

2° **Hypertrophie tonsillaire.** — Il importe de savoir que le volume des amygdales peut varier suivant les sujets, dans des limites assez étendues, de sorte qu'il peut être malaisé, dans certains cas, de décider si une amygdale est hypertrophiée ou non; on doit se rappeler également que les amygdales hypertrophiées peuvent être saillantes, dégagées des piliers du voile qui conservent leur écartement normal (le rétrécissement de l'isthme du gosier est alors le phénomène prédominant), ou bien, qu'avec un volume non moins considérable, elles restent enchatonnées dans leur loge, déterminant seulement l'écartement des piliers, ou bien enfin que l'hypertrophie prédomine dans le sens antéro-postérieur, de sorte que l'isthme du gosier n'est nullement rétréci, mais qu'il existe une gêne très marquée des mouvements du voile et même de ceux du larynx. On ne doit donc pas rejeter l'hypothèse de l'hypertrophie des amygdales, sur la simple constatation de l'absence de saillie hors de la loge; il faut songer à cette affection dès que l'on constate les nombreux désordres fonctionnels qui en dépendent: gêne de la respiration (ronflement bucco-pharyngé pendant le sommeil), de la déglutition, toux quinteuse, accès d'asthme, nausées, vomissements, voix pâteuse ou nasonnée, perte du goût, de l'ouïe, de l'odorat, etc. Le diagnostic est souvent facilité par la coïncidence d'une pharyngite hypertrophique généralisée à tout le tissu de l'arrière-bouche.

Le diagnostic doit être établi avec certitude; on comprend aisément à quelles conséquences déplorables au point de vue thérapeutique donnerait lieu la confusion de l'hypertrophie amygdalienne avec un épithélioma non ulcéré, avec une gomme ou le gonflement indolent qui s'observe dans la syphilis secondaire, avec un lymphadénome, etc.; entre autres signes distinctifs, la bilatéralité de l'hypertrophie amygdalienne permet d'éliminer facilement ces diverses affections.

L'influence de l'hérédité sur le développement de cette affection est manifeste. M. Balme a rapporté de nombreuses observations d'hypertrophies de famille; à côté de l'hérédité, cause prédisposante, il faut citer, comme cause déterminante, toutes les angines aiguës, spécifiques ou non; d'ailleurs, une fois l'hypertrophie constituée, les poussées aiguës surviennent avec la plus grande facilité: « l'existence de grosses amygdales enflées, dit M. Bouchard, est un indice de microbisme latent; dans ces foyers d'infection se font des réveils fréquents d'une inflammation mal éteinte ». En tous cas, qu'il s'agisse du microbisme latent ou de nouvelles invasions microbiennes, l'indication thérapeutique bien nette qui se dégage de cette donnée est la nécessité, pour remédier aux divers troubles fonctionnels dus au volume des amygdales et pour empêcher la répétition des poussées aiguës, soit de supprimer les amygdales, soit tout au moins de diminuer leur volume et de modifier leur structure.

On conçoit que le traitement médical doive être illusoire et que l'application des topiques soit insuffisante à amener le résultat cherché. Il n'est qu'un traitement médical logique, c'est le traitement général du terrain scrofulo-tuberculeux ou lymphatique, à l'aide des préparations iodées, des eaux chlorurées sodiques, arsénicales, etc.; le traitement local doit être exclusivement chirurgical.

Ce traitement ne doit être pratiqué qu'en dehors des poussées aiguës; M. Moure recommande comme précaution préliminaire l'usage des badigeonnages au jus de citron; ce topique diminue notablement le volume des amygdales, les durcit et les ratatine dans une certaine mesure; il est, d'ailleurs, complètement inoffensif.

Dans le cas d'hypertrophie pédiculée, il faut faire l'amygdalotomie à froid avec l'amygdalotome, dans la première et dans la deuxième enfance.

Les instruments employés pour l'opération sont les suivants:

1° L'amygdalotome ordinaire à trois anneaux de Mathieu. (Ces amygdalo-

tomes sont de plusieurs dimensions, de façon qu'on puisse employer celui dans lequel l'amygdale à sectionner peut s'engager exactement, à frottement doux.)

2° Un abaisse-langue d'enfant, assez long et un peu large, qui puisse aisément déprimer et protéger la langue.

3° Un ouvre-bouche à écartement parallèle.

L'opération exige le concours de trois personnes: l'opérateur et deux aides.

