2° Atrophie partielle. — L'atrophie *partielle* unilatérale, qui porte seulement sur un des côtés de la mâchoire, présente les mêmes caractères avec cette différence que le côté atrophié est entraîné par le côté sain et qu'il se produit entre la branche montante du côté malade et le temporal une séparation plus ou moins marquée.

Cette dernière forme est accompagnée de troubles sérieux de développement du côté correspondant, en particulier au niveau de l'oreille dont l'ensemble peut être atrophié de la surface vers la profondeur.

Des anomalies du côté de la face, de la bouche, des membres ont été fréquemment observés dans les cas d'atrophie totale ou partielle bien étudiés.

Cette malformation, comme le prouvent les autres arrêts de développement concomitants, remonte à la période embryonnaire et résulte d'un trouble porté sur le premier arc branchial.

D) Cyclocéphalie. Otocéphalie. Opocéphalie

Ces trois malformations congénitales sont trois degrés d'arrêts de développement, d'atrophie grave de l'ensemble de la face et du crâne.

Aucune d'entre elles n'entre dans les affections chirurgicales, à vrai dire, mais il n'est pas indifférent de les connaître, ne fût-ce que pour montrer de quelle manière s'enchaînent, se relient entre eux tous les arrêts de développement de l'extrémité supérieure.

Tandis que les troubles portés sur les arcs branchiaux, sur le premier arc branchial en particulier, n'ont produit quelquefois que peu de désordres, la plupart justiciablesd'une intervention chirurgicale, l'arrêt de développement qui atteint le bourgeon frontal détruit la clef de voûte de la face et produit après quelques légers troubles, tels que le bec-de-lièvre médian ou la fistule de la lèvre supérieure, l'atrophie du nez, de vraies monstruosités incompatibles avec la vie. Mais l'arrêt du bourgeon maxillaire inférieur peut lui aussi porter de graves atteintes à l'ensemble de la face (otocéphalie).

1° Cyclocéphalie. — Arrêté dans son organisation ou absent, le bourgeon frontal n'a qu'à l'état rudimentaire développé toute la partie moyenne de la face et les fosses nasales. Le nez n'est plus représenté que par un tubercule ou un appendice informe placé plus ou moins haut (trompe). Les yeux sont indépendants ou fusionnés (cyclopes) ; les maxillaires supérieurs sont confondus et atrophiés. Les nerfs optiques en rapport avec la formation des globes oculaires sont indépendants, fusionnés ou uniques, absents comme le bulbe olfactif. Le cerveau antérieur et la masse cérébrale entière peuvent être rudimentaires.

2° Otocéphalie. — Cette malformation consiste dans « l'atrophie des parties dépendant du bourgeon maxillaire inférieur ».

Il y a donc absence du maxillaire inférieur représenté par « un petit noyau osseux sans importance. Cependant les deux bourgeons se sont soudés sur la ligne médiane chez l'embryon puisqu'il n'y a pas de fissure sur la ligne médiane ; seulement ils ne se sont pas développés.

De cet arrêt de développement résultent : « abaissement et convergence des temporaux, rapprochement des oreilles externes l'une de l'autre, allongement de la chaîne des osselets, resserrement du pharynx derrière le petit arc tympano-maxillaire, réunion du palais avec les parties molles de la paroi inférieure de la bouche ».

Ainsi se trouvent résumés les caractères de cette grave altération congénitale par Lannelongue et Menard dans les *affections congénitales* où l'on trouve des descriptions détaillées et précises de ces cas que nous ne pouvons que signaler ici.

3° Opocéphalie. — L'opocéphalie est le degré de monstruosité le plus accentué, où se trouvent réunies les malformations de la cyclocéphalie et de l'otocéphalie.

§ 8. — Tumeurs

Sous le titre de tumeurs nous avons réuni les polypes naso-pharyngiens, les hypertrophies amygdaliennes, les végétations

adénoïdes, les hypertrophies ganglionnaires, la grenouillette, certains kystes de la parotide.

A) Polypes naso-pharyngiens

Les polypes naso-pharyngiens sont des tumeurs de nature fibreuse développées du côté de l'arrière-cavité des fosses nasales.

1° Etiologie. — Après trente ans ils ne se montrent plus; ils ne se présentent guère que de quinze à vingt ans et on ne les rencontre qu'exceptionnellement chez des sujets plus jeunes. Les observations signalées dans le sexe féminin sont d'une extrême rareté.

2° Division. — Deux variétés sont à signaler, 1° les polypes naso-pharyngiens proprement dits et 2° les polypes fibro-muqueux. Ces derniers sont facilement confondus avec les polypes muqueux des fosses nasales et, comme ces derniers, ne doivent entrer dans la description actuelle qu'au sujet du diagnostic.

3° Anatomie pathologique. — Ce sont des tumeurs d'un volume souvent considérable, très bosselées et irrégulières à leur surface, dont les prolongements fréquents pénètrent les cavités voisines qu'elles déforment et détruisent. Leur surface est rouge, souvent ulcérée, formée par la muqueuse amincie ou épaissie par places.

La consistance ferme rappelle celle du fibrome. Ce tissu est composé de faisceaux conjonctifs épais entre-croisés ou parallèles qui contiennent des cellules embryonnaires et de nombreux vaisseaux à structure très élémentaire. Ainsi s'expliquent les récidives, le caractère malin que prennent parfois ces polypes et les hémorragies fréquentes qu'on observe à leur surface ou pendant les opérations qu'on dirige contre eux.

