

ger et le pus se collecter à nouveau. Dans ces cas il faut rechercher avec un stylet la crypte qui permet d'arriver le plus facilement à l'abcès et par suite d'introduire le bistouri amygdalien pour inciser. Lorsqu'on néglige cette technique l'abcès, n'ayant pas de tendance à s'ouvrir en un point déclive, ne peut s'évacuer complètement et il peut se produire un abcès amygdalien chronique. Il se forme alors de fréquentes rétentions de pus avec sensation de tension et de fétidité; l'amygdale reste tuméfiée et il se produit, de temps à autre, une ou plusieurs fois par jour, des évacuations que l'on peut provoquer en comprimant l'amygdale ou la région rétro-maxillaire. Si l'abcès n'a pas dépassé l'aponévrose, la simple incision suffit, mais s'il existe des trajets fistuleux il faudra inciser au galvanocautère, pour éviter l'hémorragie, le tissu péri-amygdalien et le voile du palais.

Abcès de l'amygdale pharyngée.

On observe, mais plus rarement, les mêmes phénomènes au niveau de l'amygdale pharyngée; le diagnostic n'est possible qu'en pratiquant la rhinoscopie postérieure. Ces abcès sont primitifs ou consécutifs aux amygdalites palatines. Ils se compliquent toujours d'une obstruction nasale intense et se terminent par l'évacuation du pus par les fosses nasales. La guérison se produit spontanément sans doute en raison de la situation favorable de l'abcès dont l'ouverture se fait en un point déclive.

Abcès de l'amygdale linguale.

Malgré sa situation plus apparente, l'abcès de l'amygdale linguale est plus difficile à reconnaître que celui de l'amygdale pharyngée qu'on peut soupçonner par l'obstruction nasale. Dans les amygdalites linguales phlegmoneuses, la région est très tuméfiée, rouge, recouverte d'amas lacunaires; la base de la langue participe également à l'inflammation et il peut exister des troubles de la déglutition très marqués. L'examen du pharynx étant négatif, l'éclairage avec le miroir seul fera faire le diagnostic.

Complications.

Les complications assez fréquentes donnent une importance toute particulière à ces suppurations du cercle pharyngien; nous avons vu, dans les amygdalites lacunaires, l'apparition de métastases; ici nous observons des phénomènes généraux de pyémie; les inflammations des séreuses ou des articulations sont rares, par contre les abcès de voisinage sont fréquents. Il peut se faire des fusées plus ou moins graves dans le pli intermaxillaire, le long du maxillaire inférieur, dans la région rétro-maxillaire, cervicale et rétro-pharyngienne, voire même dans le médiastin ou le long de la colonne cervicale. Leur guérison exige naturellement la suppression préalable du foyer primitif. Les phlegmons du plancher de la bouche et les phlegmons profonds du cou, dont nous avons déjà parlé ont parfois leur point de départ au niveau d'un abcès amygdalien. Pour prévenir les récidives, on supprimera les amygdales cryptiques, soit par l'incision, soit par l'ablation des tissus hypertrophiés.

B. — HYPERTROPHIE

Les hypertrophies du cercle pharyngien ont toujours nécessité l'intervention du médecin, surtout dans le pharynx, bien qu'elle ne soit pas toujours indiquée.

Ces hypertrophies sont surtout fréquentes dans l'enfance, occupent de préférence l'amygdale pharyngée, moins fréquemment (deux tiers des cas) les amygdales palatines, rarement l'amygdale linguale. Quand il existe simultanément des végétations adénoïdes et de grosses amygdales palatines, on retrouve à l'origine presque toujours les mêmes affections causales. Chez des enfants ne présentant aucun antécédent morbide antérieur, les symptômes sont apparus après une scarlatine, une rougeole ou une diphtérie, parfois aussi après la coqueluche; la leucocytose qui se produit alors détermine une hypertrophie persistante des tissus adénoïdes, souvent atteints pendant ces maladies. Cette hypertrophie peut également apparaître à la suite d'inflammations répétées, mais cette cause est beaucoup plus rare. Tandis que dans le premier cas, les régions hypertrophiées présentent en général une surface légèrement vallonée,

peu modifiée dans sa configuration ; dans le second cas, au contraire, on voit les vestiges de ces inflammations sous forme de sécrétions, de concrétions ou de petits kystes superficiels (pl. XXXI, fig. 3 ; pl. XXXII, fig. 2) ; ces derniers se sont développés au niveau des cryptes enflammées, qui plus tard ont été recouvertes par des adhérences épithéliales. Au niveau de l'amygdale pharyngée, ces lésions sont caractéristiques et constituent des recessus internes ou latéraux (pl. XXII, fig. 1) dont l'origine inflammatoire est démontrée par leur apparition seulement à un âge avancé.

