

surface est grenue ou presque végétante, et elles paraissent formées d'une masse de vésicules demi-transparentes agglomérées. Elles sont le plus souvent enchatonnées, parfois leur face interne est aplatie, leur partie supérieure remonte fréquemment très haut et comble la fossette sus-amygdalienne. Lorsqu'on les touche, on les trouve dépressibles, et en les grattant légèrement avec l'ongle on les fait saigner facilement. Les deux amygdales sont d'ordinaire de volume à peu près égal. La paroi postérieure du pharynx est constamment couverte de grosses granulations transparentes, brillantes, et il présente souvent à sa partie supérieure et médiane une traînée de mucus opalin descendant en arrière du voile du palais. La cavité naso-pharyngienne est comblée par du tissu adénoïde; la muqueuse nasale est tuméfiée; l'enfant tient la bouche ouverte et a l'air étonné.

C'est chez des enfants lymphatiques, âgés de 5 ans 1/2 à 5 ans 1/2 ou 6 ans au plus, que cette variété peut s'observer. Elle n'est, comme on voit, qu'une des localisations d'une *pharyngite hypertrophique généralisée* à tout le tissu adénoïde de l'arrière-bouche. Il semble qu'en pareil cas le début soit extrêmement précoce, car presque toujours les parents disent que l'enfant, à peine sevré, avait déjà tendance à respirer la bouche ouverte. L'aspect des tonsilles tient évidemment à la marche chronique et progressive de leur hypertrophie: c'est à peine, en effet, si les poussées inflammatoires se traduisent par une rougeur appréciable; la phlegmasie se localise plutôt à l'amygdale pharyngée; c'est sur des coryzas, et non sur des angines, que les parents appellent l'attention du médecin. D'ailleurs les symptômes dépendent de l'hypertrophie de la tonsille rétro-nasale bien plus que de celle des amygdales palatines. Presque toujours les ganglions lymphatiques sous-maxillaires et cervicaux sont volumineux; et il n'est pas rare qu'il existe aussi de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Cet aspect typique des amygdales ne dure pas longtemps. A un moment donné, soit sous l'influence d'une angine spécifique liée à une fièvre éruptive, ou d'une angine aiguë quelconque, les poussées d'amygdalite se répètent avec plus d'intensité qu'autrefois, les tonsilles perdent leur transparence opaline, et prennent une couleur gris rougeâtre plus foncée; bientôt elles abandonnent leur apparence mûriforme; l'entrée des lacunes devient apparente parce que les bords de ces orifices prennent une teinte plus rouge, et la consistance de la glande devient plus ferme à mesure que le tissu fibreux se développe dans son épaisseur. Plus tard, suivant que les poussées aiguës se reproduisent sous une forme ou une autre, ou au contraire qu'elles disparaissent, les glandes subissent des processus variables, continuent à s'hypertrophier ou deviennent fibreuses, sont atteintes d'amygdalite lacunaire, ou diminuent peu à peu de volume lorsque le sujet arrive à l'âge adulte.

Dans la seconde variété, les amygdales, pédiculées le plus souvent, sont d'une couleur rouge livide plus foncée que la muqueuse voisine, parfois tout à fait violacée. Leur forme est variable, soit arrondie, soit ovoïde ou piriforme à grosse extrémité développée et plongeante, soit irrégulièrement lobulée. Leur surface est le plus souvent lisse, brillante. Leur consistance est ferme, dure, souvent presque cartilagineuse. L'entrée des cryptes est ordinairement peu visible, et lorsqu'on exerce une pression sur la glande, les lacunes ne donnent issue qu'à une très faible quantité de mucus transparent s'il n'y a pas eu récemment de poussée inflammatoire. La muqueuse voisine est le plus souvent congestionnée; mais le pharynx n'est pas granuleux ou ne l'est que modérément,

et la cavité naso-pharyngienne est libre. Cette variété s'observe chez les adolescents, à l'âge de la puberté, et aussi chez les adultes; elle répond à une inflammation localisée aux tonsilles, et non pas, comme la précédente, à une hypertrophie diffuse du tissu adénoïde pharyngien. Elle est la conséquence d'une série d'amygdalites cryptiques profondes, ou d'amygdalites parenchymateuses, aiguës d'abord, puis plus tard évoluant suivant une marche subaiguë, et se reproduisant parfois à plusieurs reprises dans la même année, pendant plusieurs années consécutives (*amygdalite chronique paroxystique*). Lorsqu'elle est consécutive à des poussées inflammatoires phlegmoneuses, elle est assez souvent unilatérale. Alors que l'hypertrophie molle de l'enfance, si elle n'est pas trop profondément modifiée dans sa marche par des poussées inflammatoires aiguës, tend à diminuer après la puberté et peut même disparaître presque complètement à l'âge adulte, l'hypertrophie fibreuse n'a au contraire aucune tendance régressive. Elle peut persister presque indéfiniment, et souvent la glande ne subit que fort tard, entre 45 et 50 ans et plus, une rétraction qui diminue son volume, mais ne fait pas toujours disparaître tous les symptômes.