Sont-ils réellement des polypes? Leur implantation se fait bien au moyen d'un pédicule, mais il est ordinairement épais, large, et la pensée de les attaquer ou par une ligature ou par la torsion du pédicule est plutôt une vue de l'esprit qu'une application pratique.

Ils se développent sur l'apophyse basilaire et le corps du sphénoïde, plus rarement sur les premières vertèbres cervicales, les apophyses ptérygoïdes et quelquefois la partie postérieure des fosses nasales. La base du crâne dans cette région limitée de l'arrière-nez est leur siège de prédilection. Ils peuvent être rapprochés des fibromes qu'on voit quelquefois développés, en dehors, sur la grande aile du sphénoïde et la fosse temporale.

De leur point d'origine, à mesure qu'ils augmentent de volume lentement, ils ne tardent pas à gagner les régions voisines. Le pharynx est envahi le premier, mais les fosses nasales, le sinus maxillaire, l'orbite par la fente sphéno-maxillaire, la fosse temporale par l'arcade zygomatique, les sinus frontaux, le crâne enfin peuvent être pénétrés. A mesure que ces prolongements se produisent il en résulte des déformations et des lésions nombreuses et graves.

Cependant le progrès de ces tumeurs amène d'autres modifications, non plus de voisinage mais de leur tissu propre. Par ulcérations réciproques de leur surface et des parties avec lesquelles elles se trouvent en contact, des adhérences, de nouveaux points d'implantation s'établissent; dans leur trame, par suite de ramollissement, d'hémorragies interstitielles, des kystes se forment; l'élément cellulaire se développe, la tumeur prend les allures malignes d'un sarcome quelquefois.

4° Symptômes. — Le début est insidieux, les progrès sont incessants, rapides, et les complications graves: pour l'étude de cette symptomatologie complexe, on distingue trois périodes : le début, la période des signes physiques et des troubles fonctionnels, la période des complications. Un peu arbitraire, cette division rend cependant bien compte de la marche de la maladie.

a. *Début.* — Il passe rarement inaperçu. Le jeune sujet a des hémorragies nasales fréquentes, de l'écoulement nasal

séreux souvent répété, de l'enchifrènement, de la céphalée et éprouve la sensation d'un corps étranger nasal. Il ronfle souvent la nuit, respire la bouche ouverte et a, de ce fait, des amygdalites.

b. *Période des troubles fonctionnels et physiques.* — Les symptômes précédents s'établissent nettement, alors qu'ils pouvaient être incomplets ou fort légers et s'accentuent à tel point qu'un examen local s'impose à première vue surtout si, comme cela se produit le plus souvent, certaines déformations apparaissent déjà.

Le voile du palais legèrement abaissé, le nez élargi, un peu déformé, la face asymétrique, certains troubles oculaires : épiphora, saillie à peine sensible du globe oculaire ; la dureté de l'ouïe, attirent l'attention du côté des fosses nasales et de la base du crâne.

La rhinoscopie antérieure et postérieure, l'examen de l'arrière-gorge la base de la langue étant fortement abaissée, le toucher de l'arrière-nez avec l'index fortement recourbé font alors découvrir cette tumeur bosselée, dure, volumineuse déjà, fortement implantée sur la base du crâne, mais dont il sera, la plupart du temps, très difficile de retrouver et de délimiter le pédicule.

c. *Période des complications.* — Les prolongements dans les cavités de la face qu'ils distendent et usent au point de venir au contact de la peau sont importants à reconnaître, mais leur diagnostic ne présente pas de difficulté. La pénétration du crâne, beaucoup plus grave, est celle qui donne bien souvent lieu à peu de symptômes ; le cerveau s'habitue à la compression ; on peut cependant la soupçonner par les troubles graves portés du côté de l'orbite, par l'œil altéré, par la cécité qui dénote une compression du chiasma. La certitude s'établit si des phénomènes de méningite, de coma, de paralysie surviennent.

Des hémorragies plus graves, l'altération profonde de l'état général, les troubles respiratoires de plus en plus accusés, la difficulté de la déglutition sont enfin de graves complications qui présagent une fin prochaine.

5° **Diagnostic.** — La tumeur étant reconnue par les troubles fonctionnels et l'examen de la région suspecte, il s'agit de vérifier exactement son point de départ et sa nature.

Or l'examen qu'on vient de faire, s'il s'agit d'un polype naso-pharyngien, exclut de suite les tumeurs du voile du palais, et les polypes des fosses nasales. Si les polypes fibro-muqueux ont quelques-uns des caractères de la tumeur fibreuse, ils sont moins durs, moins saignants, moins volumineux, et dans certains cas associés à des polypes muqueux (Broca).

Mais les végétations adénoïdes occupent le même siège que les tumeurs fibreuses ? Leur consistance molle, leur dissémination sur toute la muqueuse des arrière-narines, ne permettent pas un instant le doute.

On ne peut indiquer des caractères précis pour le diagnostic différentiel des tumeurs malignes. La marche rapide primitive ou tardive, la diffusion de la tumeur, les troubles fonctionnels profonds, la douleur excessive sont les seuls caractères à invoquer.

6° **Pronostic et traitement.** — Quelquefois, mais très rarement, on a observé la rétrocession des polypes naso-pharyngiens avant l'adolescence.

