PRONOSTIC. — L'hypertrophie des amygdales est en général une affection peu sérieuse; il est très exceptionnel qu'elle mette la vie en danger, mais, lorsqu'elle atteint un certain degré, elle n'est pas indifférente par la gêne qu'elle apporte à la déglutition, à la respiration et au développement de l'enfant; elle peut en outre être une cause de surdité; aussi, pour peu qu'elle soit considérable, réclame-t-elle un traitement actif.

TRAITEMENT. — Divers topiques ont été proposés contre l'hypertrophie des amygdales; on a recommandé les applications d'alun, la cautérisation au nitrate d'argent, les gargarismes avec le jus de citron ou avec une eau sulfureuse naturelle, etc., mais ces moyens échouent le plus souvent et il est nécessaire de recourir à l'ablation des organes malades.

On préférera toujours pour cette opération l'*amygdalotome* au bistouri boutonné, qui est d'un emploi très difficile chez les enfants. L'excision des amygdales est en général une opération sans gravité; quelquefois cependant elle est suivie d'une hémorragie qui peut devenir sérieuse si elle n'est pas arrêtée à temps. On combattra cet accident en touchant la plaie avec un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer ou d'une solution d'antipyrine au cinquième (1) ou avec un petit fragment de glace; une forte inspiration faite la bouche ouverte suffit quelquefois pour suspendre l'hémorragie. Si ces moyens échouent, on pratiquera la compression de la carotide, ou bien, ce qui vaut mieux, on comprimera directement l'amygdale au moyen d'une longue pince dont l'un des mors, garni d'amadou, sera appliqué sur la plaie, tandis que l'autre sera placé à l'extérieur au point correspondant; les anneaux de la pince liés entre eux maintiendront la compression (Hatin). La ligature de la carotide primitive sera une dernière ressource.

La *cautérisation ignée* a été aussi appliquée avec avantage à la destruction des amygdales hypertrophiées (Krishaber, de Saint-Germain) (2); elle est surtout indiquée quand les amygdales élargies et peu saillantes sont difficiles à saisir dans l'anneau de l'amygdalotome. La pointe fine d'un thermocautère, portée au rouge sombre, est enfoncée à trois ou quatre reprises dans chaque amygdale; les escarres une fois tombées, si l'amygdale n'est pas détruite, on recommence de nouvelles cautérisations au bout de quelques jours; cinq à six séances suffisent pour détruire les amygdales les plus volumineuses. Un badigeonnage de ces organes à la cocaïne atténuera beaucoup la douleur de l'opération.

Dans les cas où la maladie est surtout constituée par l'hypertrophie des lacunes remplies de concrétions, on ouvrira les lacunes, on les

(1) Voir de Saint-Germain, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1889, p. 361.
(2) De Saint-Germain, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1884, p. 520.

videra et on pratiquera la *discission* au moyen d'un crochet mousse ou au besoin, si le tissu est résistant, au moyen d'un crochet pointu (Gampert) (1).

Ces opérations débarrassent rapidement l'enfant de l'obstacle qui le gênait, mais ne le mettent pas toujours à l'abri d'une récidive; c'est par les moyens généraux, tels que l'huile de foie de morue et les eaux sulfureuses, que l'on cherchera à prévenir la réapparition de la maladie.

CHAPITRE X

TUMEURS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL

L'inflammation chronique du tissu adénoïde de la partie postérieure et inférieure du pharynx n'est pas rare dans le jeune âge, surtout chez les enfants scrofuleux ou lymphatiques. Elle se manifeste par un sentiment de sécheresse au fond de la gorge, par une dysphagie généralement peu marquée et par une toux sèche et quinteuse qui peut être suivie de vomissements, comme Comby en a observé un exemple chez une petite fille; l'inspection du fond de la gorge fait constater sur la partie postérieure du pharynx la présence de granulations recouvertes de mucosités adhérentes ou mobiles. Cette *pharyngite chronique* ou *angine glanduleuse*, commune à l'âge adulte, ne présente dans ses symptômes et ses indications thérapeutiques (2) rien qui soit particulier à l'enfance, et nous ne nous y arrêterons pas. Il n'en est pas de même de l'hypertrophie du tissu lymphoïde de la partie supérieure du pharynx, affection surtout fréquente dans le jeune âge et à laquelle ce chapitre est consacré.