Anatomie pathologique (1). — Si l'on examine, après son ablation du pharynx d'un sujet encore jeune, une amygdale hypertrophiée ne présentant pas les caractères typiques qui permettent de la considérer comme appartenant à l'une des deux variétés extrêmes dont je viens de parler, on reconnaît que sa couleur est généralement gris rosé, et sa consistance moyennement ferme. Une section, suivant le grand axe de la glande, fait voir que le tissu est gris et peu vasculaire. Les cryptes, chez les enfants, sont souvent réduites à de simples fentes dont les parois sont au contact. En examinant la surface de coupe avec attention, on voit habituellement à l'œil nu les follicules lymphatiques, dont le centre est un peu jaunâtre. Au microscope, sur les coupes minces faites après durcissement et examinées à un faible grossissement, on voit que les cryptes sont étroites et que les follicules, volumineux, sont séparés par des travées assez épaisses de tissu conjonctif. Étudiées avec de forts grossissements, ces coupes permettent de voir que le revêtement épithélial de la surface et des dépressions de la glande est normal. Les cryptes contiennent quelques corpuscules salivaires, des cellules épithéliales desquamées, et des micro-organismes appartenant aux diverses espèces de la cavité pharyngo-buccale. Le réseau papillaire du chorion est moins développé qu'à l'état normal; il est même atrophié complètement par places. L'épaississement du tissu conjonctif interstitiel est dû à une néoformation de faisceaux épais. Les fibrilles des follicules lymphatiques ont conservé leur apparence normale, mais les cellules contenues dans leurs mailles sont plus volumineuses qu'à l'état physiologique; leur noyau est ovoïde et de grande dimension; leur protoplasma est souvent granuleux et contient de fines granulations graisseuses. Les vaisseaux sanguins, artérioles et veinules, qui traversent le tissu fibreux, sont également sclérosés: leur tunique externe est très épaissie et leur calibre paraît diminué (Cornil et Ranvier). Chez les adultes les cryptes présentent le plus souvent des altérations de leurs parois; lorsqu'on ne trouve pas les lésions de l'amygdalite lacunaire, on peut cependant voir les cryptes rétrécies dans toute leur longueur, à un degré variable suivant les points de cette étendue, par le processus que j'ai indiqué antérieurement.

(1) Voyez GAILLARD, *Thèse de Paris*, 1881, n° 554. — CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*. — SOKOLOWSKI, *Arch. de laryngologie*, novembre 1891, janvier et mars 1892.

Dans les cas typiques d'hypertrophie molle, l'hyperplasie porte bien davantage sur les follicules lymphatiques que sur le tissu conjonctif interstitiel. Ceux-là sont augmentés en nombre et en volume, et l'on peut y constater, ainsi que l'ont fait Paulsen et Stöhr, des cellules dont les noyaux présentent les figures de la kariokinèse. Le tissu conjonctif interstitiel est au contraire assez mince; la muqueuse, aussi, elle, est extrêmement amincie, et en beaucoup d'endroits elle est réduite à un chorion pelliculaire, sur lequel il ne reste pas de trace de la couche papillaire. Les lacunes sont aplaties, mais non rétrécies.

Les amygdales violacées et dures présentent au contraire des caractères inverses; de plus on y remarque une grande quantité de vaisseaux sclérosés; l'épaisseur de la couche papillaire de la muqueuse est variable, le chorion est épaissi, surtout en dehors des cryptes, et toutes les travées conjonctives le sont à un haut degré par des trousseaux fibreux volumineux. Les cryptes sont fortement rétrécies concentriquement dans toute leur étendue par l'hypertrophie des follicules sous-épithéliaux (Sokolowski). Ce processus continue le plus souvent à progresser, de sorte qu'en examinant à un faible grossissement des amygdales très dures, on peut constater que tout leur tissu est devenu fibreux et qu'il n'existe plus de follicules lymphatiques, ou seulement quelques-uns. A un plus fort grossissement, on reconnaît le plus souvent que les papilles de la muqueuse sont développées, et que le chorion, extrêmement dense, est constitué par des fibrilles plus fines et plus serrées que dans le centre de l'amygdale. Les vaisseaux sanguins ont des parois épaisses et scléreuses.