Ils cessent de s'accroître et diminuent seulement après cette époque.

Ces faits modifieront la thérapeutique, mais ils n'infirment pas le principe d'agir toujours avec énergie, surtout quand il s'agit de sujets jeunes.

Actuellement les cautérisations, l'arrachement, inefficaces souvent, dangereux plus souvent encore (nous avons vu un sujet traité par les injections de chlorure de zinc périr de méningite), sont des méthodes abandonnées.

L'électrolyse se recommande comme un bon moyen ; nous lui devons des succès.

L'extirpation par la voie faciale, nasale ou buccale, restent cependant les opérations de choix. Nous ne pouvons décrire ces opérations qui se trouvent indiquées chacune à leur tour,

suivant le volume, la forme de la tumeur et ses rapports avec les régions voisines.

On a proposé chez les adolescents de pratiquer des opérations partielles pour bénéficier de la période où la tumeur s'arrête et diminue d'elle-même.

B) Hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes

L'hypertrophie des amygdales ne doit pas seulement comprendre le groupement glandulaire de tissu lymphatique qui, placé entre les deux piliers du voile du palais, constitue l'amygdale proprement dite, mais encore celui qui, placé à la partie supérieure du naso-pharynx, a reçu le nom d'amygdale pharyngienne.

Suivant l'usage, nous décrirons séparément l'hypertrophie de l'amygdale palatine (amygdale proprement dite) et l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne (végétations adénoïdes).

Bien des caractères communs existent cependant dans ces deux affections, qui du reste sont fréquemment associées.

1° *Hypertrophie des amygdales.*

1° Etiologie. — Le lymphatisme et la fréquence du catarrhe naso-pharyngien, le défaut d'asepsie buccale, le mauvais état de la première dentition, sont autant de causes qui, favorisant des poussées inflammatoires par infections secondaires du tissu amygdalien, préparent son hypertrophie. Il en est de même des fièvres éruptives, des climats froids, de l'hérédité, qui jouent un rôle certain dans l'étiologie.

2° Anatomie pathologique. — L'hypertrophie est le résultat d'un développement exagéré du tissu adénoïde. Les follicules de l'amygdale grossis et multipliés, les cellules lymphatiques hypertrophiées et multipliées dans le tissu réticulé, le tissu conjonctif plus développé, constituent un ensemble où les follicules groupés autour des cryptes effacent leur cavité et se trouvent eux-mêmes séparés par des cloisons plus épaisses.

La muqueuse conserve à peu près sa disposition normale ; elle est lisse et résistante, recouverte par son épithélium cylindrique, ou bien elle participe à l'infiltration générale du tissu lymphoïde et paraît végétante.

On distingue du reste deux états différents : l'*hypertrophie molle* où l'infiltration lymphoïde prédomine et l'*hypertrophie dure* où le tissu conjonctif et les cloisons qu'il forme sont surtout développés. Tous les deux comptent des vaisseaux sanguins multipliés et augmentés de volume. Dans une troisième variété il conviendrait de ranger l'état de tuméfaction habituelle, causée par l'accumulation de déchets épithéliaux dans les cryptes et qui disparaît lorsque, par un traitement convenable ou spontanément, ces déchets sont éliminés.

3° Symptômes. — Le principal symptôme est fourni par la vue : on voit une tumeur. Celle-ci, placée entre les piliers du voile du palais dans la loge amygdalienne, proémine en soulevant le pilier antérieur. Son aspect est variable, suivant qu'elle est reliée à la loge par un pédicule quelquefois assez réduit qui lui permet de se mobiliser un peu dans tous les sens et de devenir très saillante pendant la déglutition (amygdale pédiculée) ; qu'elle fait au contraire corps avec sa loge et est en relation intime avec le tissu sous-muqueux dans lequel elle s'enfonce pour ainsi dire (amygdale enchatonnée).

L'amygdale mobile sollicitée par la déglutition plonge quelquefois vers la cavité pharyngienne et présente un prolongement en bas et en arrière qui établit entre la cavité pharyngienne et la tumeur un sillon profond.

La vue comme le toucher indiquent de suite la nature du tissu. L'amygdale molle est comme œdémateuse, blanchâtre, creusée à sa surface de sillons qui séparent des lobules : c'est l'hypertrophie du jeune âge surtout. L'amygdale dure est régulière, plus rouge et lisse à sa surface : c'est l'amygdale sclérosée des adultes.

Tels sont les signes physiques. Les troubles fonctionnels sont d'abord la *douleur* nulle en dehors des poussées inflammatoires, mais fréquente et pénible avec elles ; ces poussées sont

incessantes ; la toux pénible, quinteuse, surtout la nuit, et provoquée par l'irritation constante des terminaisons nerveuses et les sécrétions dues à l'inflammation chronique.

La phonation est troublée, les enfants prononcent mal, ont la voix voilée.

Des troubles digestifs se montrent souvent, tels que déglutition pénible et douloureuse, reflux des aliments par le nez, vomissements quand la toux est plus forte et amène sur l'orifice glottique des mucosités filantes. Toute l'arrière-gorge en effet présente un état d'irritation avec sécrétion abondante alternant avec de la sécheresse de la muqueuse.

