine un phlegmon diffus. Dans un cas observé par Henoch (1) et relatif à un enfant de dix-huit mois, un abcès développé sous l'amygdale gauche se vida par le conduit auditif externe du même côté; l'enfant guérit.

Parfois aussi la maladie peut se compliquer d'*œdème des replis ary-épiglottiques* avec menace de suffocation pouvant nécessiter la trachéotomie (Dupré) (2).

COMPLICATIONS. — Les angines primitives présentent rarement des complications dans le jeune âge; nous n'en avons personnellement jamais constaté de sérieuses.

Signalons cependant l'*otite* qui peut succéder à l'inflammation pharyngée, ainsi que la propagation de l'inflammation aux fosses nasales, au larynx, à la trachée et aux bronches; ces accidents sont

(1) Henoch, *Jahrb. für Kinderheilk.*, XVII, 1881, p. 126.
(2) Dupré, art. Angines aigues du *Traité des mal. de l'enf.*, II, 1897, p. 307.

surtout fréquents à la suite de l'angine grippale et sont rares après l'angine primitive ; elles s'observent parfois dans la forme maligne de l'angine diphtéroïde.

C'est dans cette dernière forme qu'on observe parfois, comme nous l'avons dit, des *adéno-phlegmons suppurés* pouvant amener des fusées purulentes et des hémorragies graves. On a vu quelquefois aussi l'*abcès rétro-pharyngien* succéder à une angine aiguë.

L'*albuminurie* a été signalée par Kannenberg, Bouchard et Landouzy dans les angines infectieuses, et a été constatée souvent depuis, à des degrés très variables, dans le cours d'angines aiguës même bénignes ; elle est due habituellement à une néphrite infectieuse.

Des arthropathies, des complications pulmonaires, péritonéales, méningitiques, divers érythèmes ont été observés aussi dans le cours des angines ; l'orchite, l'ovarite (Joal), ont été aussi rencontrées dans quelques cas ; l'apparition de ces complications est l'indication d'un état infectieux que nous croyons être souvent d'origine grippale.

Mentionnons enfin la *paralysie angineuse* non diphtérique, accident exceptionnel, signalé par Gubler, et dont l'existence a été confirmée par Bourges (1), qui constata une paralysie des muscles oculaires, du voile du palais et des membres inférieurs, chez un enfant atteint d'angine membraneuse, chez lequel il fut impossible de constater l'existence du bacille de Löffler.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'angine aiguë est en général facile ; il suffit, pour l'établir, d'explorer avec soin le fond de la gorge. On s'assurera qu'il n'existe pas en même temps d'éruption scarlatineuse. Le diagnostic différentiel avec l'*angine diphtérique* a été indiqué plus haut (Voir p. 198) ; rappelons seulement que l'examen bactériologique (Voir p. 196) s'imposera dans un grand nombre de cas.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'angine catarrhale est habituellement bénin, celui de l'amygdalite phlegmoneuse l'est aussi le plus souvent ; néanmoins, cette dernière affection peut se terminer exceptionnellement par la mort ; Rilliet et Barthez rapportent le cas d'une jeune fille de treize ans qui périt suffoquée le second jour de la maladie. Les symptômes qui doivent faire craindre une issue fatale sont une fièvre très intense, une dyspnée extrême, une grande altération des traits, le délire ou les convulsions.

TRAITEMENT. — **Prophylaxie.** — Il sera toujours prudent d'isoler un enfant atteint d'une angine aiguë, car on ne peut jamais affirmer que cette affection n'est pas contagieuse, et cet isolement

(1) Bourges, *Arch. de méd. expér.*, janvier 1895.

sera de rigueur dans tous les cas d'angine suspecte jusqu'à ce que l'examen bactériologique ait établi qu'il ne s'agit pas d'une angine à bacille de Löffler.

Thérapeutique. — Dans le cas d'*angine catarrhale*, on prescrira des précautions contre le froid, une cravate de laine autour du cou et un gargarisme chaud et émollient au sirop de mûres additionné d'alun ou d'acide salicylique ; si la réaction est vive, on fera placer des compresses trempées dans l'eau froide sur la région cervicale, et on fera des irrigations chaudes, faiblement antiseptiques, dans la gorge. En cas d'embarras gastrique, on ordonnera un vomitif.

Les moyens simples réussiront aussi le plus souvent dans le cas d'*angine phlegmoneuse*, il est rare qu'on soit obligé de recourir à une médication énergique ; des gargarismes chauds atténueront souvent la douleur. Si les phénomènes phlegmasiques sont très intenses, on fera faire des frictions avec l'onguent napolitain belladoné, suivies de l'application d'un cataplasme, derrière l'angle de la mâchoire. On a proposé, dans le cas où la tuméfaction tonsillaire gênerait la respiration, des scarifications au bistouri sur les amygdales et la luette. L'abcès, une fois formé, s'ouvre souvent spontanément ; quelquefois il crève sous l'action d'un vomitif ; s'il tarde à s'ouvrir, on le ponctionnera avec un bistouri étroit entouré de diachylon jusqu'au voisinage de sa pointe.

CHAPITRE IX

HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

ÉTIOLOGIE. — L'hypertrophie des amygdales est une affection assez commune dans la seconde enfance ; Chapelle (1), examinant la gorge de 2 000 enfants des écoles de New-York, l'a constatée 270 fois ; elle est rare dans les premières années de la vie. Robert en a cependant observé des cas dès l'âge de six mois. C'est quelquefois une affection héréditaire ; elle peut se rencontrer chez les enfants d'une bonne constitution, mais atteint de préférence les scrofuleux, qui sont particulièrement prédisposés aux affections du système lymphatique.