Cette transformation fibreuse complète des amygdales peut atteindre des tonsilles qui primitivement étaient molles, aussi bien que celles ayant dès le début présenté une consistance dure. Elle peut coïncider avec l'amygdalite lacunaire. Mais elle ne se rencontre à ce point que sur des amygdales de petit volume. Chez certains sujets même, l'amygdale sclérosée est très atrophiée. On ne la reconnaît qu'aux petites ouvertures de ses cryptes; elle est alors formée par une plaque dure, déprimée plutôt que saillante (Cornil et Ranvier). Ces amygdales atrophiées cupuliformes adhèrent souvent aux piliers.

Étiologie. — L'étiologie de la forme d'hypertrophie tonsillaire que j'ai décrite sous le nom d'hypertrophie molle de l'enfance se confond avec celle de l'hypertrophie infantile de l'amygdale pharyngée, qui, à des degrés variables bien que constamment très appréciables, coïncide toujours avec elle.

On pourrait, sans mériter le reproche de créer des divisions artificielles, admettre aussi une autre variété d'hypertrophie molle: en effet, chez des malades arrivés à l'âge adulte, avec un pharynx normal, l'amygdale palatine peut, dans un certain nombre de cas, s'hypertrophier rapidement sans que le reste du tissu adénoïde pharyngien participe à cette augmentation de volume, et sans que la tonsille, en s'hypertrophiant, perde sa consistance molle normale. C'est surtout à la suite de la diphtérie, plus rarement de la scarlatine, et de temps en temps de l'angine syphilitique secondaire, qu'on observe des faits de ce genre. On peut voir aussi la même chose se produire chez des enfants après la diphtérie, la fièvre typhoïde, plus rarement après la scarlatine, qui donne lieu généralement à l'hypertrophie de tout le tissu lymphoïde bucco-pharyngien. Quant à la forme dure, fibreuse, de l'hypertrophie amygdalienne, elle a une étiologie plus spéciale que j'ai déjà exposée brièvement avec sa description clinique, ce qui me dispense d'en reparler ici.

Diagnostic. — Il n'offre aucune difficulté chez l'enfant. A cet âge, on pourra souvent reconnaître à quelle forme on a affaire avec un examen très sommaire, appuyé sur l'anamnèse, et l'examen du naso-pharynx et du nez.

Mais, pour éviter toute erreur d'interprétation, il faut abaisser la langue avec précaution afin de ne pas provoquer d'efforts de vomissement. En effet, pendant ceux-ci, les amygdales rougissent parfois et leur volume semble augmenter. Ce dernier phénomène n'est qu'une apparence; il est dû au mouvement rotatoire (*mouvement spiroïde* de Chassaignac) en vertu duquel la face interne de la glande devient antéro-interne. En cas d'hypertrophie enchatonnée latente, c'est au contraire pendant ce mouvement que la forme arrondie et plus étendue de la face interne de la tonsille, devenue presque antérieure, permettra de préciser le diagnostic.

Plus tard, dès que l'adolescence approche et chez les adultes, il faudra penser à l'*amygdalite lacunaire* et rechercher si l'augmentation de volume des amygdales n'est pas due à l'accumulation de concrétions dans leur cavité, ou, pour peu qu'on constate quelques-unes de celles-ci, observer si l'hypertrophie ne diminue pas après leur ablation et la dissection. Lorsqu'on verra, chez un adulte, une seule amygdale s'hypertrophier rapidement, sans qu'il y ait eu d'angine phlegmoneuse ou d'amygdalite aiguë antécédente, on pourra affirmer, sans crainte d'erreur, qu'il ne s'agit pas d'hypertrophie simple. Mais encore faudra-t-il arriver à la rapporter à sa véritable cause. En dehors de certains cas exceptionnellement rares (*kystes hydatiques*, etc.), si le malade n'a pas une lésion syphilitique, ces hypertrophies unilatérales rapides, de cause obscure, surtout (mais non pas seulement) lorsqu'elles se montrent chez un sujet ayant atteint ou dépassé la cinquantaine, sont symptomatiques d'une *tumeur maligne* au début. Le *chancre syphilitique* ne peut guère être méconnu que lorsque l'ulcération est peu apparente, et se réduit à une érosion à apparence irisée qui peut passer inaperçue ou être prise pour un dépôt de mucus opalin. Mais alors l'adénopathie se présente dans des conditions telles, que le médecin devra soupçonner la syphilis et arrivera tôt ou tard à remarquer l'ulcération tonsillaire et à reconnaître sa nature. Du côté de la grosse amygdale, qui est indolore, on trouve un gros ganglion sous-maxillaire dur, indolent, peu mobile; et tout autour, dans toute la région cervicale et temporo-occipitale, d'autres ganglions également durs et peu mobiles, plus petits, et en nombre variable. L'apparition de la roséole vient d'ailleurs lever tous les doutes, s'il en reste.

