

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'échapper 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,

et semble même friable, lorsque sa surface est grenue et sa muqueuse très amincie; tantôt au contraire elle est ferme, soit élastique, soit dure, rénitente, comme cartilagineuse. Assez souvent, enfin, elle semble ne présenter aucune différence appréciable avec la consistance normale de l'amygdale saine.

**Troubles fonctionnels.** — L'hypertrophie des amygdales, lorsqu'elle reste modérée, n'a certainement pas sur l'état général des sujets atteints une influence nocive aussi marquée qu'on l'a cru longtemps. Elle nuit à leur santé parce que, dans la majorité des cas, elle coïncide avec des poussées d'amygdalite aiguë qui se produisent avec une fréquence variable. Ces poussées aiguës entravent le développement des jeunes sujets en lui imposant des temps d'arrêt, comme toutes les maladies infectieuses; et leur répétition, même chez les individus ayant dépassé la puberté et déjà parvenus à l'âge adulte, est toujours une chose fâcheuse dont on ne saurait contester les multiples inconvénients. Elle nuit encore à l'état général des sujets parce qu'elle amène chez quelques-uns d'entre eux, surtout chez des nerveux, des troubles fonctionnels multiples. Mais on peut dire, sans crainte d'avancer un paradoxe, que la plus grande partie des conséquences fâcheuses que lui ont attribuées Dupuytren, Robert, Lambron et d'autres ne sont point sous sa dépendance dans la très grande majorité des cas. Elle ne serait capable de les déterminer, à elle seule, que si elle était à un degré assez accentué pour compromettre notablement les fonctions respiratoires; et, sauf dans les cas extrêmes, ces troubles morbides relèvent de l'imperméabilité nasale causée par l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx nasal, manquent lorsque l'hypertrophie des tonsilles n'est pas accompagnée de cette dernière, et apparaissent lorsque celle-ci existe indépendamment de l'hypertrophie tonsillaire. Si les auteurs précités ont commis sur ce point une erreur d'interprétation qui n'est pas discutable aujourd'hui, cela tient à ce que, dans la très grande majorité des cas, et surtout chez les jeunes sujets (auxquels d'ailleurs se rapportent particulièrement les assertions qu'ils ont émises), l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, qu'ils ne soupçonnaient pas, coïncide avec celle des amygdales palatines, qu'ils observaient. Aussi renverrai-je l'étude des conséquences diverses de l'insuffisance respiratoire aux pages destinées à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Je ferai remarquer toutefois, dès maintenant, que lorsque les tonsilles palatines acquièrent un volume considérable chez un sujet dont la cavité pharyngienne est étroite et peu profonde, elles deviennent un obstacle sérieux à la respiration. Les deux glandes, juxtaposées, opposent une véritable barrière au passage du courant d'air qui va des fosses nasales au larynx, et, même si le nez et le pharynx nasal sont perméables, la respiration nasale devient insuffisante. Le sujet est réduit à respirer la bouche ouverte, et encore n'y parvient-il pas sans peine. A chaque inspiration, il contracte inconsciemment les muscles éleveurs du voile pour obtenir le plus d'espace possible entre celui-ci et la base de la langue, et ne peut éviter que chaque inspiration soit accompagnée d'un léger sifflement pharyngé qui témoigne de l'étroitesse de l'orifice qui donne passage à l'air. Lorsque, pendant le sommeil, le voile palatin pend et demeure inerte, la luvette et les bords libres situés de chaque côté d'elle viennent s'appliquer à la base de la langue. Le sujet respirant toujours par la bouche, le courant d'air inspiratoire est obligé de se frayer péniblement un passage entre la base de la langue et le voile, que l'hypertrophie des amygdales empêche

d'être attiré en arrière par la colonne d'air, et il ne pénètre que par un espace linéaire très étroit, en quantité insuffisante, et en produisant un bruit plus ou moins intense (ronflement). Cette dyspnée pharyngienne est encore plus intense lorsque, à l'hypertrophie tonsillaire, vient se joindre une amygdalite aiguë; on peut voir, en pareil cas, survenir un véritable tirage et des signes d'asphyxie qui rendent nécessaires l'ablation immédiate d'une amygdale, malgré les risques (qui semblent d'ailleurs avoir été exagérés) d'hémorragie consécutive.

Indépendamment de ces *troubles respiratoires* d'origine mécanique, et qu'on n'observe que dans les cas extrêmes, l'hypertrophie tonsillaire peut, surtout chez les gens nerveux, en déterminer d'autres que je considère comme de simples réactions nerveuses, accidents réflexes à point de départ amygdalien<sup>(1)</sup>.