L'hypertrophie des amygdales survient le plus souvent sans cause occasionnelle appréciable ; quelquefois elle succède à des amygdalites répétées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les amygdales hypertrophiées diffèrent dans leur consistance suivant que l'hypertrophie a porté sur

(1) Chapelle, *Americ. Journ. of med. Sc.*, févr. 1889.

le tissu conjonctif interstitiel ou sur les éléments muqueux de l'organe; de là une variété *dure* et une variété *molle*. Dans la première, qui est relativement rare chez les enfants, l'amygdale est résistante, sa coupe est nette, formée surtout par les fibres conjonctives au milieu desquelles les follicules clos se montrent sous la forme de points jaunes. Dans la variété molle, beaucoup plus commune dans le jeune âge, le tissu est peu consistant, les cryptes sont aplatis; à l'examen histologique, on constate un développement anormal en nombre et en volume des follicules qui rétrécissent les lacunes de la muqueuse; les cellules lymphatiques renfermées dans les mailles du tissu réticulé sont hypertrophiées et contiennent un protoplasma granulé; la muqueuse est normale. Souvent ce sont surtout les lacunes qui sont développées et remplies de concrétions d'un blanc jaunâtre d'apparence caséeuse et répandant, quand on les enlève, une odeur infecte. Ces concrétions sont constituées par des cellules épithéliales desquamées et des produits graisseux, ainsi que par une végétation abondante de *leptothrix buccalis*. On y rencontre parfois des dépôts calcaires formant de véritables calculs durs et résistants.

On a constaté souvent sur les amygdales la présence de nombreux microbes : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, etc. Dieulafoy (1) y a même trouvé parfois le bacille de la tuberculose; il a réussi à inoculer cette dernière affection au cobaye au moyen de fragments d'amygdales hypertrophiées, provenant de sujets en apparence non tuberculeux. La présence de ces microbes est le plus souvent inoffensive, mais elle prouve que les amygdales constituent une porte d'entrée facile aux infections, qui doit être attentivement surveillée.

DESCRIPTION. — Lorsqu'on examine le fond de la gorge d'un enfant atteint d'hypertrophie tonsillaire, on trouve l'isthme du gosier obstrué par les deux amygdales qui atteignent parfois le volume d'une noix; ces organes sont jaunâtres ou d'un rose pâle; ils présentent quelquefois une teinte violacée livide. La muqueuse, étalée par l'hypertrophie des tissus, est lisse, ses papilles ayant presque entièrement disparu; la cavité des dépressions est réduite à de simples fentes. Quand les cryptes sont élargis, on y aperçoit des taches jaunâtres et saillantes et parfois des calculs et des débris d'aliments.

Les symptômes *fonctionnels* sont : une gêne plus ou moins grande de la déglutition, le nasonnement de la voix, quelquefois un affaiblissement de l'ouïe, qui peut aller jusqu'à la surdité, et une gêne constante de la respiration qui donne à l'enfant un facies tout particulier ; son visage exprime l'anxiété, et sa bouche est toujours largement ouverte, ce qui lui donne souvent l'air stupide. Quelques malades se plaignent d'un sentiment de nausée, d'autres éprouvent des accès de toux revenant périodiquement (Ruault) (1). Dans quelques cas exceptionnels, on observe une dyspnée assez intense pour menacer la vie; West rapporte l'observation d'un jeune garçon atteint d'hypertrophie tonsillaire, qui souffrait d'une gêne persistante de la respiration et était pris en outre de temps à autre d'accès de suffocation qui dans un cas furent assez graves pour nécessiter la trachéotomie.

(1) Dieulafoy, *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 30 avril 1891.

On a attribué à l'obstacle mécanique que les amygdales hypertrophiées apportent à la respiration, des modifications persistantes dans la conformation de la poitrine. Dupuytren avait déjà signalé chez des enfants atteints de tuméfaction tonsillaire chronique une déformation du thorax, caractérisée par le rétrécissement de sa paroi antérieure et l'aplatissement des côtes; cette transformation peut s'observer chez des enfants tout à fait exempts de rachitisme (Vidal).

Pour Lambron, une dépression transversale de la poitrine au niveau de la réunion de ses deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur serait caractéristique de l'hypertrophie amygdalienne. Une observation de Shaw rapportée par West semble prouver l'action du tirage habituel qui accompagne cette maladie sur la conformation du thorax : un garçon atteint d'hypertrophie tonsillaire présentait à son entrée à l'hôpital une « poitrine de pigeon », mais, après l'excision des amygdales, la saillie du sternum diminua peu à peu, et la poitrine reprit sa forme naturelle. D'après Robert, il faudrait rapporter aussi à la tuméfaction chronique des amygdales l'étroitesse des narines et de l'arcade dentaire, ainsi que la forme en ogive de la voûte palatine, qui coïncident souvent avec elle, mais il faut se rappeler que cette disposition est souvent congénitale ou peut tenir, ainsi que les déformations de la poitrine, à la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal (Voir le chapitre suivant), qui accompagnent souvent l'hypertrophie des amygdales.

L'hypertrophie des amygdales a une marche essentiellement chronique, qui peut être interrompue par des poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës, survenant sous l'influence de causes minimes, telles qu'un refroidissement ou l'introduction d'un corps étranger dans les orifices des cryptes. Ces poussées inflammatoires récidivent fréquemment et contribuent à augmenter la tuméfaction tonsillaire. L'hypertrophie des amygdales guérit rarement spontanément. Exceptionnellement, cependant, on l'a vu disparaître à la suite d'une angine diphtérique (Simonena) (2) ou scarlatineuse (Corminas) (3).

(1) Ruault, *Arch. de laryngol.*, 15 avril 1888.
(2) Simonena, *Rivista di Ciencias med. de Barcelona*, 25 février 1888.
(3) Corminas, *Ibid.*, 10 mai 1888.