On soupçonnera l'*épithélioma* au début si la palpation de l'amygdale y fait reconnaître un noyau dur, dont la consistance diffère des tissus voisins. Parfois aussi, en pareil cas, on voit apparaître des douleurs lancinantes précoces, et peu après apparaissent l'engorgement ganglionnaire, puis l'ulcération.

Le *lymphadénome* pourra être reconnu, lorsque le sujet portera des tumeurs ganglionnaires multiples, dès les premiers temps de son évolution. Plus tard, l'énorme adénopathie cervicale, l'augmentation de volume considérable que subit la tonsille avant de s'ulcérer, les phénomènes de compression, etc., ne laisseront aucune place au doute. Lorsque, par exception, l'ulcération est précoce et que l'adénopathie cervicale ne croît pas rapidement, le diagnostic peut présenter des difficultés assez sérieuses pour être réservé pendant quelques jours ou même quelques semaines. Les cas les plus embarrassants sont ceux où l'on se trouve en présence d'un homme arrivé à l'âge mûr, porteur d'une grosse amygdale et d'un ganglion amygdalien, et ne souffrant pas, sinon d'une gêne légère.

Les difficultés deviennent encore plus grandes si récemment le malade a eu quelque mal de gorge, léger ou insignifiant, auquel il s'obstine à rapporter le début de son affection actuelle, et que l'interrogatoire établisse que depuis longtemps, il a été atteint d'angines de temps à autre. Toutefois, si celles-ci n'ont pas laissé de traces sensibles; si d'autre part la tonsille augmentée de volume est ferme, a gardé sa coloration normale, mais a perdu un peu de sa mobilité;

de plus il existe un certain degré de gêne des mouvements de rotation de la tête, il faudra craindre un *lympho-sarcome* à début ganglionnaire profond, faire les plus grandes réserves sur le pronostic, et surveiller le malade en s'abstenant de toute intervention chirurgicale. L'affection peut rester quelque temps stationnaire; elle peut même rétrocéder un peu; mais bientôt elle prend une marche qui ne permet pas de la méconnaître.

Traitement (1). — Nul aujourd'hui n'a plus la prétention d'obtenir la réduction des tonsilles hypertrophiées par les traitements pharmaceutiques internes, ou les médications hydro-minérales. Les applications topiques sont également insuffisantes, ou du moins leur action est si problématique et si lente, qu'on ne saurait y avoir recours qu'avec l'espoir de décider bientôt le malade ou sa famille à accepter une intervention plus efficace. Celle-ci ne peut être que chirurgicale; mais elle variera suivant les cas, suivant l'âge et la docilité du sujet, enfin suivant le temps qui peut être consacré au traitement.

Les méthodes de traitement chirurgical sont au nombre de trois principales :

1° La *discission*, qui devra être réservée au traitement de l'hypertrophie accompagnant l'amygdalite lacunaire, et ne suffira pas toujours à amener, après la guérison de celle-ci, une réduction suffisante de l'hypertrophie dans tous les points de la glande.

