

se rétrécissant de plus en plus, ont fini par s'oblitérer complètement et disparaître.

L'étude histologique des coupes provenant de préparations durcies fait reconnaître que les saillies des parois cryptiques et leur rétrécissement progressif, en certains points, sont dues à l'hypertrophie des follicules lymphatiques les plus voisins de la surface de cette paroi : en s'hypertrophiant, ils rencontrent, du côté de la surface épithéliale, moins de résistance que du côté du parenchyme, et c'est ainsi que leur augmentation de volume amène un rétrécissement concentrique du canal cryptique. A ce niveau, les leucocytes sont abondants, et on voit que l'épithélium a proliféré et desquamé. Au niveau des parties dilatées, les lésions des follicules voisins manquent le plus souvent, et l'épithélium est aplati.

L'examen du contenu caséux des cavités cryptiques, sur les coupes où on l'a laissé en place, montre qu'il est presque entièrement composé de couches stratifiées de cellules épithéliales desquamées, plus ou moins altérées, mais très reconnaissables, surtout à la périphérie, près des parois. Les leucocytes sont en nombre assez restreint. De plus on constate la présence de micro-organismes extrêmement nombreux, appartenant à des espèces diverses, pathogènes (diplocoques, staphylocoques, etc.) ou saprophytes (leptothrix, etc.). Dans les parties centrales du bouchon surtout, on trouve de la graisse, des acides gras, de la cholestérine et parfois des grumeaux calcaires.

Lorsqu'on étudie des amygdales enlevées pendant une poussée inflammatoire subaiguë, on voit que la desquamation épithéliale a été abondante et rapide, car les noyaux des cellules se colorent encore à une distance assez notable de la périphérie du bouchon caséux. Les leucocytes sont aussi beaucoup plus nombreux; les parois sont hyperémiées.

**Étiologie et pathogénie.** — Les résultats de l'étude anatomique, joints à ceux de l'observation clinique nous font comprendre aisément que les symptômes sont le résultat de la rétention des sécrétions et de la desquamation épithéliale des parois cryptiques, et que cette rétention est due au rétrécissement, parfois même à l'occlusion des orifices et des parois cryptiques au voisinage de ces orifices.

Ces rétrécissements concentriques, causés par la saillie des follicules sous-épithéliaux hypertrophiés, sont le résultat des inflammations catarrhales répétées. L'amygdalite lacunaire chronique est donc, en réalité, la conséquence des amygdalites aiguës superficielles, des angines catarrhales diffuses qui ne frappent que la surface des amygdales et les régions de ses cryptes les plus voisines de l'orifice de ces canaux. Les amygdalites cryptiques aiguës profondes, les inflammations aiguës s'étendant à toute la profondeur de la crypte, ont plutôt tendance à amener un rétrécissement de la paroi dans toute son étendue, aboutissant à son occlusion, qu'un rétrécissement limité à la région voisine de son ouverture, amenant à sa suite la rétention des sécrétions dans les régions sous-jacentes et l'ectasie consécutive de celles-ci. On conçoit que, dans ce dernier cas, les masses caséuses altérées, remplies de micro-organismes qui y pullulent aisément, voisines d'une muqueuse dont la résistance est affaiblie par la compression progressive qu'elle subit, soient une cause fréquente de poussées inflammatoires. L'amygdalite lacunaire caséuse est une maladie rare chez les enfants. On ne l'observe guère avant la 6<sup>e</sup> année. A partir de l'âge de

15 à 16 ans, elle devient plus commune; le plus grand nombre des malades sont des individus des deux sexes de 20 à 40 ans. La plus âgée de mes malades avait 62 ans.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est, en général, facile, et souvent les renseignements donnés par le malade ou l'aspect des amygdales l'imposent dès le début. Mais lorsque les symptômes accusés par le patient permettent seuls de la soupçonner, il est nécessaire de rechercher les lésions pour ne pas les laisser passer inaperçues. On les trouvera en s'aidant du stylet, en ayant soin de repousser le pilier antérieur en dehors avec un écarteur pour explorer le bord antérieur de la glande qu'il cache en partie; de constater avec soin l'état du sommet de la glande près de la fossette sus-amygdalienne, et, s'il y a lieu, celui de son bord postérieur en s'aidant du miroir rhinoscopique. Dans certains cas on sera obligé, pour que l'exploration soit complète, de procéder d'abord à la rupture des adhérences anormale des amygdales et des piliers; ce qui d'ailleurs ne peut qu'être utile au malade.

La *mycose leptothryxique des amygdales* se différenciera de la maladie lacunaire en ce que les petites saillies blanchâtres et pointues, ou les petites taches lisses ou aplaties de même couleur, qui la caractérisent, siègent surtout entre les orifices cryptiques, sur la surface de la glande à laquelle elles adhèrent fortement, et presque toujours aussi existent en même temps à la base de la langue et à la paroi pharyngée.