C'est ainsi que la *toux*, déjà signalée précédemment comme un symptôme de l'amygdalite lacunaire, n'est pas beaucoup plus rare dans l'affection qui nous occupe. Dupuytren<sup>(2)</sup>, à qui cette toux amygdalienne n'avait point échappé, l'attribuait à un catarrhe bronchique concomitant; mais Robert<sup>(3)</sup>, n'ayant rien trouvé à l'auscultation, en faisait un phénomène purement sympathique. Wagner est moins près de la vérité en l'attribuant à une laryngite: ses caractères, sa constance, sa marche, son apparition facile à déterminer par le frottement de l'amygdale avec un stylet ou sa cautérisation avec le galvano-cautère *sans anesthésie locale préalable*, et enfin sa disparition immédiatement après l'amygdalotomie ou dès les premières ignipunctures de la glande, me paraissent démontrer péremptoirement sa nature et sa cause. Les auteurs qui l'ont observée les premiers l'ont surtout vue chez des enfants; mais elle peut aussi se montrer chez des adultes. Chez les enfants, les adolescents, les individus ayant depuis peu dépassé l'âge de la puberté, la toux est quinteuse, elle se montre de préférence par accès, le plus souvent nocturnes, parfois matutinaux ou plutôt vespéraux, et cesse dans l'intervalle. Elle revient presque périodiquement, ou du moins assez régulièrement au même moment de la journée ou de la nuit, et est extrêmement tenace et rebelle aux moyens médicaux. Chez les adultes, le plus ordinairement on n'observe pas de toux quinteuse revenant par accès, mais bien des secousses de toux isolées, alternant avec des « raclements » sonores, présentant souvent des paroxysmes à certaines heures de la journée, quelquefois presque constants pendant tout le jour, mais cessant pendant les repas et pendant le sommeil. La toux amygdalienne revêt le plus souvent ces caractères chez les sujets dont les amygdales, seléreuses, dures, lobulées, présentent un prolongement inférieur plus ou moins volumineux.

L'*asthme amygdalien*, bien qu'infiniment rare, a été observé un certain nombre de fois. Schmidt, Parker, et plus récemment M. Rendu, ont observé des sujets atteints d'asthme bronchique ayant apparu consécutivement à l'hypertrophie tonsillaire, et disparu aussitôt après l'amygdalotomie alors qu'ils avaient résisté aux traitements médicaux antécédents. Mais ne peut-on penser que l'observation prolongée de ces sujets permettrait vraisemblablement de voir l'asthme reparaitre plus tard, sous quelque autre influence? Que l'asthme puisse partir de l'amygdale, du nez, ou de l'utérus, ou de l'estomac, le fait n'est

(1) De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne; *Archives de laryngologie*, 15 avril 1888.

(2) DUPUYTREN, *Clinique chirurgicale*, 1850.

(3) ROBERT, Mémoire sur le gonflement chronique des amygdales; *Bull. gén. de thérapeutique*, 1845.

pas discutable. Mais pour que la réaction consécutive à la lésion de l'un de ces organes se traduise par un accès d'asthme, il faut que cette lésion atteigne non seulement un sujet nerveux, mais encore un nerveux appartenant à une catégorie spéciale de névropathes chez lesquels les attaques d'asthme apparaissent avec une extrême facilité.

Les troubles de la phonation portent surtout sur le timbre; celui-ci est généralement sourd, mais la voix n'est pas nasale si le nez ou le pharynx nasal ne sont pas obstrués. L'articulation est défectueuse, la parole est comme pâteuse, et il semble que les malades, les enfants surtout, parlent avec la cavité buccale enduite d'une substance visqueuse tendant à agglutiner entre elles les diverses parties de la bouche et du palais. Les enfants tout jeunes, qui ont déjà de grosses amygdales, ont beaucoup de peine à apprendre à parler, et leur langage est pendant longtemps inintelligible aux personnes qui ne vivent pas avec eux. Chez les adultes, les troubles vocaux ne deviennent en général un peu accentués que si l'hypertrophie est elle-même un peu considérable. Toutefois, chez les orateurs, professeurs, chanteurs et autres gens obligés par leur profession à un usage constant de la voix, celle-ci, sans avoir les caractères de la « voix amygdalienne » ni cesser d'être normale dans la conversation ordinaire, peut s'altérer de façon à rendre le sujet incapable de parler ou chanter en public un peu longtemps sans fatigue, et le mettre alors dans l'obligation de se reposer sous peine d'enrouement et de dysphonie progressive. Ce sont surtout les malades porteurs de grosses amygdales enchatonnées qui sont atteints de ces accidents; mais ils peuvent être observés aussi sans que l'amygdale soit notablement hypertrophiée, et dépendre, en pareil cas, des adhérences des tonsilles aux piliers, au pilier postérieur surtout. Michel (de Cologne), qui a étudié avec soin ces troubles vocaux d'origine staphylo-tonsillaire, en a très clairement élucidé le mécanisme. Pour que la voix soit claire, il faut que le voile du palais, et son arc postérieur surtout, soit parfaitement mobile et puisse s'élever au niveau nécessaire avec rapidité et sans gêne aucune. Le larynx et le voile palatin sont solidaires: le muscle pharyngo-staphylin contribue en effet, à l'aide de ses fibres externes terminales qui se fixent au bord postérieur du cartilage thyroïde, à tendre les cordes vocales en attirant le thyroïde en haut et en le faisant basculer en avant. Si l'action de ce muscle est insuffisante, ce mouvement d'élévation du thyroïde l'est aussi, et par suite la tension des cordes et la fermeture de la glotte deviennent imparfaites. Or, si les amygdales sont trop grosses et qu'elles compriment les piliers, ou bien si elles adhèrent à ceux-ci et surtout au pilier postérieur, les mouvements du voile seront moins étendus ou tout au moins ils seront moins faciles; le sujet ne les exécutera pas sans effort, il se fatiguera rapidement, et bientôt deviendra incapable de leur donner l'amplitude et l'énergie nécessaires pour qu'ils contribuent à assurer aux fonctions vocales du larynx la régularité sans laquelle l'orateur ou le chanteur ne peuvent suffire à leur tâche.