Cette dernière maladie n'est connue que depuis peu d'années. Signalée par Czermak en 1860, puis par Voltolini et par Lœwenberg en 1865, elle a été décrite pour la première fois comme entité morbide en 1868 par W. Meyer (de Copenhague) (3), dont les recherches ont été confirmées depuis par celles de nombreux observateurs; elle est

(1) Gampert, *Thèse de Paris*, 1891.
(2) Le meilleur traitement local de l'angine glanduleuse consiste à nettoyer le pharynx de ses mucosités à l'aide de gargarismes ou d'irrigations d'eau alcaline ou d'eau salée et à faire un badigeonnage sur la paroi postérieure du pharynx avec la glycérine iodo-iodurée. Gerber recommande la formule suivante :

Iode	0,10 à 0,25
Iodure de potassium	2,50
Glycérine	25,0
Essence de menthe	2 à 3 gouttes.

Si l'affection est rebelle, on ordonnera une cure d'eau sulfureuse.
(3) W. Meyer, *Hospitalstidende*, 4 et 11 nov. 1868, et *Arch. für Ohrenheilk.*, 1873, p. 241, et 1874, p. 129 et 141.

surtout connue en France depuis les travaux de Lœwenberg (1) et de Chatellier (2).

ÉTIOLOGIE. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal se développent souvent sans qu'on puisse en déterminer l'origine ; elles peuvent se montrer chez des enfants absolument sains ; la scrofule, le lymphatisme, les suites de la rougeole, de la coqueluche, de la diphtérie, de la scarlatine et de la grippe, affections qui s'accompagnent de l'irritation de la muqueuse rhino-pharyngienne, l'hérédité, qui sont les causes le plus souvent mentionnées par les auteurs, ne peuvent expliquer tous les cas.

C'est vers l'âge de sept à huit ans que la maladie est observée le plus habituellement, mais elle l'a été souvent plus tôt ; Chaumier (3) rapporte que sur 232 cas il en a observé 26 dans la première année, et Lubet-Barbon en a publié trois observations relatives à des enfants de un à six mois. Cuvillier (4), sur 495 cas, en compte 97 dans les cinq premières années et il en a observé 64 dans la première année. Elle est assez commune jusqu'à quatorze ans, mais elle disparaît fréquemment avec l'adolescence, ce qui peut être dû soit à ce que l'amygdale pharyngienne s'atrophie à cet âge, soit à ce que, grâce à l'élargissement de la cavité naso-pharyngienne, la tumeur ne produit plus de symptômes d'obstruction.

Elle paraît être également fréquente dans les deux sexes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal sont constituées anatomiquement par l'hypertrophie des follicules lymphoïdes qui, dans le jeune âge, tapissent sous forme d'arcs concentriques la paroi supérieure du pharynx et sa partie postérieure au voisinage de la trompe d'Eustache, où ils forment à l'état normal l'agglomération connue sous le nom de *glande de Luschka* ou d'*amygdale pharyngienne*. Cette hypertrophie, de même nature au point de vue histologique que celle des tonsilles, amène la formation d'excroissances mûriformes, d'une couleur rosée plus pâle que celle de la muqueuse normale, qui, descendant comme des stalactites de la voûte du pharynx, ou proéminant comme des bourgeons des faces latérales de cet organe, viennent former une masse volumineuse en arrière de l'orifice postérieur des fosses nasales qu'elles obstruent, remplissent les cavités de Rosenmuller et com-

(1) Lœwenberg, Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Paris, 1879.

(2) Chatellier, *Thèse de Paris*, 1886. — Voir aussi : Lubet-Barbon, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 499, et *Gaz. des hôp.*, 15 juin 1889 ; — Gougenheim, *Ibid.*, 26 janv. 1892. — Raugé, *Sem. méd.*, 3 juin 1893.

(3) Chaumier, Mémoire présenté à l'Acad. de méd., cité dans le rapport d'Ollivier, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 174.

(4) Cuvillier, *in* Traité des mal. de l'enf., 1897, t. II, p. 417, et Congrès de Moscou (*Revue des mal. de l'enf.*, 1897, p. 519).

priment les trompes d'Eustache, déterminant ainsi les divers accidents qui caractérisent la maladie.

On a constaté à la surface des végétations de nombreuses espèces microbiennes, streptocoques, staphylocoques, etc. Dieulafoy a signalé la présence dans leur intérieur du bacille de Koch, comme il l'a fait pour l'amygdale pharyngée.