L'un de ceux-ci se tient assis sur une chaise, face au jour, fait asseoir l'enfant sur ses genoux, ou plutôt entre ses genoux, maintient ses jambes entre les siennes, fixe solidement ses bras en les lui maintenant contre le torse avec le bras et la main droite, et, de la main gauche placée par sa face palmaire sur le front, applique fortement la nuque du patient contre sa poitrine et lui maintient ainsi la tête. La tâche de cet aide, qui est de maintenir immobile le petit malade, est encore facilitée si l'on prend soin d'enrouler autour de celui-ci un drap plié sous forme de large bande, qui maintient déjà les bras et paralyse en partie la défense.

Le second aide se tient à genoux à côté du petit malade; il glisse les mors de l'ouvre-bouche entre les molaires, à gauche, et avec la main gauche pour l'ablation de l'amygdale gauche. Il ouvre alors doucement, mais d'une main ferme, l'ouvre-bouche, de façon à abaisser la mâchoire inférieure et à maintenir la bouche du patient largement ouverte. Il lui reste une main libre avec laquelle il peut saisir la mâchoire inférieure et aider ainsi à maintenir la tête immobile.

L'opérateur, assis sur une chaise en face du malade, place alors l'abaisse-langue, explore avec soin de l'œil et du doigt l'amygdale à sectionner, puis la charge avec l'anneau de l'amygdalotome en y faisant d'abord pénétrer sa partie postéro-inférieure; il fait ensuite basculer l'anneau de façon à le placer parallèlement à la face latérale du pharynx, sans l'appliquer avec force contre cette paroi; puis il fait jouer l'instrument et tranche d'un seul coup l'amygdale. Il retire alors vivement l'instrument et s'assure que le voile du palais et les piliers n'ont pas été blessés.

Lorsqu'on a enlevé une amygdale, si la plaie ne saigne que très peu, on peut alors procéder de suite à l'ablation de la seconde amygdale. Tandis qu'on maintient la bouche entr'ouverte à l'aide de l'abaisse-langue, l'aide qui tient l'ouvre-bouche retire celui-ci, passe de l'autre côté, et place de nouveau son instrument du côté opposé à l'amygdale à enlever. Celle-ci est sectionnée comme la première. On rend alors la liberté au petit malade, et on le fait gargariser avec de l'eau très froide. Cette précaution suffit d'ordinaire à arrêter l'hémorragie qui est presque toujours insignifiante. Néanmoins, le médecin doit toujours rester près du malade jusqu'à ce « que celle-ci soit absolument arrêtée ».

Durant les premiers jours l'enfant devra garder la chambre et s'alimenter exclusivement avec des aliments liquides ou en purée (lait, œufs battus dans du lait, purées de légumes, etc.). Si l'enfant peut se gargariser, on emploiera les gargarismes d'eau boriquée. La plaie, recouverte d'abord d'une fausse membrane, se déterge au bout de cinq à six jours, et, au bout de quinze jours environ, la cicatrisation est complète.

Les hémorragies graves qui peuvent survenir à la suite de l'amygdalotomie sont dues, suivant Balme, à deux causes principales:

1° A la blessure du pilier antérieur;

2° A la blessure du plexus veineux sous-amygdalien situé à la partie inférieure de la loge.

Pour éviter les hémorragies, il faut donc prendre les précautions suivantes :

1° Se servir d'un amygdalotome dont l'anneau ait des dimensions exactement proportionnées à celles de la glande à sectionner; on évitera ainsi qu'une partie du pilier s'engage dans l'anneau avec l'amygdale;

2° N'enlever que la partie de la glande qui dépasse les piliers, c'est-à-dire ne faire que l'*amygdalotomie*, et non l'*amygdalectomie*; pour ce faire, on amène seulement l'anneau à un léger contact des piliers; on transfixe alors la glande avec la fourche, et, avant de sectionner, on porte la main un peu au dedans.

L'introduction de l'électricité dans la pratique médico-chirurgicale a permis l'*ablation des amygdales au moyen de l'anse galvanique*. Ce procédé doit être préféré chez les adultes à l'amygdalotomie par la méthode habituelle (car les hémorragies sont très fréquentes chez eux), et peut être employé chez les enfants dociles. L'opération se fait à blanc, sans une goutte de sang dans la plupart des cas, ou avec un écoulement sanguin absolument insignifiant chez d'autres malades. La section doit se faire peu à peu, avec le fil porté au rouge sombre, car la section avec un fil surchauffé équivaldrait à une amygdalotomie à l'instrument tranchant. On peut pratiquer l'anesthésie préalable de l'amygdale au moyen d'une solution de cocaïne au dixième. Au lieu d'ablation, on peut se contenter de la *cautérisation* par le thermo-cautère, ou mieux le galvanocautère.