Anatomiquement, l'hypertrophie de ces amygdales est surtout produite par l'accroissement et la néoformation des follicules lymphatiques. Dans l'enfance et en dehors des lésions inflammatoires il existe très peu de tissu interstitiel et de vaisseaux ; tandis que dans l'âge avancé ou après plusieurs inflammations, les follicules s'atrophient par suite de l'augmentation du tissu conjonctif qui forme des trames épaisses et il se produit une néoformation vasculaire abondante (pl. XXXI, fig. 2). Dans la profondeur des cryptes, ainsi qu'à la surface de l'amygdale, l'épithélium s'épaissit parfois fortement et peut subir la transformation cornée. Un point très particulier de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, est la découverte histologique de la tuberculose dans son épaisseur sans que la tumeur puisse se distinguer extérieurement des autres tumeurs adénoïdes. Comme l'anneau lymphatique du pharynx facilite la pénétration des bacilles de Koch dans les ganglions maxillaires et cervicaux, cette tuberculose ganglionnaire ne peut nous indiquer si les bacilles sont la cause de l'hypertrophie amygdalienne ou s'ils ont pénétré secondairement. Cette infection doit dans certain cas provoquer la récurrence de la végétation ou de l'amygdale.

Symptômes.

a) Hypertrophie de l'amygdale palatine. — Ils sont en général insignifiants tant qu'il n'y a pas d'amygdalites fréquentes. Lorsque l'hypertrophie est marquée au point que les amygdales se touchent au repos et à plus forte raison pendant la déglutition, la voix se modifie, devient un peu nasillarde par suite du trouble de la motilité du voile ; en outre par suite de la difficulté des mouvements

de la langue, l'enfant parle comme s'il avait un bol alimentaire dans la cavité buccale. Les aliments d'un certain volume provoquent des troubles de la déglutition, ils peuvent en effet tomber dans le larynx ou refluer par les fosses nasales.

b) Hypertrophie de l'amygdale palatine. — Elle détermine surtout des accidents nerveux : toux d'irritation persistant pendant des années sans cause laryngée ou pharyngienne, attribuée à des troubles neurasthéniques ou hystériques, mais due en réalité à l'irritation continue de l'épiglotte par l'amygdale linguale ou à l'étranglement de l'épiglotte dans le tissu adénoïde hypertrophié ; sensation de corps étranger, d'arête avalée, de boule hystérique. Toutes ces sensations sont toujours localisées dans la gorge mais parfois peuvent s'étendre assez loin du véritable point d'irritation.

Ainsi que nous venons de le voir les symptômes de l'hypertrophie des amygdales palatine et linguale ne présentent rien de caractéristique et pour faire le diagnostic on en est réduit à l'examen direct.

c) Hypertrophie de l'amygdale pharyngée. — Elle peut être diagnostiquée rien qu'aux récits des parents qui amènent consulter leur enfant parce qu'il « a quelque chose dans le nez », qu'il a très souvent la bouche ouverte, qu'il ne peut se moucher et que son nez est continuellement rempli de mucosités. En examinant l'enfant, on constate que sa bouche est entr'ouverte, que le menton est abaissé, les plis naso-labiaux effacés, la physionomie a une expression éteinte, parfois même hébétée (fig. 23). La lèvre supérieure peut être épaissie, les ganglions sous et rétro-maxillaires augmentés de volume, troubles qui joints au faciès pâle, boursoufflé, contribuent à faire penser à la scrofule. Si l'on pratique alors la rhinoscopie antérieure, on constate qu'il n'y a pas d'obstacle à la respiration, que les méats inférieurs et moyens sont perméables et l'on aperçoit même la paroi postérieure du pharynx. L'examen attentif de cette paroi en faisant exécuter au malade un mouvement de déglutition est très important. Dans certains cas le pharynx nasal paraît immobile ; dans d'autres on aperçoit des masses rosées et lisses faisant hernie en quelque sorte à travers le bord supérieur des choanes dans la lumière de la fosse nasale (pl. 20, fig. 2). Dans le premier cas, l'amygdale pharyngée pend comme un rideau derrière les choanes, mas-

quant pendant les mouvements de déglutition, le bourrelet de Passavant et les trompes ; dans le second, les végétations moins développées laissent distinguer leur bord inférieur.