Je me bornerai à signaler ici, comme cause d'erreur, du reste facile à éviter, la *tuberculose caséuse de l'amygdale*, qui sera étudiée plus tard. Il ne faudrait pas non plus, en présence d'une perte de substance de la paroi d'une lacune close à la suite d'une poussée subaiguë et de l'apparence du magma caséux ainsi mis en évidence, croire à une *gomme amygdalienne*: les petites dimensions de l'orifice ulcéreux, et son peu de tendance à augmenter ou à s'étendre, sa cicatrisation rapide, au bout de 2 à 3 jours, dès que l'évacuation des concrétions a été réalisée, seront les éléments qui, de concert avec l'anamnèse, la marche de l'affection, la notion de l'extrême rareté des gommes syphilitiques exclusivement localisées à l'amygdale, permettront d'éviter cette erreur de diagnostic.

L'exploration à l'aide du stylet ferait reconnaître la présence d'un *calcul amygdalien*, coïncidence possible, car les calculs sont une conséquence assez rare, mais certaine, de l'amygdalite lacunaire.

Les *abcès chroniques intra-amygdaliens*, renfermant du pus fluide, ne peuvent être confondus avec l'affection qui nous occupe ici. Au besoin, l'examen histologique du contenu caséux d'un abcès enkysté permettrait de fixer un diagnostic douteux. On ne trouverait pas, en effet, dans un cas de ce genre, l'aspect caractéristique des concrétions de l'amygdalite lacunaire: cellules épithéliales desquamées, stratifiées, en abondance considérable, et leucocytes rares.

**Pronostic et traitement.** — Le pronostic n'offre pas de gravité, mais l'affection est extrêmement tenace, si elle est abandonnée à elle-même. La meilleure méthode de traitement est celle d'Hoffmann et de Schmidt, qui a été vulgarisée en France par Calmettes et ses élèves. Calmettes lui a donné le nom de *discission des amygdales*. Elle se rapproche beaucoup d'une vieille méthode française,



employée autrefois par Blandin, qui traitait les grosses amygdales en les déchiquetant à l'aide d'une pince à griffes de Museux. Le procédé nouveau consiste à introduire dans les orifices des cryptes malades un crochet mousse (qu'on peut souvent faire ressortir par l'orifice d'une crypte voisine en communication avec la première), et de rompre ensuite, par traction, la paroi ou le pont derrière lesquels se trouve ainsi placé l'instrument. M. Gampert recommande avec raison de frotter ensuite les parties cruentées avec un topique iodé; c'est une précaution antiseptique tout à fait justifiée. On répète la même manœuvre jusqu'à ce que l'ouverture de toutes les cavités ait permis de les débarrasser de leur contenu. La guérison est obtenue rapidement; et, même lorsque les amygdales sont grosses (l'augmentation de volume tenant à une véritable hypertrophie et non à la distension de la glande par les masses caséuses), on les voit le plus souvent diminuer de volume assez rapidement, dans des proportions variables.

#### B. — Hypertrophie des amygdales.

**Définition.** — Lasègue a fait observer avec raison qu'en dehors de tout état pathologique cliniquement appréciable, le volume des amygdales peut varier, suivant les sujets, dans des limites assez étendues. Aussi ne doit-on considérer comme hypertrophiées, dans la pratique, que les amygdales assez volumineuses pour rétrécir notablement, par leur saillie en dehors de la loge amygdalienne, l'isthme guttural du sujet qui les porte; ou pour exagérer, par distension mécanique, l'écartement normal des piliers antérieur et postérieur du voile palatin du même côté. On conçoit que le volume des amygdales hypertrophiées ne variera pas seulement suivant le degré de l'hypertrophie, mais encore selon l'âge des sujets: aussi peuvent-elles mériter cette qualification lorsque leurs dimensions n'excèdent pas celles d'une grosse cerise, chez des jeunes enfants, aussi bien que dans les cas où, chez des malades plus âgés, elles atteignent celles d'un petit œuf de poule.