Les troubles digestifs les plus fréquents sont la gêne de la déglutition et les vomiturations. La première est peu marquée d'ordinaire en dehors des poussées inflammatoires, et se traduit le plus souvent par une maladresse gutturale qui expose les malades, les enfants surtout, à avaler fréquemment de travers, et les oblige à manger très lentement. Ce fait est dû à la difficulté que le voile du palais éprouve à exécuter régulièrement ses mouvements, surtout lorsque de grosses amygdales enchatonnées exercent une pression excentrique qui écarte l'un de l'autre les deux piliers, antérieur et postérieur, de chaque côté. Les

vomiturations peuvent manquer complètement, tandis que certains sujets, au contraire, ont des nausées au moindre attouchement de la gorge avec un corps étranger, ou même en faisant la toilette des dents. Les enfants surtout vomissent parfois avec une extrême facilité, soit lorsqu'ils avalent de travers, soit lorsqu'ils toussent. Ces vomiturations, symptôme fréquent d'ailleurs des diverses angines chroniques, disparaissent après la guérison.

Les troubles de l'ouïe sont un symptôme assez fréquemment observé. Je ne parle pas ici des surdités qui dépendent d'un catarrhe naso-pharyngien, de tumeurs adénoïdes, etc., et qui doivent être considérées comme de simples coïncidences; mais seulement de celles qui sont sous la dépendance directe de l'hypertrophie tonsillaire. Celle-ci a été longtemps attribuée à la compression directe exercée par l'amygdale sur le pavillon tubaire; condition anatomiquement irréalisable. Guersent<sup>(1)</sup>, qui partageait cette opinion avec ses prédécesseurs, avait remarqué que la diminution de l'ouïe était plus fréquente chez les sujets porteurs de grosses amygdales enchatonnées. Je crois que le fait est vrai, mais qu'il ne faut pas, comme Guersent, en chercher l'explication dans une compression de l'orifice tubaire. C'est la compression, le refoulement, la distension continue des piliers du voile par l'amygdale enchatonnée, que je crois devoir accuser; il en résulte en effet une gêne permanente des mouvements du voile, qui finit par être atteint d'une véritable parésie. Le péristaphylin externe cesse de se contracter avec une énergie suffisante pour entr'ouvrir l'orifice tubaire à chaque déglutition. M. Noquet<sup>(2)</sup>, qui admet aussi une parésie du muscle tenseur palatin, l'attribue au catarrhe chronique de la muqueuse du voile. Dans quelques cas, j'ai vu, en l'absence de troubles de l'audition, de lotalgie intermittente, qui a disparu après l'ablation ou la destruction de la tonsille hypertrophiée. Ces douleurs d'oreilles, ainsi qu'on l'a vu, s'observent également dans le cours de l'amygdalite lacunaire caséuse.

**Formes cliniques. Marche. Terminaisons.** — Les variétés d'aspect que présentent à l'examen objectif les amygdales hypertrophiées sont reliées pour une large part à l'ancienneté de la maladie, à la fréquence et à l'intensité des poussées d'inflammation aiguës dont les tonsilles ont été frappées, et enfin à l'intervalle, plus ou moins long, de temps écoulé depuis la dernière amygdalite aiguë. Cependant, si l'on observe un grand nombre de malades, on ne tarde pas à se convaincre qu'indépendamment des cas, très nombreux, où les tonsilles ne présentent pas de caractères nettement tranchés, on en trouve d'autres où elles offrent au contraire des apparences toutes particulières assez remarquables pour que l'observateur, après les avoir remarquées plusieurs fois, n'en perde plus le souvenir. Dans ces circonstances, les grosses amygdales se présentent sous l'une ou l'autre de ces deux formes extrêmes et vraiment typiques: 1° l'hypertrophie molle ou adénoïde; 2° l'hypertrophie dure ou fibreuse. Je n'ai pas craint de proposer ces deux dénominations<sup>(3)</sup>, parce qu'elles me paraissent convenir à deux variétés de l'hypertrophie tonsillaire qui, lorsqu'on en observe des cas types, diffèrent non seulement par l'aspect objectif, mais encore par leur structure anatomique, et aussi par leur étiologie et leur marche.

Dans la première variété, les amygdales sont molles, pâles ou opalines, leur

<sup>(1)</sup> GUERSENT, *Union médicale*, 1852, p. 255, 267.

<sup>(2)</sup> NOQUET, Étude sur la surdité amygdalienne; *Bulletin médical du Nord*, 1879.

<sup>(3)</sup> Contribution à l'étude des hypertrophies amygdaliennes; *Union médicale*, 1887.