Les tonsilles et les follicules de la partie inférieure du pharynx sont souvent hypertrophiés en même temps que l'amygdale pharyngienne. Cuvillier a trouvé 367 fois l'hypertrophie simple de l'amygdale palatine, 451 fois celle de l'amygdale pharyngée, et 550 fois l'association des deux hypertrophies.

DESCRIPTION. — Les enfants atteints de végétations adénoïdes du pharynx nasal se reconnaissent à leur facies caractéristique ; ne pouvant respirer par le nez, ils ont la bouche habituellement entr'ouverte, leur mâchoire inférieure pend en découvrant plus ou moins la langue, tandis que la lèvre supérieure trop courte laisse voir les incisives supérieures ; leurs narines sont dilatées, leur respiration est bruyante et s'accélère dès qu'ils font un mouvement un peu étendu ou se livrent à quelque effort ; ils sont dans un état d'essoufflement, de tirage continu accompagné parfois d'une toux incessante ; ils ronflent en dormant, et leur sommeil est troublé par la dyspnée ; ils se réveillent parfois brusquement en proie à un accès de suffocation analogue à ceux de la laryngite striduleuse. Le nez est le siège d'un écoulement incessant, quoique peu abondant, qui irrite les narines et s'accumule à leur orifice sous forme de croûtes desséchées.

L'articulation des sons présente des troubles notables ; les nasales ne peuvent être prononcées, l'*m* et l'*n* sont remplacées par le *b* et le *d* (*baba* pour *maman*) ; ces défauts de langage persistent parfois après l'ablation des tumeurs, et il faut une éducation nouvelle pour corriger cette prononciation défectueuse (Cartaz) (1).

La déglutition et surtout l'action de teter sont souvent entravées, ce qui compromet l'alimentation ; le pharynx est desséché.

L'ouïe est habituellement compromise, et c'est souvent la *surdité*, qui est parfois le seul symptôme observé, qui amène les parents à consulter le médecin et fait découvrir la maladie. Cette surdité, qui chez les jeunes enfants peut passer longtemps inaperçue, contribue à retarder le développement du langage. Sous l'influence de l'obstruction des trompes, les accidents du côté de l'oreille peuvent devenir plus graves encore, et on observe alors une otite moyenne avec suppuration et perforation du tympan.

A ces symptômes, dont l'ensemble donne à l'enfant un aspect hébété, parfois même l'apparence d'un véritable idiot, peuvent se

(1) Cartaz, *Arch. de laryngol.*, 15 décembre 1887.

joindre un étiolement général dû à la difficulté de l'hématose, une pâleur extrême du visage, la céphalalgie, l'inaptitude au travail, l'incontinence d'urine (Kœrner) (1), etc.

Mentionnons enfin les *déformations du maxillaire supérieur et de la cage thoracique* déjà signalées à propos de l'hypertrophie des amygdales (Voir p. 611) et qui peuvent être dues également aux troubles respiratoires amenés par l'obstruction des fosses nasales.

L'origine de ces accidents peut rester longtemps méconnue si on n'en soupçonne pas la véritable cause; aussi ne devra-t-on jamais négliger l'examen du rhino-pharynx chez les enfants atteints de troubles chroniques de la respiration ou de l'ouïe.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des tumeurs adénoïdes du pharynx peut se faire rarement par la rhinoscopie antérieure, la pituitaire hypertrophiée et déviée gênant l'examen et même l'introduction des instruments; la rhinoscopie postérieure rend plus de services, mais est presque toujours impraticable chez les jeunes sujets ; si le miroir peut être introduit, on constate un abaissement apparent de la voûte du pharynx, qui paraît bosselée, et l'impossibilité d'apercevoir l'orifice postérieur des fosses nasales, masqué par les végétations.

On devra se contenter le plus souvent de l'introduction du doigt dans le fond de la bouche qui fera constater l'existence, au-dessus du voile du palais, d'une masse molle, parfois friable et saignante, qui donne tantôt la sensation d'un paquet de vers de terre enroulés, tantôt celle de tumeurs plus fermes qu'on peut isoler exactement par le toucher. Cette exploration suffira le plus souvent au diagnostic. Elle doit se pratiquer en général avec l'index, mais chez les très jeunes enfants on doit employer le petit doigt. On aura soin d'aseptiser le doigt explorateur; Lermoyer a vu une mastoïdite succéder à un toucher naso-pharyngien où l'on avait négligé cette précaution.