Mais il existe de petites amygdales pharyngées qui malgré la perméabilité des fosses nasales ne sont pas apparentes, et qui cependant peuvent produire une obstruction nasale très notable. Ceci se produit lorsque les tumeurs siègent au niveau de la voûte, car elles forment obstacle au courant d'air inspiratoire. Le plus souvent les fosses nasales ne sont pas libres ; en effet les cornets inférieurs sont hypertrophiés, plus encore au niveau de la tête qu'en arrière ; ils ont une coloration blanchâtre ; le méat inférieur enfin, surtout vers la partie moyenne, est comblé par d'abondantes mucosités épaisses, gris jaunâtres, parfois par du pus presque liquide, rarement par des croûtes sèches. L'haleine a une odeur particulière, occasionnée par la putréfaction des sécrétions.

L'ouverture de la bouche révèle une mauvaise implantation des dents : l'obliquité des incisives et des canines ; d'autres fois elles chevauchent par défaut de place, par suite du rétrécissement latéral du maxillaire inférieur et surtout du supérieur, le palais enfin est ogival. En déprimant ensuite la langue on aperçoit, soit immédiatement, soit avec la contraction du voile un amas épais de mucosités qui descendent le long de la paroi postérieure du pharynx, signe pathognomonique des végétations adénoïdes chez l'enfant. L'épipharynx étant insuffisamment ou non ventilé contient constamment des mucosités visqueuses qui s'écoulent difficilement, ce sont des produits analogues à ceux que nous avons rencontrés dans les fosses nasales et qui sont sécrétées par le tissu adénoïdien hypertrophié et les glandes. Parfois, mais rarement, on voit proéminer au-dessous du voile le pôle inférieur des tumeurs, le long de la paroi postérieure.

Dans ce cas clinique ce sont les troubles du côté du nez qui ont attiré l'attention des parents et les ont engagés à consulter.

D'autres fois les parents s'inquiètent d'une surdité qui « n'existe que depuis huit jours ». On examine l'oreille mais déjà l'examen du faciès du petit malade, peut avoir éclairé le diagnostic. Plusieurs cas se présentent : tantôt le tympan est pâle, un peu enfoncé, légèrement opaque, l'audition à la voix basse est plus ou moins diminuée, parfois d'une façon inquiétante à dix centimètres et même moins.