Les troubles respiratoires sont communs. Les petits malades ont presque toujours la bouche entr'ouverte parce qu'ils respirent mal par le nez. Là se trouve la raison majeure des irritations de l'arrière-gorge, toujours en rapport avec un air plus sec et plus chargé de poussières. La nuit, les enfants ronflent en dormant ; leur respiration est souvent entrecoupée et le sommeil est agité parce que l'hématose se fait mal ; ils se réveillent en sursaut, le visage baigné de sueurs et congestionné, les yeux anxieux.

On constate encore des troubles sensoriels, caractérisés par une diminution fréquente de l'acuité auditive due au catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne provoqué par l'inflammation pharyngienne, et par une perte plus ou moins complète de la gustation ou de l'odorat unis dans leur fonction physiologique. Tous sont expliqués par l'état du naso-pharynx.

D'autres troubles généraux d'ordre physique et nerveux sont encore fréquents dans cette affection, mais ils se présentent si communément avec les végétations adénoïdes isolées qu'il est mieux d'en parler à propos de ces dernières, surtout quand on pense qu'hypertrophie simple et végétations adénoïdes sont fréquemment associées.

4° Diagnostic. — Il se préoccupera surtout d'établir l'état pathologique du naso-pharynx, car il serait fâcheux de croire avoir terminé sa tâche quand on a traité l'hypertrophie vulgaire, alors que peut-être elle ne fait que masquer des végétations plus profondément placées.

5° Traitement. — Le traitement général qui s'adresse à l'état lymphatique ou strumeux chez un sujet qui présente ailleurs des ganglions, peut-être des gommes tuberculeuses, est indiqué. Le traitement sulfureux a été justement recommandé (Lambron).

Le traitement local fait l'asepsie de la bouche et du pharynx, et supprime toutes les causes d'irritation chronique. Mais l'intervention chirurgicale est indispensable dès que le traitement général a prouvé son insuffisance. On a à sa disposition la galvano-puncture, l'anse galvanique, le morcellement et l'amygdalotomie. Nous n'avons à discuter à fond aucune de ces opérations, mais l'amygdalotomie nous semble moins bonne à cause des hémorragies : un de nos opérés a failli succomber. L'ignipuncture avec le thermocautère, tous les huit à dix jours, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, nous paraît toujours l'opération la plus sûre, la plus facile pour tous et la plus efficace. On peut reprocher à l'anse galvanique d'être moins à la portée de tous les praticiens et d'exposer peut-être à l'hémorragie autant que l'amygdalotomie ancienne.

2° *Végétations adénoïdes.*

Les végétations adénoïdes (hypertrophie de l'amygdale pharyngienne) sont dues au développement pathologique du tissu lymphatique qui garnit la voûte du naso-pharynx, s'étend de chaque côté vers la fossette de Rosenmuller, se prolonge en avant et en arrière vers le voile du palais et la paroi pharyngienne. Elles ont été étudiées d'une façon très complète et très pratique dans ces derniers temps par Moure et Cuvillier (Cuvillier. *Traité des maladies de l'enfance*).

La pathogénie, l'anatomie pathologique et les symptômes sont ici les mêmes que pour l'hypertrophie simple.

1° Anatomie pathologique. — On comprend cependant

que la situation d'une masse de tissu lymphoïde développée dans une région qui est le carrefour central du nez, des voies auditives, du sommet de l'arbre respiratoire et de l'entrée des voies digestives, mérite de fixer spécialement l'attention.

La masse hypertrophique peut se présenter, comme une simple irrégularité, une boursouflure de la muqueuse devenue très irrégulière, ou bien comme une série de végétations disséminées sur la voûte et les parties latérales dont la plupart seront petites souvent, mais qui pourront dans d'autres circonstances constituer des amas considérables, de véritables tumeurs obstruant les fosses nasales, refoulant presque le voile du palais et dépassant son bord inférieur.

L'irritation chronique des parties adjacentes est habituelle, entretenue par la présence de tous les microbes de la suppuration; le pneumocoque et le bacille de Koch y sont aussi retrouvés, mais sans qu'on puisse en déduire une nature spéciale de la végétation. Des cas d'infection tuberculeuse ayant pour point de départ l'hypertrophie amygdalienne ont été cependant signalés, mais surtout à propos de l'hypertrophie palatine.

2° Symptômes. — Semblables aux troubles de l'hypertrophie palatine, les symptômes respiratoires, tels que diminution du murmure respiratoire, phénomènes nerveux réflexes de laryngite striduleuse (Moure), de spasme glottique (Ruault), d'accès de dyspnée, ont été spécialement notés, mais il est probable que le catarrhe local est pour beaucoup dans leur apparition fréquente. A côté de ces derniers signes, la céphalée habituelle est probablement due à l'inflammation des sinus frontaux (Cuvillier); la chorée, l'hystérie, les convulsions, le somnambulisme et les absences de mémoire dont Cuvillier cite quelques faits ont été signalés. Ce dernier auteur rappelle l'opinion émise que beaucoup des enfants atteints d'hypertrophie lymphoïde sont des dégénérés. Mais les troubles sensoriels du côté de l'ouïe sont surtout à considérer, car entretenus par la compression des trompes et surtout le catarrhe, ils arrivent quelquefois jusqu'à l'otite suppurée et à ses conséquences les

plus graves; à un autre degré, c'est l'otite scléreuse et la surdité qui en sont peu à peu la conséquence.

Des *troubles de développement* sérieux appartiennent à l'hypertrophie amygdalienne et plus spécialement à celle qui nous occupe maintenant.

