

aucun doute infiniment plus prédisposés que les autres à l'affection qui nous occupe. L'influence de l'hérédité est manifeste : dans les familles nombreuses, et il est rare que plusieurs enfants ne soient pas atteints à des degrés variables, et l'on peut presque toujours constater que des parents ou tout au moins l'un d'entre eux présentent aussi, sinon des restes de tumeurs adénoïdes, du moins des vices de conformation de la face consécutifs à la maladie dont ils ont été atteints dans leur enfance et dont ils se rappellent d'ailleurs fort bien avoir éprouvé les symptômes. M. Balme a rapporté des observations intéressantes de ces hypertrophies de famille.

Les dégénérés (idiots, imbéciles, arriérés, etc.) sont atteints de tumeurs adénoïdes, coïncidant avec de la pharyngite granuleuse et de l'hypertrophie amygdalienne, avec une fréquence extrême. Sur 115 enfants arriérés de la colonie de Vaucluse examinés par M. Balme⁽¹⁾, 56 présentaient « soit des végétations adénoïdes, soit de grosses amygdales palatines, soit, plus souvent encore, ces deux hypertrophies réunies, auxquelles se surajoutaient de la pharyngite granuleuse, de véritables colonnes de tissu adénoïde le long des parois postérieures et latérales du pharynx ». En pareil cas, les déformations faciales sont excessives ; mais elles sont surtout la conséquence de l'arrêt de développement de la base du crâne, et elles ont précédé au lieu de suivre l'hypertrophie adénoïdienne.

Le jeune âge est une condition prédisposante des plus importantes : c'est surtout de 5 à 6 ans que se montre la maladie. Mais elle peut atteindre des enfants âgés de quelques mois, auquel cas elle entrave l'allaitement et donne lieu à tous les fâcheux symptômes du coryza des enfants à la mamelle, dont Rayer a tracé un tableau si frappant de vérité. Après 6 ou 7 ans, il est moins fréquent de la voir apparaître, et cette fréquence diminue rapidement à mesure que le sujet avance en âge. Je ne pense pas qu'on ait jamais cité un cas où l'affection ait débuté plus tard que dans celui que j'ai relaté, et qui a trait à une femme de 47 ans. La plupart des faits observés chez des adultes ou des vieillards semblent se rapporter à des végétations développées depuis de longues années. J'en ai enlevé à un homme de 65 ans, et M. Gouguenheim à un homme de 65 ans.

Les causes déterminantes sont les inflammations naso-pharyngiennes répétées, aiguës ou subaiguës, non spécifiques ; et les inflammations spécifiques liées à la coqueluche, à la rougeole, à la scarlatine surtout et parfois à la fièvre typhoïde ; et dans quelques cas les angines syphilitiques secondaires.

Diagnostic. — Chez l'adulte, le diagnostic exige l'emploi de la rhinoscopie postérieure. Celle-ci donne aussi, chez l'enfant, des renseignements très importants ; mais elle n'est pas toujours possible, et de plus elle n'est jamais indispensable, pour peu que le médecin soit exercé au toucher digital de la cavité naso-pharyngienne.

Lorsque le toucher fait reconnaître que la paroi postérieure et la voûte du pharynx supérieur sont recouvertes d'un tissu le plus souvent mollassé, friable, à surface inégale, dont le doigt ramène souvent des débris granuleux en même temps qu'un peu de sang et de mucus, le diagnostic s'impose et ne peut faire de doute : on peut affirmer, aussi bien chez l'enfant que chez l'adolescent, la

(1) BALME, Thèse citée.

présence de tumeurs adénoïdes. La seule difficulté que puisse rencontrer l'observateur est de différencier de celles-ci un *fibrome naso-pharyngien* au début, lorsque la tumeur est ferme et que le sujet a présenté des épistaxis. M. Moure⁽¹⁾ a fait remarquer avec raison qu'en cas de polype naso-pharyngien la tumeur n'est pas seulement dure et peu mobile, et d'une consistance presque cartilagineuse, mais de plus que sa partie saillante est lisse et polie, et qu'elle n'est tomenteuse qu'au niveau de son insertion. Parfois cependant, lorsque le fibrome se développe chez un sujet dont l'amygdale pharyngée était déjà un peu hypertrophiée, la surface de la tumeur peut être tapissée d'une couche molle de tissu adénoïde, ainsi que nous l'avons vu, M. Ch. Walther et moi, chez un jeune homme de 17 ans. Mais, en pareil cas, la constatation d'une tumeur molle à sa superficie et extrêmement dure au-dessous me semble plutôt faciliter le diagnostic. Il faut ajouter que l'insertion du polype naso-pharyngien est bien plus facile à circonscrire nettement par le toucher que celle de l'amygdale pharyngée hypertrophiée en masse. Celle-ci d'ailleurs n'atteint *jamais* la consistance du premier, et il suffit d'avoir perçu une seule fois cette dernière pour que dorénavant l'hésitation ne soit possible que si le fibrome est tout à fait à son début. Plus tard, l'abondance et la fréquence des épistaxis, l'existence d'un prolongement nasal de la tumeur, les déformations que son développement entraîne, viendront s'ajouter aux autres éléments de diagnostic. Mais il ne faut pas trop se hâter de tirer des conclusions de l'âge du malade : bien que rares avant la quinzième année, on peut voir les fibromes naso-pharyngiens se développer plus tôt : j'en ai observé un, il y a quelques années, chez un jeune sujet de 13 ans ; et tout récemment un autre, avec prolongement nasal, commencement de déformation de la face, dureté cartilagineuse de la tumeur, et épistaxis profuses, chez un petit garçon de 8 ans.