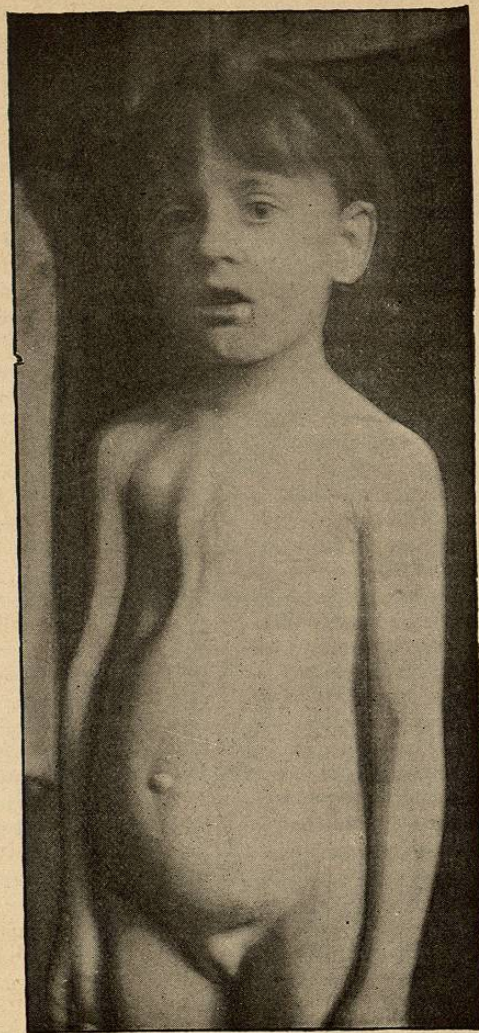


Fig. 23. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Ou bien il existe une suppuration chronique de l'oreille, parfois fétide, sans lésion osseuse apparente, quoique réelle. Dans le premier cas, il existe presque sans aucun doute des végétations adénoïdes, car les rétrécissements congénitaux ou syphilitiques qui seuls peuvent produire ces symptômes chez les enfants, sont rares ; dans le deuxième cas il est absolument nécessaire de rechercher les végétations car la suppuration de l'oreille provient de la propagation de l'infection de l'épipharynx ou bien elle est entretenue à la fois par celle-ci et par une ventilation tubaire défectueuse.

Un autre cas clinique peut encore se présenter : la mère s'est souvent plainte à son médecin que son fils âgé de neuf ans est sujet à des maux de tête ; en été on les attribue à la chaleur, en automne au surmenage de la classe et en hiver à l'habitude de rester enfermé. Mais les journées plus chaudes du printemps sont arrivées et bien que les vacances de Pâques aient été passées à la campagne, la céphalalgie a légèrement diminué. Quant à l'enfant il a un facies pâle et fatigué, la croissance a été trop rapide, il faut lui donner du fer. Mais il ne se produit pas d'amélioration et malgré des consultations répétées on ne trouve toujours pas la cause, il n'y a pas de tœnia, ou ne peut incriminer l'onanisme, etc. Que faire ?

Ce n'est certes pas le cas d'envoyer le malade à une station balnéaire, de continuer à le droguer et surtout de l'accuser de simulation. Un examen s'impose afin de rechercher l'existence de végétations adénoïdes. On peut dire que non pas neuf fois sur dix mais 49 sur 50 on tombera juste. Dans quelques cas, il est vrai, on a pu d'autant plus négliger la véritable cause de ces céphalalgies junéviles que l'aspect extérieur du malade ne correspond pas toujours au type du facies décrit précédemment, en particulier lorsque l'hypertrophie est survenue à un âge assez tardif et n'a pas imprimé à la physionomie le facies caractéristique. C'est en particulier dans ces cas que les parents vous apprennent souvent que, malgré punitions ou travaux supplémentaires, l'enfant reste en retard ; il est distrait lui qui était autrefois sage et studieux ; lorsqu'on l'interpelle, il semble effrayé ou se réveiller d'un sommeil, ne se rappelant rien, oubliant tout en peu de temps et ne pouvant prêter une attention soutenue. Ce dernier signe connu sous le nom d'aprosixie est caractéristique de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et surtout de tumeurs volumineuses à développement

rapide. Elle est due principalement à des troubles circulatoires de la base du crâne.

Ces symptômes graves ne constituent pas toute la symptomatologie des végétations qui peuvent déterminer d'autres troubles. Sur la figure 22, on voit une déformation du thorax qui n'est pas rare, caractérisée par une rétraction costale au niveau de l'insertion du diaphragme. Elle est due à ce que la tension inspiratoire du diaphragme n'est pas compensée par l'air qui est aspiré en trop petite quantité et ne suffit pas à dilater les parties inférieures du poumon sur lesquelles le thorax se rétracte. Cette ventilation défectueuse se produit également aux deux sommets et crée une prédisposition à la tuberculose.

Lorsque ces déformations et troubles n'existent pas, l'aspect anémié, souvent boursoufflé des enfants indique une insuffisance respiratoire à laquelle se joignent souvent des troubles digestifs dus à la déglutition des sécrétions du naso-pharynx.

L'examen du malade se pratique en le faisant asseoir de façon que sa cavité buccale se trouve à la même hauteur que l'œil du médecin ; les petits enfants seront assis sur les genoux d'un aide, leurs jambes bien maintenues, mais légèrement cependant, pour ne pas provoquer de suite une résistance. On appuie l'abaisse-langue et le petit miroir rhinoscopique contre la joue de l'enfant pour bien lui montrer que ces instruments ne sont pas tranchants ou on les laisse se regarder dans le miroir. Si l'enfant est docile on peut souvent pratiquer facilement la rhinoscopie.