Les *polypes naso-pharyngiens*, très rares dans l'enfance, se distingueront facilement au toucher par leur consistance plus dure, leur surface lisse et par leur développement souvent beaucoup plus considérable que celui des végétations.

PRONOSTIC. — Sans menacer directement la vie, les tumeurs adénoïdes du pharynx, par les troubles qu'elles déterminent du côté des fonctions respiratoires et de l'ouïe, sont toujours une affection sérieuse qui peut amener un retard considérable dans le développement physique et même intellectuel de l'enfant; aussi, bien que les accidents qu'elles provoquent aient généralement la tendance à s'atténuer, et même à disparaître, avec les progrès de l'âge, convient-il de

(1) Kœrner, *Centralbl. für klin. Med.*, 1892, n° 23.

leur opposer un traitement énergique aussitôt que leur présence a été reconnue. La rapide augmentation de la taille souvent observée après l'ablation des végétations prouve combien cette affection peut compromettre la croissance (1).

TRAITEMENT. — Le seul traitement efficace est le traitement chirurgical dans le détail duquel nous n'avons pas à entrer ; l'écrasement et la cautérisation au galvanocautère ont été successivement proposés, mais c'est l'ablation avec une curette tranchante, montée sur un manche recourbé ou avec des pinces auxquelles les spécialistes ont donné des formes variées, qui a donné le plus de succès. Cette opération nécessite généralement plusieurs séances ; pour enlever toutes les tumeurs en une seule fois, on est obligé presque toujours d'anesthésier l'enfant. On aura toujours soin de désinfecter préalablement au moyen d'injections antiseptiques les végétations, à cause des nombreux microbes pathogènes qui peuvent s'y rencontrer.

CHAPITRE XI

GANGRÈNE DU PHARYNX

Bretonneau a le premier nettement séparé la gangrène du pharynx de l'angine diphtérique et a démontré son extrême rareté.

ÉTIOLOGIE. — Trousseau (2) a décrit une forme primitive de la gangrène du pharynx chez les adultes et Richardière (3) en a recueilli quatre cas dont deux observés par lui relatifs à l'enfance ; à cet âge, la maladie est habituellement *secondaire*, elle résulte d'un état de dépression générale de l'économie et survient dans les mêmes conditions que la gangrène de la bouche, qu'elle accompagne quelquefois ; il est rare qu'elle succède à une angine inflammatoire primitive; elle survient surtout dans le cours de la *scarlatine* (Voir p. 67) et de la *rougeole* ; on l'a observée aussi à la suite ou dans le cours de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, de la dysenterie et de la tuberculose ; elle peut compliquer l'angine diphtérique, surtout lorsque celle-ci est secondaire. Elle sévit quelquefois *épidémiquement* (Becquerel) (4), et succède alors presque toujours à la diphtérie (Voir p. 180).

Elle est plus fréquente chez les enfants au-dessous de six ans que

(1) Voir : Castex et Malherbe, *Bull. méd.*, 1894, p. 205 et 219. — Mlle Magnus, *Thèse de Paris*, 1895.
(2) Trousseau, Clin. méd., 3e éd., t. I, p. 349.
(3) Richardière, *Bull. méd.*, 1898, p. 457.
(4) Becquerel, *Gaz. méd. de Paris*, 1843, p. 687.

chez les individus plus âgés ; elle atteint de préférence les sujets d'une constitution chétive.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Rilliet et Barthez décrivent deux formes de la gangrène du pharynx, l'une circonscrite, l'autre diffuse.

Quand elle est *circonscrite*, la gangrène se présente sous la forme de plaques rondes ou ovales déprimées, dont les dimensions varient entre celles d'une lentille et celles d'une pièce d'un franc ; ces plaques sont grises, noirâtres ou tout à fait noires ; elles exhalent une odeur gangreneuse, leurs bords sont taillés à pic ; elles sont formées par une escarre de la muqueuse qui s'étend au tissu sous-muqueux et laisse quelquefois à nu le tissu musculaire. Cette forme de la gangrène atteint généralement la partie la plus inférieure du pharynx ; quelquefois on la rencontre à la face antérieure de l'organe dans l'angle rentrant du cartilage thyroïde; elle peut envahir aussi l'épiglotte et le larynx. Dans quelques cas, elle siège sur une des amygdales, qu'elle transforme en un putrilage noirâtre et fétide. Les parties non sphacélées de la muqueuse pharyngée conservent leur aspect normal. Lorsque l'escarre tombe, elle laisse une perte de substance de la muqueuse, dont le fond est constitué par une ulcération parfois recouverte d'une fausse membrane grisâtre.