Chez les personnes âgées, les *tumeurs malignes* du pharynx nasal à leur début peuvent être prises pour des tumeurs adénoïdes, malgré les renseignements donnés par la rhinoscopie postérieure et le toucher. Pour éviter pareille erreur, il faut, lorsque l'âge du malade et la marche de l'affection font penser au cancer, que la rhinoscopie postérieure soit faite avec soin, que ses difficultés soient surmontées, grâce à l'emploi des rétracteurs palatins, et qu'au besoin, si l'on ne peut s'en tirer d'une autre façon, l'exploration soit faite sous le chloroforme, et complétée par l'examen histologique d'un fragment de la tumeur. On doit se rappeler que lorsque les végétations adénoïdes de l'adulte siègent latéralement elles sont *le plus souvent* multiples, et d'inégal volume ; tandis que les tumeurs malignes naso-pharyngiennes, qui d'ailleurs débute presque constamment sur l'une des parties latérales de la paroi pharyngée ou vers la fossette de Rosenmuller, sont au contraire sessiles et même sans limites distinctes à leur périphérie. L'exploration digitale permet de saisir très nettement l'infiltration diffuse du tissu néoplasique, dont la consistance est plus ferme à son centre ; souvent le toucher donne lieu à une hémorragie assez abondante. Dans certains cas où elles sont mieux limitées, leur coloration grisâtre est toute différente de celle des tumeurs adénoïdes. Enfin, elles ne tardent pas à s'ulcérer et à saigner, et dès ce moment leur confusion avec celles-ci devient impossible.

Pronostic et traitement. — On conçoit, sans qu'il soit utile d'insister sur

(1) MOURE, article PHARYNX du *Dict. encyclopédique*, 1887.

ce point, que les tumeurs adénoïdes ne peuvent sans inconvénients être abandonnées à elles-mêmes; et que, chez les jeunes sujets surtout, elles réclament un traitement immédiat aussitôt que leur présence a été constatée.

Le traitement, purement chirurgical, est l'ablation radicale et complète de tout le tissu malade. Je n'ai pas à m'occuper ici des procédés opératoires multiples qui permettent d'atteindre ce résultat ni des indications spéciales de chacun d'eux suivant les cas. On trouvera ces renseignements dans les traités spéciaux, et surtout dans diverses monographies où ils sont exposés en détail⁽¹⁾. Une fois l'opération pratiquée, on devra le plus souvent compléter ses résultats par le traitement des lésions concomitantes : pharyngite granuleuse, hypertrophie des amygdales, coryza chronique, otites, etc.

B. — Catarrhe chronique de l'amygdale pharyngée.

SYNONYMIE : Catarrhe chronique naso-pharyngien⁽²⁾.

L'hypertrophie de la tonsille rétro-nasale ne va pour ainsi dire jamais chez l'enfant sans qu'il existe en même temps une inflammation catarrhale de degré variable; sinon constante, du moins apparaissant de temps à autre. Mais, en dehors des phénomènes dus à la propagation de ce catarrhe à l'oreille moyenne, au pharynx buccal ou aux fosses nasales, la symptomatologie dérive presque entièrement de l'augmentation de volume de l'organe qui comble le pharynx supérieur. Chez les sujets plus âgés, les adultes et les individus parvenus à l'âge mûr ou l'ayant déjà dépassé, l'inflammation parenchymateuse chronique de l'amygdale pharyngée est plus constamment encore que chez les enfants accompagnée d'inflammation catarrhale. Mais ici, la capacité du pharynx non seulement d'une façon absolue, mais aussi relativement au volume de la tonsille pharyngienne, est très supérieure à ce qu'elle est chez l'enfant, et les symptômes observés sont bien plutôt la conséquence du catarrhe que de la phlégmase parenchymateuse. Il y a plus : celui-là survit à la disparition de l'hypertrophie, et à la régression de la tumeur; il persiste encore lorsque l'amygdale rétro-nasale a atteint un degré très marqué d'atrophie, et peut même s'éterniser alors que l'examen rhinoscopique ne permet plus de constater aucune trace de l'organe, qui semble entièrement disparu. Enfin, le catarrhe chronique peut siéger sur une tonsille pharyngienne n'ayant jamais présenté antérieurement qu'un volume médiocre, puis s'étant atrophiée à un degré très avancé, et dont les traces ne sont révélées que par le siège et les caractères des sécrétions catarrhales persistantes.