Lorsqu'on peut examiner le cavum, ce qui n'est pas toujours simple en raison des mucosités qui le tapissent, on peut constater plusieurs degrés dans le volume de la tumeur ; au premier degré elle n'atteint pas le bord supérieur des choanes, au deuxième degré elle touche le bord ; au troisième, les choanes sont en partie recouvertes.

Lorsque ce procédé ne réussit pas, il faut faire le toucher qui est alors indispensable, et bien se rendre compte s'il n'existe pas de masse hypertrophiée au niveau de la paroi postérieure.

Traitement

a) Hypertrophie des amygdales palatines et linguales.

Le traitement de l'hypertrophie des amygdales ne devrait jamais comporter de badigeonnages, de cautérisations, etc., la thérapeutique doit être chirurgicale.

Les *indications* sont : pour les amygdales palatines : 1° des amygdalites récidivantes ; 2° la présence d'un foyer continu d'infection ; 3° des cryptes très profondes, ou 4° un volume tel qu'il provoque des troubles de déglutition. Ce traitement chirurgical est indiqué également pour l'amygdale linguale, lorsqu'existent les troubles décrits antérieurement. Quant à l'amygdale pharyngée, il est toujours indiqué chez les enfants de l'enlever, quand elle est volumineuse, pour éviter des troubles généraux ultérieurs et en particulier la surdité. Plus tard, des troubles pharyngés, une insuffisance respiratoire, des lésions secondaires du côté des fosses nasales (hypertrophie des cornets, sinusites), nécessitent l'ablation des végétations adénoïdes. Chez les adultes végétants, la présence de ces troubles indique l'involution des végétations qui se produit ordinairement à l'âge mûr. En tout cas on n'opérera les petites végétations chez les adultes que lorsque leur influence nocive est certaine, par exemple dans la tuberculose au début lorsqu'il y a insuffisance nasale.

Il faut distinguer deux cas dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales linguales et palatines, suivant qu'elles sont moyennes ou volumineuses.

a) Lorsque les amygdales palatines sont petites, déchaquetées, difficiles à saisir on *discisera* les cryptes. Quand l'amygdale linguale est moyenne, on tentera d'abord les cautérisations avec l'acide trichloracétique ou avec le galvanocautère.

b) Lorsque le volume est considérable on n'hésitera pas à pratiquer l'ablation. L'amygdale linguale pourra être enlevée à l'*anse chaude* ou à l'*anse froide*. Pour l'ablation de l'amygdale palatine, on emploiera le vieil *amygdalotome* de Mathieu qui permet d'éviter l'incision dangereuse de la capsule au niveau de l'artère tonsillaire, ce que l'on risque beaucoup plus en employant le bistouri et en attirant l'a-

mygdale en dedans avec une pince de Museux. Il est certain qu'on n'enlève jamais les amygdales dans leur totalité pour éviter tout accident et toute récurrence. Il faut craindre une hypertrophie du pédicule, qui peut atteindre le volume de l'amygdale primitive : cette récurrence est rare, mais le malade doit être prévenu.

En règle générale, dans le pronostic des affections de l'anneau lymphatique du pharynx, il ne faut pas être trop optimiste. C'est ainsi que les troubles provoqués par l'hypertrophie de l'amygdale linguale ne dépendent pas toujours de la lésion locale, mais peuvent tenir à une cause nerveuse, neurasthénique ; d'autre part l'ablation de végétations ne suffira pas toujours à enrayer des lésions nasales dont la présence pourra continuer encore à gêner la respiration.

On peut pratiquer l'ablation des amygdales palatines presque toujours sans anesthésie ; en tout cas il ne faut pas employer la cocaïnisation qui peut déterminer des hémorragies post-opératoires au moment de la vaso-dilatation consécutive. L'hémorragie ordinaire, de 50 à 100 centimètres cubes cesse complètement et en peu de temps, au besoin après quelques gargarismes d'eau froide. Dans les cas heureusement rares, d'hémorragie de l'artère tonsillaire, on ne peut avoir recours qu'à la compression directe par un tampon maintenu avec le doigt ou avec une pince ; ou encore à la compression de la carotide externe. Mickulicz a conseillé une pince à demeure dont un des mors est introduit par la cavité buccale, l'autre est appliqué à l'extérieur. Pour diminuer un peu la douleur après l'opération, on peut insuffler un peu d'orthoforme sur la plaie.