L'ignipuncture est le seul procédé qui convienne en cas d'hypertrophie enchatonnée et antéro-postérieure; c'est un procédé excellent, d'une innocuité absolue et relativement peu douloureux. On doit, au thermo-cautère, préférer le galvanocautère, qui a le très grand avantage de pouvoir être introduit à froid et de n'être chauffé qu'au moment précis où l'on veut cautériser; donc, pas de chaleur rayonnante, ni de brûlure du voisinage à craindre; le galvanocautère a encore cette supériorité qu'il permet d'éviter aux jeunes enfants la vue du fer rougi d'avance.

Certains médecins se servent de la pointe galvanique, l'enfoncent dans une crypte et font passer le courant, pour fendre la portion de la glande attaquée, de dehors en dedans; on est obligé de recommencer assez souvent cette manœuvre, tant que l'on trouve des orifices abordables.

Afin de diminuer le nombre des séances nécessaires pour réduire une amygdale hypertrophiée, M. Moure se sert de larges couteaux épais, de façon à faire une escarre non seulement en profondeur, mais aussi en surface.

Voici quel est son procédé : « Prenant le couteau galvanique de grosses dimensions, nous le plongeons dans la glande hypertrophiée, de dedans en dehors, de manière que le couteau porte sur toute la surface de l'amygdale, depuis son bord pharyngien jusqu'à sa face palatine; le couteau trace ainsi un sillon profond, divisant la tonsille en deux lobes, l'un supérieur et l'autre inférieur. Au-dessus ou au-dessous de ce premier sillon, suivant que nous avons commencé sur la partie inférieure ou supérieure de la glande, nous en creusons un second, de manière que la partie du tissu comprise entre les deux se trouve complètement détruite.

« Si un troisième ou un quatrième sillon sont nécessaires, nous les faisons, autant que possible, dans la même séance. Trois suffisent généralement pour embrasser la totalité de l'amygdale. Leur profondeur devra être assez considérable pour que le couteau disparaisse tout à fait dans l'épaisseur du tissu carbonisé, par conséquent détruit. Cette manière de faire a non seulement l'avantage de constituer un procédé rapide, mais elle évite un des grands inconvénients de l'ignipuncture habituelle, qui est de creuser dans le tissu amygdalien des cratères, dont l'orifice, plus étroit que le fond, expose les malades à des complications inflammatoires, voire à des abcès amygdaliens par rétention des produits inflammatoires au fond des points cautérisés. »

Une fois la cautérisation faite, M. Moure prescrit le gargarisme suivant :

Bromure de sodium	} aa	6 grammes.
Borate de soude		1 gramme.
Acide phénique		50 grammes.
Glycérine pure		450 —
Décoction d'orge		

pour couper avec moitié eau de guimauve et employer en bains de gorge plusieurs fois par jour.

Si l'acide phénique est désagréable au malade, on peut le remplacer par de l'hydrate de chloral ou de la résorcine (5 à 5 grammes). (Moure, *Mémoires et Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1890.)

Parmi les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'ignipuncture, il faut citer l'otite moyenne aiguë et l'inflammation de la glande cautérisée; mais cette dernière éventualité ne se présente pas, si l'on ne néglige pas l'antisepsie locale.

Si l'amygdale enchatonnée est très volumineuse, et si l'on prévoit un nombre de séances d'ignipuncture trop considérable, on en fera l'*ablation par morcellement* avec des pinces appropriées.

En résumé, la forme libre ou pédiculée sera traitée :

a) Dans la première enfance, par l'amygdalotomie;

b) Dans la seconde enfance, par l'amygdalotomie ou l'ablation à l'anse galvanique;

c) Dans l'adolescence et l'âge adulte, par l'anse galvanique exclusivement.

La forme enchatonnée sera traitée par la cautérisation au galvanocautère (méthode lente) ou le morcellement (méthode rapide).

II. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée; tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.

C'est souvent pour consulter au sujet d'une angine granuleuse que se présente au médecin le malade porteur de végétations adénoïdes du pharynx nasal; cette variété d'angine coïncide, en effet, habituellement avec les végétations adénoïdes. D'autres fois, c'est pour des troubles de l'ouïe, ou même pour des symptômes en apparence bien étrangers à ces végétations, tels que céphalée, déformations thoraciques, etc., que le malade, un enfant dans l'immense majorité des cas, est conduit au médecin. Celui-ci ne devra donc pas se laisser induire en erreur ni négliger l'examen rhinoscopique qui seul permettra un diagnostic exact.