2° L'*ignipuncture*, qui doit être appliquée comme procédé complémentaire du précédent si l'hypertrophie qui peut accompagner la maladie lacunaire ne cède pas à la disparition de cette dernière; et d'emblée si celle-ci manque et s'il n'existe pas non plus d'abcès chronique fistuleux. Ce procédé est excellent, c'est le seul qui puisse donner des résultats complets en cas d'hypertrophie enclavée et antéro-postérieure; il est d'une innocuité absolue, peu douloureux en général, indolore après anesthésie cocaïnique bien faite. La meilleure méthode, à mon avis, consiste à introduire à froid, et profondément, dans un orifice cryptique, un galvano-cautère recourbé en crochet un peu long et fait d'un fil de platine assez volumineux pour être résistant, disposé en U très allongé, puis de faire passer le courant après légère traction en dedans préalable, et fendre la portion de la glande ainsi attaquant, de dehors en dedans. On recommence la même manœuvre successivement, tant qu'on trouve des orifices abordables. Bien entendu, s'il n'y a pas d'orifices cryptiques visibles ou suffisamment perméables pour y introduire le cautère à froid, on ponctionne à chaud et on termine la manœuvre de la même manière. Dans ce dernier cas, au lieu du galvano, on peut employer avantageusement le thermo-cautère à pointe courbe système Paquelin, dont le nouveau modèle, perfectionné par son inventeur et ne présentant plus aucun des inconvénients de l'ancien, est un instrument tout à fait précieux. Deux ou trois séances d'ignipuncture, pratiquées à 10 ou 15 jours d'intervalle, suffisent, si le malade est docile, pour obtenir le résultat cherché. La

(1) Consultez BALME, *loc. cit.*

réaction qui suit chaque séance est ordinairement peu marquée; il suffit que le malade emploie pendant quelques jours des gargarismes froids pour calmer la légère douleur consécutive.

2° L'*amygdalotomie*, procédé dont le plus grand avantage est l'extrême rapidité de son exécution; convenant surtout à l'ablation des amygdales saillantes, fermes, et en même temps pâles et un peu vasculaires.

Ces différentes méthodes de traitement ne doivent être appliquées que lorsque le malade n'est pas ou ne vient pas d'être atteint d'une poussée inflammatoire aiguë ou subaiguë. Celles-ci sont justiciables du traitement qui a été indiqué précédemment à l'occasion des amygdalites aiguës en général.

Je ferai remarquer, en terminant, que les enfants et les jeunes gens chez qui de grosses amygdales palatines rouges et molasses coïncident avec une amygdale pharyngée hypertrophiée, doivent d'abord être opérés de cette dernière avant de subir aucun traitement appliqué à leurs amygdales palatines. Celles-ci, en effet, après l'opération naso-pharyngienne, diminuent souvent de volume rapidement, et parfois dans d'assez notables proportions pour dispenser de toute intervention consécutive.

§ 2. — INFLAMMATION CHRONIQUE DE L'AMYGDALE PHARYNGÉE

A. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

SYNONYMIE : Végétations adénoïdes; Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (1).

Définition. — En dehors de tout état pathologique, le volume de l'amygdale pharyngée varie suivant les sujets, et surtout suivant l'âge des sujets. Il est, en général, plus marqué chez l'enfant que chez l'adulte: à partir de l'âge de 16 à 17 ans et souvent plus tôt, il diminue, et chez beaucoup d'adultes l'organe devient difficile à distinguer au simple examen. Cette diminution de volume est réelle, c'est-à-dire que d'une façon absolue l'amygdale pharyngée de l'adulte est moins épaisse que celle de l'enfant ou de l'adolescent; mais elle est encore exagérée en apparence par l'accroissement parallèle que subit la capacité de la cavité naso-pharyngienne à mesure que le sujet passe de l'enfance à l'adolescence, à la puberté et à l'âge adulte, après que l'obliquité du bord postérieur du vomer est devenue de moins en moins accusée. Il importe donc de réserver les dénominations de tumeurs adénoïdes, ou de végétations adénoïdes, aux cas où l'amygdale pharyngée présente une augmentation de volume anormale, *suffisante pour amener des troubles fonctionnels en rapport direct avec elle*. Lorsque les symptômes dépendront, au moment de l'examen, non du volume de l'amygdale, mais bien de son inflammation catarrhale chronique seule, on devra réserver à l'affection le nom de *catarrhe chronique de l'amygdale pharyngée*. Bien que les signes de catarrhe accompagnent presque constamment l'hypertrophie, ou que, lorsqu'ils existent sans elle, on puisse le plus souvent admettre qu'en réalité ils survivent à une hypertrophie antécédente et aujourd'hui disparue par suite d'une régression et d'une transformation fibreuse partielle du tissu malade, je crois

(1) MEYER, *Arch. für ohrenheilk.*, 1873-1874. — LÖWENBERG, Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, Paris, 1879. — CHATELLIER, *Thèse de Paris*, 1886; nouvelle édition, Paris, 1890. — TRAUTMANN, *Studien über die Rachentonsille*, Berlin, 1886. — MOURE, Article PHARYNX, in *Dict. encyclopédique*, 1887. — BALME, Thèse citée.