Comme traitement post-opératoire, on recommandera pendant les premiers jours des aliments tièdes, de mastication facile et non épicés, ainsi que des gargarismes après chaque repas. La plaie se recouvrira le lendemain ou le surlendemain d'une escharre fibrineuse blanc jaunâtre, dont le malade sera prévenu, pour qu'il ne craigne pas la diphthérie.

b) Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

L'ablation de l'amygdale pharyngée doit être pratiquée contrairement à celle de l'amygdale palatine, aussi complètement que possible, car cet organe a une action physiolo-

gique nulle. Son extirpation complète n'offre aucun danger et elle est d'autant plus nécessaire que les débris qui restent pourraient augmenter de volume, amener une récurrence et reproduire les troubles antérieurs. Par suite de la configuration des végétations, de leurs divisions en plusieurs lobes implantés en différents points : parois latérale, supérieure ou postérieure de l'épipharynx, leur extirpation complète et radicale en une seule séance est impossible. Quoiqu'on puisse enlever, avec un instrument approprié, une tumeur aussi volumineuse que celle reproduite dans la fig. 24, il en reste ordinairement une quantité suffisante, pour nécessiter une nouvelle intervention.



Fig. 24. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

Les adultes seront opérés sans anesthésie, les enfants au contraire toujours avec anesthésie, sauf de rares exceptions. J'ai cessé depuis longtemps de faire maintenir les enfants avec force, procédé pénible, qui donne en général un résultat insuffisant.

L'enfant est couché jusqu'au début de la narcose, puis on soulève la partie du corps avec un rouleau placé au-dessous de la tête, la bouche est ouverte avec un abaisse-langue.

Pour l'opération je recommande exclusivement l'emploi du couteau de Gottstein (fig. 25). Comme la courbure du premier instrument de Gottstein est le plus souvent insuffisante pour atteindre la paroi supérieure du pharynx, les dents de la mâchoire inférieure empêchent d'abaisser le manche,

comme de plus sa surface rectiligne ne permet pas le râclage complet dans la voûte concave, j'emploie ce couteau modifié grâce à une courbure de la partie tranchante et du manche. En outre, il présente une inflexion latérale indiquée par Schrötter pour les instruments du larynx (ce qui n'est pas indiqué sur la figure), afin de laisser le champ visuel complètement libre. On introduit l'instrument en le tenant comme une plume et on l'insinue doucement au-dessous de la luette (car il faut se rappeler que des opérateurs en ont pratiqué l'amputation !!), puis l'introduisant plus vigoureusement dans le cavum on curette de haut en bas en rasant la paroi supérieure du pharynx. On abaisse aussitôt la tête de l'enfant qui se réveille, tousse et crie, ce qui évite l'aspiration du sang et des débris de végétations dans les voies respiratoires ; la tumeur détachée descend presque toujours immédiatement avec ou derrière l'instrument, parfois elle est avalée ou pénètre dans les fosses nasales, d'où on l'expulse en faisant moucher l'enfant. Rarement elle reste fixée à un lambeau de muqueuse de la paroi postérieure, auquel cas on la détachera immédiatement avec une pince ou des ciseaux.

Après une nouvelle et légère dose de chloroforme on rase la paroi postérieure avec le couteau ordinaire de Gottstein ; puis on pratique, en profitant de la narcose, un toucher naso-pharyngien. Presque toujours on trouve encore des débris de végétations qu'il faut curetter.

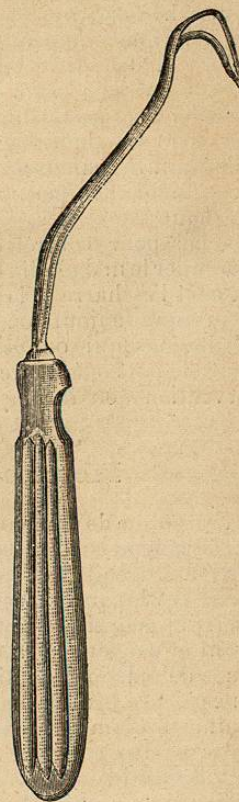


Fig. 25. — Couteau de Gottstein (demi-grandeur).