Les fosses nasales et avec elles la face tout entière ont subi des modifications importantes. Réduites dans toutes leurs dimensions, les fosses nasales sont petites et donnent à la face un aspect rétréci; les pommettes sont moins saillantes, la figure est en lame de couteau et l'arcade dentaire supérieure, à part les incisive saillantes et mal placées, est d'un rayon plus petit, en retrait sur le maxillaire inférieur régulièrement développé.

Parallèlement la voûte palatine est ogivale et profonde. La cloison des fosses nasales est souvent déviée dans un sens ou dans l'autre.

Cette atrophie par abolition du fonctionnement, si on lui ajoute le faciès hébété et la bouche entr'ouverte chez un sujet relativement isolé du monde extérieur par la demi-surdité précoce, constitue ce qu'on appelle le faciès amygdalien ou adénoïdien.

Le sujet respire mal, avec peine, dépense en pure perte une partie de son jeu respiratoire parce que les fosses nasales sont obstruées et que la respiration buccale entraîne du gonflement de l'arrière-gorge où du reste de grosses tonsilles donnent trop souvent la main aux végétations adénoïdes; il en résulte une action exagérée du diaphragme et une constriction ou sillon circulaire de la base du thorax, qui prend la forme *du sablier* et se creuse sur les parties latérales. Ces diverses déformations costales doivent aussi être en partie préparées par un certain degré de rachitisme (Phocas), auquel la nutrition incomplète chez un sujet qui respire mal n'est pas étrangère.

Il nous a paru enfin que chez certains malades, cette affection, qui entretient dans l'arrière-gorge des sécrétions chargées de microbes, avait plus fréquemment qu'on ne pense un retentissement fâcheux sur les voies digestives, par les mucosités ingérées : diarrhées, entérites suspectes peuvent,

avec la toux fréquente et rebelle, être par erreur interprétées dans le sens d'une infection tuberculeuse.

On ne doit enfin pas être surpris de rencontrer chez des sujets aussi profondément troublés un état général souvent déplorable. Ils sont faibles, anémiés, distraits, parce qu'il entendent mal, apathiques et paresseux parce qu'ils ne peuvent écouter un enseignement commun, inintelligents enfin parce que tout chez eux, les centres nerveux comme le reste, possèdent une nutrition incomplète et que la culture intellectuelle ne se fait pas. On voit tous les degrés d'altération jusqu'à la surdimutité chez les enfants très jeunes qui ont cessé d'entendre avant d'avoir commencé à parler.

3° Diagnostic. — Le diagnostic est préparé par l'examen attentif de l'enfant, tel que nous venons de le décrire, mais il est nécessaire de le compléter par la rhinoscopie antérieure et postérieure et par le toucher avec l'index recourbé derrière le voile du palais qui retrouvera les inégalités, leur situation leur forme.

Un diagnostic précoce nous paraît aussi bien nécessaire : c'est celui qu'il convient de faire chez les très jeunes enfants, qui eux aussi peuvent être atteints de végétations adénoïdes. Quand on voit un enfant ronfler en dormant, présenter de temps à autre, pendant son sommeil, ce qu'on serait tenté de prendre pour une anomalie de respiration indéterminée, battre des ailes du nez, tousser trop souvent sans que l'auscultation fasse rien découvrir, avoir du coryza fréquent, enfin téter avec difficulté, maigrir sans cause évidente ; quand tout cela s'offre à notre observation, il convient d'examiner le pharynx et l'arrière-nez et d'opérer le plus tôt possible, si les végétations sont découvertes. Cuvillier conseille alors, si le toucher n'est même pas possible avec le petit doigt, d'introduire une pince qui fera d'emblée le diagnostic et le traitement en retirant des végétations s'il en existe.

4° Traitement. — Nous ne revenons pas sur les indications générales déjà données. Les injections nasales, soit qu'elles

soient faites dans les cas légers avec des solutions boriquées, salées, de l'eau bouillie, soit qu'elles aient simplement pour but de préparer aseptiquement l'opération, peuvent être employées ; mais l'intervention, sans chloroforme, avec le rasoir pharyngien, paraît être, vivement et complètement faite, l'opération de choix à laquelle il faudra recourir le plus tôt possible pour obtenir en même temps le maximum d'innocuité et des bénéfices post-opératoires sérieux.

C) Grenouillette

Chez l'enfant la grenouillette est fréquente et si n'était le diagnostic différentiel souvent difficile qu'il faut établir avec les kystes congénitaux de la région sus-hyoïdienne et du plancher de la bouche, cette affection ne présenterait rien de spécial dans le jeune âge.

La grenouillette serait-elle plus rare chez les garçons ? (Holmes.) Nous l'avons presque uniquement rencontrée chez les filles.

1° Diagnostic. — La grenouillette forme au-dessous de la langue une tumeur arrondie, fluctuante, à poche unique, refoulant autour d'elle la muqueuse et les parties molles. Elle se développe tardivement.

Les kystes congénitaux ont une date plus ancienne, congénitale ; ils envahissent la langue dont ils dissocient les muscles ou font une saillie quelquefois considérable au-dessous du maxillaire et souvent sont situés davantage sur les parties latérales. Ils n'ont pas une forme aussi régulière et leurs caractères extérieurs rappellent moins l'existence d'une poche isolée à contenu liquide transparent que celle d'un kyste à parois épaisses, à contenu variable.