**Symptomatologie** <sup>(1)</sup>. — **Signes physiques et caractères objectifs.** — Chez des sujets ayant le pharynx de dimensions sensiblement identiques, et dont les amygdales hypertrophiées présentent un égal volume, celles-ci peuvent cependant se trouver à des distances différentes de la ligne médiane. Elles peuvent être saillantes, nettement dégagées, surtout en avant, des piliers du voile qui conservent à peu près leur écartement normal et ne sont pas gênés dans leurs mouvements. Elles semblent, en pareil cas, fixées à la loge amygdalienne par une sorte de pédicule (*amygdales pédiculées*); et si leur volume est un peu considérable, elles descendent dans le pharynx en vertu de leur pesanteur, et leurs pédicules paraissent s'allonger (*amygdales pendantes*). Dans les deux cas, le rétrécissement de l'isthme guttural est le phénomène dominant. Si, avec un volume égal, elles restent encastrées dans leur loge, où elles adhèrent par une large base, tandis que la partie externe de leur région adhère aux piliers du voile (*amygdales enchatonnées*), le rétrécissement de l'isthme sera moindre, et le résultat de l'affection le plus nettement appréciable sera l'écartement des deux piliers du voile du même côté par la glande hypertrophiée. Au lieu de se

<sup>(1)</sup> Consultez BALME, De l'hypertrophie des amygdales; Thèse de Paris, 1888.

produire dans tous les sens, il peut arriver que cette augmentation de volume se fasse surtout dans le sens antéro-postérieur, et que les tonsilles hypertrophiées soient plutôt aplaties que globuleuses. En pareil cas, elles adhèrent à la loge par une large base, et par leurs bords, aux deux piliers, de sorte qu'elles ne font pas de saillie notable en dehors de ceux-ci et se bornent à les écarter l'un de l'autre; elles ne rétrécissent pas l'isthme guttural, elles augmentent sa profondeur, et les symptômes auxquels elles donnent lieu dépendent de la gêne qu'elles imposent aux mouvements du voile et même à ceux du larynx (*hypertrophie latente*).

La forme des amygdales pédiculées est ordinairement ovoïde, à petite extrémité supérieure; c'est-à-dire la même que celles des amygdales normales. Les amygdales enchatonnées présentent souvent une forme arrondie, hémisphérique; mais plus souvent encore peut-être elles sont irrégulièrement piriformes. Ces amygdales peuvent offrir l'apparence d'une pyramide irrégulière à sommet supérieur, auquel cas la fossette sus-amygdalienne peut être comblée par un prolongement de la glande adhérent aux deux piliers et s'élevant plus ou moins haut, tandis que la base de la pyramide ne descend pas plus bas que d'ordinaire dans le pharynx. Dans d'autres cas, la fossette sus-amygdalienne peut rester libre, alors que la base de la pyramide irrégulièrement lobulée fait une saillie inférieure notable (*amygdales plongeantes*). Parfois ces deux conditions se trouvent exceptionnellement réunies.

La coloration des amygdales hypertrophiées est très variable. Elle peut ne différer en aucune façon de celle des amygdales saines. Souvent elle est plus pâle, et varie alors depuis le gris plus ou moins jaunâtre jusqu'à une teinte franchement opaline et un aspect presque translucide (Lasègue). Ou bien, au contraire, cette coloration est d'un rouge foncé, quelquefois livide et même violacée. L'aspect de la surface des tonsilles n'est pas moins variable que sa coloration. Tantôt lisse et comme polie, elle est dans d'autres cas villeuse et grenue. Parfois même elle offre une apparence végétante et pseudo-polypeuse, surtout à son extrémité supérieure. M. Balme, qui a examiné la gorge d'un grand nombre d'enfants arriérés ou idiots de la colonie de Vaucluse, a rencontré très fréquemment chez eux cet aspect pseudo-polypeux des amygdales hypertrophiées. L'entrée des cryptes peut être quelquefois tout à fait invisible, et il faut alors, pour les voir, s'aider d'un stylet en forme de crochet dont l'extrémité, promenée sur la glande, s'engage entre les lèvres accolées de ces orifices; ou bien encore exercer sur la glande, d'avant en arrière, une légère pression, ce qui peut faire s'écarter des lacunes un mucus opalin ou transparent. Si l'on fait de cette façon sortir des cryptes une matière blanc jaunâtre, c'est qu'il y a de l'amygdalite lacunaire en même temps que de l'hypertrophie parenchymateuse; et cette constatation, ainsi qu'on l'a vu précédemment, n'est pas sans importance, parce qu'elle exige un mode de traitement particulier, avant toute autre intervention. Dans certains cas, surtout déjà un peu anciens et à la suite de poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës, l'amygdale hypertrophiée peut être irrégulière, et séparée en plusieurs lobes inégaux et tout à fait distincts par des dépressions profondes répondant à des tractus fibreux rétractés. En cas d'amygdales enchatonnées, il arrive parfois que la limite entre le pilier antérieur et la glande est à peine sensible; il semble qu'entre les deux s'étende, à la façon d'un pont, une néo-membrane souvent garnie d'arborisations vasculaires.

La consistance, au toucher digital, est variable; tantôt la glande est molle,