On termine l'opération par l'amygdalectomie palatine, lorsqu'elle est indiquée.

Le traitement post-opératoire consiste à faire moucher le malade d'une façon rationnelle ; on évitera tout lavage, et on les défendra expressément.

Les hémorragies consécutives ne surviennent le plus souvent que si l'opération a été mal faite, lorsque le bourrelet de la trompe a été intéressé, surtout avec les instruments inventés pour le curettage latéral, ou lorsque la tumeur n'a pas été enlevée mais seulement déchirée et qu'il persiste des lambeaux ; dans ce cas il faudra curetter à nouveau. Signalons enfin l'hémophilie qui est exceptionnelle et que l'on peut constater avant l'opération.

Quand on opère sans anesthésie et si l'on n'a pratiqué le toucher pour contrôler le résultat de l'opération, il faut examiner le malade dix ou quinze jours après ; à ce moment en effet l'escharre et la réaction inflammatoire ont disparu et presque toujours on devra encore enlever des débris de végétations qui ont échappé à l'action de la curette ; ce contrôle post-opératoire convaincra bien souvent que l'intervention a été incomplète.

Fibrome naso-pharyngien.

Une forme de tumeur spéciale au cavum est constituée par le polype ou fibrome naso-pharyngien et que je nomme sarcome juvénile de l'épipharynx : ce sont des tumeurs insérées sur la paroi supérieure du pharynx, au fibro-cartilage basilaire et qui se développent surtout chez les garçons avant et pendant la puberté. Histologiquement et par l'absence de réaction ganglionnaire ou de métastases elles ont un caractère bénin ; mais cliniquement elles se comportent comme des tumeurs malignes, par les prolongements multiples qu'elles poussent dans les os du crâne et de la face, en y déterminant des complications mortelles. Un caractère également singulier de leur évolution consiste dans leur régression spontanée qui s'observe parfois après la puberté. La plus grande partie de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif dense, à fibres courtes, avec des vaisseaux à parois minces et des amas de corpuscules lymphatiques (pl. XXXII, fig. 3) rappelant la structure des tumeurs adénoïdes à un âge adulte. On a l'impression que la néo-

formation de tissu conjonctif qui accompagne l'involution a pris un caractère atypique.

Cliniquement, le polype naso-pharyngien est caractérisé par son volume considérable, il envoie des prolongements multiples dans toutes les directions, dans le pharynx buccal, dans les fosses nasales, puis à travers toutes les déhiscences et orifices voisins : fissure ptérygo-palatine, fosse sphéno-maxillaire, orifices des sinus et orbite ; finalement il pénètre dans la cavité crânienne. La surface de la tumeur est lisse, légèrement ondulée (pl. XXVI, fig. 3) souvent modifiée par des ulcérations traumatiques.

Les symptômes varient avec le volume de la tumeur ; il existe toujours une obstruction nasale complète, plus tard des tuméfactions et des bosselures déformant la face, puis de la cécité, de la surdité ; rapidement on observe une certaine hébétéude et de la somnolence. Le tableau symptomatique se modifie et s'aggrave dès qu'il y a irritation cérébrale et compression des troncs nerveux de la base.

Citons encore les hémorragies fréquentes qui sont caractéristiques.

Malgré l'espoir d'une régression possible, il ne faut pas toujours y compter et toujours reculer devant une intervention, car la régression peut manquer et la tumeur déterminer rapidement la mort. Il est préférable d'intervenir le plus tôt possible car il semble que cette réduction artificielle hâte l'involution spontanée, mais il faut éviter les grandes interventions par voie externe, qui déforment la face, qui sont toujours dangereuses (pneumonie par déglutition) et qui en outre ne permettent pas toujours de faire une extirpation radicale mettant à l'abri des récives.

On peut enlever les polypes naso-pharyngiens de petit volume, sans adhérence aux parois voisines, avec l'anse chaude. Comme il est souvent impossible d'introduire par les fosses nasales l'anse qui dévie en pénétrant dans l'épipharynx obstrué, on peut engager les extrémités libres de l'anse par la bouche avec une sonde de Belloc.