Dans la forme diffuse, qui est la plus fréquente, la gangrène envahit de larges surfaces; son extension n'a rien de régulier, les limites de l'escarre sont peu marquées; les amygdales, le voile du palais, les piliers, quelquefois l'épiglotte et une partie du larynx sont sphacélés. La mortification des tissus s'étend à une profondeur variable ; elle peut aller jusqu'aux gros vaisseaux du cou et déterminer une hémorragie mortelle, comme Becquerel en a rapporté un exemple.

La gangrène du pharynx peut coïncider avec celle de la bouche, des poumons et de la vulve ; elle s'accompagne quelquefois d'œdème glottique et peut se compliquer, mais plus rarement que la gangrène de la bouche, d'une pneumonie.

SYMPTOMES. — Si la maladie frappe les amygdales, le voile du palais ou la partie postérieure de l'arrière-bouche, on trouve à l'examen de la bouche ces parties recouvertes d'une escarre gris noirâtre, mais, si la gangrène n'existe que par plaques disséminées à la partie inférieure du pharynx, elle échappe à l'exploration directe et ne se révèle que par l'odeur gangreneuse de l'haleine. Le plus souvent, on n'observe ni douleur ni dysphagie : celle-ci existait cependant dans les deux cas de gangrène primitive observés par Richardière ; les ganglions sous-maxillaires sont parfois tuméfiés. Aux symptômes généraux de la maladie que complique la gangrène se joint une adynamie profonde ; la mort survient très rapidement, le plus souvent du second au sixième jour; la guérison est exceptionnelle, surtout dans la forme secondaire.

DIAGNOSTIC. — La gangrène du pharynx reste souvent latente ; on devra penser à cette maladie lorsqu'un enfant présente, dans le cours ou à la suite d'une fièvre éruptive, d'une angine diphtérique ou d'une fièvre typhoïde, une odeur gangreneuse de l'haleine sans qu'on observe de *gangrène de la bouche*. Les phénomènes d'auscultation et l'absence de crachats fétides et sanguinolents la feront distinguer de la *gangrène pulmonaire*.

Lorsque les escarres sont visibles, la maladie est quelquefois difficile à distinguer au premier abord de l'*angine diphtérique*, qui peut s'accompagner d'une odeur presque aussi fétide de l'haleine, mais on se rappellera que dans l'angine la maladie débute par une plaque blanchâtre qui ne revêt pas d'emblée l'apparence gangreneuse, que les ganglions sous-maxillaires sont presque toujours engorgés, enfin que, lorsqu'on enlève les fausses membranes, on ne constate sous elles aucune ulcération, à moins que les deux maladies ne coexistent, ce dont on s'assurera par l'examen bactériologique.

PRONOSTIC. — La gangrène du pharynx est une affection des plus graves ; néanmoins elle n'est pas absolument incurable ; on a trouvé dans quelques autopsies, à côté des escarres, des cicatrices d'ulcérations gangreneuses, et Kormann (1) a observé un cas de guérison chez une fille de quatorze ans ; les deux cas de Richardière ont également guéri. La forme diffuse secondaire est presque toujours rapidement mortelle.

TRAITEMENT. — Lorsque les parties sphacélées sont accessibles à la vue, on essayera de combattre la maladie par la cautérisation, comme dans les cas de noma ; autrement, on se bornera à prescrire des injections dans la gorge ou des gargarismes antiseptiques et on soutiendra les forces de l'enfant par un traitement tonique. Si l'examen bactériologique a fait constater la présence du bacille de Löffler, on pratiquera des injections de sérum antidiphtérique.

CHAPITRE XII

ABCES RÉTRO-PHARYNGIENS

Les abcès rétro-pharyngiens reconnaissent deux origines très différentes. Les uns sont des abcès par congestion *symptomatiques* d'une carie des vertèbres cervicales, leur étude est du ressort de la chirurgie ; les autres sont des abcès *idiopathiques* développés à la suite d'une

(1) Kormann, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1881, t. XVI, p. 172.