2° Traitement. — Les procédés opératoires se résument à l'excision large des parois. Pour ces tumeurs, cependant bien limitées, petites, la dissection de la poche nous a paru impossible. L'excision d'une bonne étendue de la partie saillante du

côté de la bouche (muqueuse et paroi kystique), suivie de la cautérisation réitérée de la cavité avec le nitrate d'argent, est certainement le meilleur procédé.

D) Kyste hydatique de la parotide

Chez un garçon de huit ans, nous avons observé un kyste du volume d'une petite orange, exactement limité à la loge parotidienne droite qu'il soulevait tout entière.

La peau distendue, mais non amincie, était libre à la surface de la tumeur. Il n'existait aucune dilatation veineuse dans le voisinage, le facial n'était point intéressé.

Du côté du pharynx, dans la partie correspondante, on constatait une forte saillie exactement arrondie dont la fluctuation très sensible pouvait être transmise à la surface extérieure du côté de la peau.

La transparence était parfaite et une lumière placée près de la peau éclairait toute la région pharyngienne.

Une ponction exploratrice démontra qu'il s'agissait d'un kyste hydatique et amena la guérison définitive.

E) Macropolyadénopathies chroniques de la région cervicale

La plupart des cas de macropolyadénopathie chronique de la région cervicale observés chez l'enfant ressortissent à la tuberculose. Tantôt celle-ci est évidente, les foyers ganglionnaires se vidant à l'extérieur, ou en raison de la coexistence d'autres lésions de même nature dans les os, les articulations, le revêtement cutané. Tantôt la tuberculose hypertrophique des ganglions n'aboutit pas à l'abcédation ; l'adénopathie tend à persister et à s'accroître, à s'ensemencer de proche en proche dans les territoires lymphatiques voisins, simulant ainsi l'évolution des néoplasmes.

Cette tuberculose ganglionnaire occulte est souvent méconnue, étiquetée adénie par les médecins, lymphadénome par les chirurgiens.

M. Sabrazès (de Bordeaux), à qui nous empruntons dans cet article les résultats de ses recherches sur les divers types d'adénopathies a, en 1892, attiré l'attention sur les cas de cet ordre, après avoir fait en particulier l'étude clinique de plusieurs malades de notre service, étude que vinrent éclairer les données de l'autopsie, de l'examen anatomo-pathologique des ganglions et des inoculations au cobaye.

Depuis lors, Sabrazès a réuni de nombreux documents sur cette question, qui a été présentée dans la thèse de son élève M. Duclion (Bordeaux, 1896) et plus récemment dans son Rapport du Congrès de Lille sur la leucémie et l'adénie. Aussi bien en France qu'à l'étranger, des recherches similaires ont fourni des conclusions analogues.

1° Macropolyadénopathie tuberculeuse. — L'affection a une allure clinique relativement lente.

L'invasion des ganglions se fait par poussées accompagnées de mouvements fébriles légers. Toute cause de débilitation et de surmenage accentue le processus d'hypertrophie des ganglions ; inversement les améliorations de la santé générale amènent une rétrocession, parfois considérable, du volume des ganglions hypertrophiés. Ceux-ci forment des amas cohérents, mamelonnés, souvent symétriques, déformant les diverses régions du cou (déformation en bajoues, cou proconsulaire, double saillie parotidienne) se poursuivant jusqu'au-dessous des creux axillaires (tumeurs mammiformes). Les ganglions sont ovalaires, d'une dureté fibreuse, plus ou moins mobiles sur les plans profonds ; la peau glisse généralement à leur surface sans présenter un développement veineux anormal, sans élévation notable de la température locale. Exceptionnellement, quand les vaisseaux profonds sont comprimés, la peau est sillonnée de grosses veines dilatées et flexueuses. Le volume énorme de ces amas ganglionnaires contraste avec leur indolence. Assez fréquemment, quand les régions carotidiennes sont envahies par ces conglomérats de ganglions, on remarque une tendance parfois très accusée à la narcolepsie, due vraisemblablement à des modifications de la circu-

lation encéphalique par compression des vaisseaux du cou.

Quand on examine ces ganglions, on constate qu'ils sont encapsulés dans une épaisse coque fibreuse peu vasculaire. La coupe est ferme, compacte, d'un blanc mat fournissant une sérosité médiocrement abondante ; en multipliant les coupes de divers ganglions de même provenance, on trouve çà et là des points jaunes caséeux, plus ou moins apparents. Histologiquement ces ganglions à capsule épaisse sclérosée sont traversés par des bandes de tissu conjonctif qui découpent dans la trame ganglionnaire désorientée des boyaux lymphocytaires se laissant mal colorer par les réactifs nucléaires ; dans les sinus lymphatiques les cellules endothéliales sont en voie de multiplication et font transition vers des cellules géantes de dimensions variables qui contribuent à former des follicules tuberculeux disséminés, cernés par des leucocytes polynucléés. En somme, le type anatomo-pathologique se résume en une modification profonde de la texture du ganglion dans lequel on ne reconnaît plus les substances corticale et médullaire; en une hypertrophie du système des follicules qui est englobé dans un processus de nécrose; en une réaction proliférative de l'endothélium des sinus lymphatiques au sein desquels apparaissent des cellules géantes et s'édifient quelques tubercules ; en une sclérose hypertrophique de la capsule et de ses travées.

Sur les frottis des régions où la nécrose s'achemine vers la caséification, on rencontre, en prolongeant la recherche, quelques rares bacilles de Koch ; l'ensemencement des ganglions ne donne pas de microbes d'association.