Vis-à-vis du pédicule et des prolongements que l'anse ne peut saisir, il est préférable de recourir à l'électrolyse, on utilise des courants de 20 à 50 milliampères qu'on fait agir aux deux pôles pendant un quart d'heure ; la tumeur est ramollie en plusieurs séances et peut être détruite. Les interventions sanglantes, l'ablation avec des pinces et des ci-

seaux ne sont pas exemptes de danger, car le malade est souvent très anémié.

L'usage de l'iodoforme prévient la suppuration des débris de polypes à la suite des interventions.

MYCOSE

Le muguet envahit la muqueuse buccale chez les nourrissons, rarement chez les adultes. Le mycelium de l'oidium albicans recouvre la bouche et le pharynx en formant des ilots blanchâtres, plus tard des membranes confluentes reposant sur un fond rougeâtre (pl. XIV, fig. 1) ; elles se détachent difficilement, et presque toujours avec lésion de l'épithélium. En général la marche est bénigne, sauf lorsque, chez les adultes en particulier, le muguet survient au cours d'affections générales graves. Le traitement doit donc tendre d'abord à supprimer la cause, localement on fera des badigeonnages avec des solutions boratées chez le nourrisson, avec de l'alcool salicylé chez l'adulte.

Le champignon appelé *leptothrix buccalis* se développe parfois sur les amygdales sous forme de petits grains blanc-jaunâtres situés sur les orifices des cryptes, plus rarement sur la muqueuse voisine ; c'est la pharyngo-mycose (pl. XIV, fig. 3). Les seuls symptômes déterminés par cette affection consistent en troubles psychiques.

Il existe aussi une **Mycose nasale** produite par le développement de myceliums ; on a trouvé l'*aspergillus fumigatus* et *glaucus*, le *penicillium glaucum* et *puccinia graminis*. Cette mycose se traduit par l'apparition de fausses membranes friables, gris-blanchâtres ou gris brunâtres, placées à la surface de la muqueuse tuméfiée du nez et qui se détachent facilement.

Le nettoyage mécanique et de légers antiseptiques suffisent pour obtenir la guérison.

NÉOPLASMES

NÉOPLASMES HOMOLOGUES

Les néoplasmes homologues correspondent, d'après leur structure, au tissu fondamental de la région où ils se développent ou à certaines parties de ce tissu.

Fibromes. — Les fibromes dont la masse principale est constituée par du tissu conjonctif dense, forment des tumeurs pédiculées, siégeant au niveau du voile du palais et de la luette, plus ou moins apparents, car ils sont appliqués contre la muqueuse à laquelle ils ressemblent par leur coloration et leur surface lisse (fig. 26).

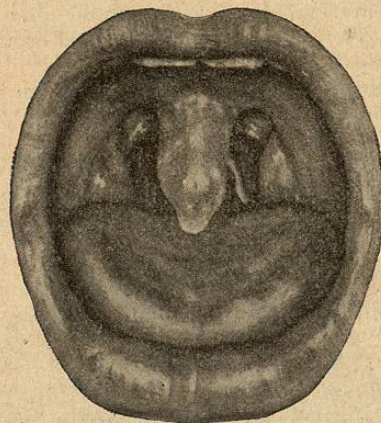


Fig. 26. — Fibromes du voile du palais et de la luette.

Au niveau de la langue, ils constituent des tumeurs volumineuses et la muqueuse qui les recouvre présente parfois des proliférations épithéliales superficielles qui peuvent induire en erreur sur la véritable nature de la tumeur. On peut observer également de larges tumeurs dans l'hypopharynx.

Granulomes. — Les granulomes sont constitués par du tissu lâche et surtout par de nombreuses cellules rondes ; on les observe dans les régions qui sont le siège d'irritations fréquentes, elles appartiennent donc plutôt au groupe des tumeurs inflammatoires. Sur les gencives, au voisinage de dents cariées, ils portent le nom d'*Epulis* (pl. V, fig. 1). Il serait préférable de les désigner sous le nom de *Périodontomes*. Dans les fosses nasales ces tumeurs se développent au niveau des points qui sont le siège d'irritation fréquente : sur la cloison ou sur le pourtour d'ulcère