L'inoculation de ces ganglions produit une tuberculose à marche lente du cobaye : les ganglions des animaux inoculés ne reproduisent pas le tableau histologique précédent, mais bien celui de la tuberculose d'inoculation la plus vulgaire (fonte caséeuse, nombreux bacilles, etc.).

L'examen hématologique révèle une leucocytose polynucléée avec diminution des lymphocytes.

Cette forme hypertrophique de la tuberculose ganglionnaire est aussi fréquente, chez l'enfant, que la forme vulgaire caséo-ulcéreuse connue sous le nom populaire d'*écrouelles*.

Les macro-adénopathies chroniques de nature tuberculeuse sont susceptibles de rétrocession sous l'influence d'un traitement purement médical qui se confond avec celui de la tuberculose en général. Au cas de déformations trop disgracieuses on peut, sans espérer tout enlever, se débarrasser chirurgicalement des conglomérats les plus volumineux.

Ces adénopathies livrées à elles-mêmes, dans des conditions d'hygiène générale défectueuses, peuvent se terminer par des localisations ganglionnaires profondes, voire même par granulie.

La porte d'entrée du bacille réside le plus souvent dans l'appareil pleuro-pulmonaire, parfois aussi dans la cavité buccale (amygdales, tissu adénoïde du pharynx nasal, dents cariées, etc.).

Ces adénopathies tuberculeuses se différencient facilement des adénites aiguës symptomatiques des stomatites, des angines, etc. ; des localisations secondaires aux épithéliomas de la face dans le cas de xeroderma pigmentosum ; des hypertrophies ganglionnaires de la leucémie myélogène ou lymphatique par l'examen du sang.

Les difficultés du diagnostic surgissent lorsqu'on se trouve en présence de faits cliniques à marche assez rapide, avec amaigrissement, et qu'on soupçonne une tumeur maligne à point de départ ganglionnaire.

2° Lymphocytomatose. — Il existe deux modalités de tumeurs ganglionnaires relativement fréquentes chez l'enfant entre lesquelles on peut placer des cas intermédiaires :

Dans l'une, les ganglions de consistance dure, cohérents plutôt que confluents, rappellent l'aspect clinique des adénopathies hypertrophiantes tuberculeuses; mais la maladie évolue sans fièvre, — sauf le cas, peu fréquent, d'infection secondaire — d'une façon progressive et s'accompagne de douleurs locales légères. L'amygdale, le tissu adénoïde de la base de la langue, le thymus, etc., sont assez souvent primitivement envahis; les divers territoires ganglionnaires de l'organisme participent de proche en proche à l'affection. Ce sont des cas de cet ordre qui ont été publiés sous des dénominations mul-

tiples de lymphome, lymphadénome, de pseudoleucémie, d'adénie, etc. Ils comprennent deux *variétés :* 1° le lymphocytome pseudo-leucémique, susceptible de s'accompagner d'une lymphocythémie relative ou absolue ; 2° le lymphocytome aleucémique.

Dans une seconde forme, les ganglions sont confluents, adhèrent intimement à tous les organes voisins, s'accroissent très vite, comprimant les nerfs et les vaisseaux, déterminant l'explosion de douleurs névritiques violentes, d'œdèmes, d'ectasies veineuses. La température locale est plus élevée que normalement ; par contre, la température générale du corps est plutôt abaissée (36°) ; la température ne s'élève qu'au cas d'ulcération à la surface des tumeurs avec infections secondaires. C'est là le *lymphome malin* ou lymphocytosarcome qui détermine de tels désordres locaux que la mort survient parfois avant la généralisation de la tumeur.

La cause de ces deux modalités de lymphocytomatose est inconnue comme du reste celle des néoplasmes en général. Cette cause n'est pas un microbe banal, les recherches bactérioscopiques étant négatives. Il semble toutefois que des infections bucco-pharyngées antérieures ayant retenti sur les ganglions, stimulent ceux-ci à se multiplier : la lympho-sarcomatose serait dans ces cas para-inflammatoire.

Les foyers de multiplication des lymphocytes, au lieu de rester cantonnés aux centres germinatifs des follicules, se retrouvent dans la totalité du tissu ganglionnaire ; ces lymphocytes se divisent par karyokinèse, envahissant la totalité du ganglion, voire même la capsule, qui est débordée, au cas de lymphocytosarcome, par le tissu lymphoïde de néoformation.

Dans la première forme (lymphocytome) en outre de la multiplication lymphocytaire désordonnée on note une hyperplasie trabéculaire qui imprime une marche plus lente à la lésion laquelle se généralise accessoirement par la voie sanguine (lorsqu'il y a coexistence de lymphocythémie) et fatalement par la voie lymphatique ; dans la seconde forme (lymphocytosarcome) la néoplasie se propage surtout par contiguïté et accessoirement par la voie lymphatique. Dans la lymphocytosarcomatose l'examen hématologique dénote une leucopénie lymphocytaire.

La récidive de ces deux modalités est fatale après l'intervention, rendue du reste, très difficile par la confluence des ganglions et leur adhérence étroite avec les vaisseaux, les nerfs et tous les autres organes des régions envahies. Seul l'arsenic a pu ralentir l'allure fatale de la néoplasie.

3° Adénites hypertrophiques non tuberculeuses simulant les lymphocytomes. — On a décrit des adénopathies hypertrophiantes qui seraient produites par l'intervention de microbes autres que le bacille de Koch (streptocoques, staphylocoques, etc.), mais ces cas d'*adénie infectieuse* non tuberculeuse ne sauraient, jusqu'à plus ample informé, être admis sans contestation.

Tout récemment Löwit aurait découvert dans le sang et dans les organes hématopoiétiques de certains cas de pseudo-leucémie une plasmodie qu'il dénomme *hémabœba vivax :* à l'avenir de confirmer ou d'infirmer ces faits.

En résumé, les adénopathies chroniques des ganglions du cou sont le plus souvent de nature tuberculeuse. Le diagnostic entre ces formes et les cas de lymphocytomatose est souvent assez délicat et exige l'examen macro et microscopique des ganglions ainsi que leur inoculation au cobaye. On ne confondra pas le lymphocytome avec les lipomes symétriques dénommés à tort adénolipomes. On différenciera histologiquement le lymphocytosarcome d'avec le sarcome et d'avec l'endothéliome des ganglions (ces deux modalités de tumeurs sont des plus rares) : l'élément matriciel n'est plus, dans ces cas, le lymphocyte mais la cellule conjonctive des travées d'une part, et la cellule endothéliale des sinus d'autre part.

Thérapeutique. — Cependant, en pratique, le clinicien doit s'exercer à dépister les différentes formes de macropolyadénopathie, car la thérapeutique dépend du diagnostic. S'agit-il d'une tuberculose ganglionnaire locale sans tendance à l'abcé-

dation ; une ablation prudente des ganglions pourra, sinon guérir radicalement le malade, du moins l'améliorer considérablement. Si, au contraire, on se trouve en présence d'un cas de lymphocytomatose on ne saurait sans imprudence grave compromettre la chirurgie dans une intervention contre-indiquée par le caractère essentiellement malin de l'affection.

Opération. — L'opération d'exerèse qui attaque les masses ganglionnaires est souvent hérissée de difficultés que PAULET a depuis longtemps signalées. Les ganglions se multiplient sous les doigts du chirurgien et le conduisent vers les régions les plus dangereuses. Il faut s'arrêter à temps ; il faut surtout ne pas s'attacher à faire une opération brillante, mais savoir, s'il est nécessaire, extirper ganglion par ganglion de manière à se faire du jour, à éclaircir le chemin obscur dans lequel on est engagé. Les doigts et la sonde cannelée sont préférables à tout autre moyen pour ouvrir le revêtement fibreux des ganglions et chercher la zone de clivage qui éloigne des vaisseaux, des nerfs et des organes importants.

ARTICLE II

MALADIES ACCIDENTELLES

Le titre maladies accidentelles réunit les affections à évolution plus rapide ou à début aigu qui ne peuvent être placées dans le chapitre précédent avec les maladies congénitales ou les tumeurs. Les corps étrangers et les plaies, la gangrène, les ostéites des maxillaires, les abcès du pharynx, le torticolis seront successivement décrits.

§ 1. — CORPS ÉTRANGERS ET PLAIES DE LA BOUCHE, DU VOILE DU PALAIS, DES AMYGDALES ET DE LA LANGUE

Chez les enfants, les plaies de la bouche, du voile du palais des amygdales et de la langue sont fréquemment compliquées de la présence de corps étrangers.

1° Lèvres. — Sur les lèvres les plaies ne présentent rien de bien spécial : elles sont souvent produites par une chute en avant et les lèvres pressées entre la résistance extérieure du sol ou d'un objet quelconque et les dents sont plutôt déchirées irrégulièrement qu'elles ne sont divisées nettement dans une partie notable de leur étendue. Leur face profonde est plus spécialement atteinte et la plaie offre l'aspect le plus varié.

Un point de suture extérieur ou un pansement collodionné suffisent, après asepsie rigoureuse, surtout si la plaie a été faite au contact du sol. Dans ce dernier cas, il serait préférable, si la réunion paraissait assurée, de ne faire aucune suture et d'appliquer des compresses aseptiques avec un pansement humide.

Dans les cas où la suture est rendue nécessaire par une large déchirure nous recommandons le drainage avec une petite touffe de crins de florence ; la plaie isolée de la face muqueuse ne réclame pas de réunion le plus souvent.

2° Langue. — Fragments d'os, arêtes, crochets à broder, fragments de verre, peuvent produire des plaies plus ou moins contuses, mais le mécanisme ordinaire est le suivant : l'enfant tombe la bouche entr'ouverte et la langue, procidente au moment de la chute, est violemment pressée entre les arcades dentaires. Il en résulte des divisions quelquefois assez étendues.

En pareil cas, si la plaie est large, il convient de faire un ou plusieurs points de suture aux crins, qui assurent la réunion immédiate. Si elle est petite, on peut s'abstenir de toute intervention et se contenter d'assurer, comme dans le cas précédent, l'asepsie de la bouche au moyen de lavages boriqués ou simplement à l'eau bouillie

La langue, à part cette dernière circonstance, échappe le plus souvent, grâce à sa mobilité, aux plaies et aux corps étrangers. Signalons comme exemple le cas d'un enfant qui, tenant dans sa bouche un porte-plume en os ouvragé, s'inclina tout à coup en avant. Le porte-plume vint, après avoir labouré la langue, se briser en arrière sur la région pharyngienne latérale ; un fragment avait pénétré profondément ; il en