Nous ne nous occuperons ici que du catarrhe de l'amygdale pharyngée ne présentant pas d'augmentation de volume capable de produire, par elle-même, des troubles fonctionnels, tel qu'on l'observe chez les jeunes gens et les adultes.

Symptomatologie. — Signes physiques et caractères objectifs. — A l'examen

⁽¹⁾ Consultez l'article de GERARD MARCHANT; *Traité de chirurgie*, tome IV, p. 894. — Voyez aussi CALMETTES et LUBET-BARRON, *Gazette hebdomadaire*, 1890. — RUAULT, *Congrès français de chirurgie et Archives de laryngologie*, 1891. — BALME, *loc. cit.* — E. MÉNIÈRE, Acad. de Médecine, 1891.

⁽²⁾ Consultez BOSWORTH, *Diseases of the nose*, New-York, 1890. — Voyez aussi TORNWALDT, in *Revue des sciences médicales*, 1886, tome XXVIII, p. 715. — LUC, *France médicale*, 1886. — TISSIER, *Annales des maladies de l'oreille*, 1886. — POTIQUET, La bourse pharyngienne, *Revue de laryngologie*, 1889, p. 745. — RUAULT, *Société de laryngologie de Paris*, décembre 1891.

rhinoscopique postérieur, on constate des aspects assez différents suivant l'ancienneté de la maladie et le volume de l'amygdale pharyngée en régression.

Lorsque celle-ci a conservé encore un volume assez notable, on la reconnaît à sa forme, peu différente de la normale; elle est seulement plus mamelonnée, de couleur rouge vif, et ses sillons, surtout le sillon médian, mais parfois aussi un ou deux des sillons latéraux de chaque côté, s'accusent dans une partie au moins de leur étendue par la présence d'une sécrétion muco-purulente de couleur verdâtre qui comble leur cavité. Sur les régions latérales, au niveau des fossettes de Rosenmuller, on voit souvent une sécrétion analogue. Celle-ci est parfois très abondante, recouvre la partie inférieure de l'amygdale, descend sur la paroi postérieure du pharynx, et on ne peut constater l'aspect de l'amygdale et de ses sillons décrit plus haut qu'après un nettoyage du pharynx nasal à l'aide d'un porte-ouate convenable.

Lorsque le tissu adénoïde rétro-nasal est arrivé à un degré de régression plus avancé, l'aspect est à peu de chose près le même, et la sécrétion est seulement plus épaisse. Mais alors surtout, on peut constater, aux limites supérieures et latérales de la région de la tonsille pharyngienne, des tractus rouges à directions irrégulières, sortes de bandes et de ponts circonscrivant plus ou moins complètement des clapiers anfractueux de dimensions et de formes variables, d'où l'on peut souvent voir s'écouler du muco-pus plus ou moins visqueux.

Plus tard, la sécrétion deviendra encore plus épaisse et aura tendance à se concréter en forme de croûte, surtout pendant la nuit. On pourra, lorsque le malade n'aura pu se débarrasser de cette croûte avant de se présenter à l'examen, voir au-dessus de la proéminence formée par le tubercule antérieur de l'atlas un enduit verdâtre, à limite inférieure, le plus souvent assez régulièrement horizontal, plus rarement festonné, parfois à forme irrégulièrement triangulaire, à sommet supérieur répondant soit au centre de l'amygdale pharyngienne, soit au-dessous. La forme de ce triangle est le plus souvent aplatie, l'angle supérieur étant très obtus. Dans d'autres cas, la partie supérieure sera dentelée, et présentera deux ou trois prolongements. Bien souvent elle sera simplement ovulaire, à grand diamètre transversal, ou arrondie. La forme arrondie répond aux croûtes de petite dimension (1 centimètre carré et même moins), les autres formes aux concrétions plus étendues, de 2, 3 centimètres carrés.

Enfin, le pharynx nasal peut être tout à fait lisse, et présenter seulement une croûte en forme de cœur de carte à jouer, à sommet supérieur situé au-dessus de la saillie de la première vertèbre, et descendant plus ou moins bas sur la face supérieure du pharynx. Lorsqu'on examine ces concrétions après les avoir enlevées ou lorsque le malade vient de les rejeter, on voit qu'elles sont assez épaisses, noirâtres et dures à leur face libre, jaune verdâtre, visqueuses, filantes du côté adhérent où presque constamment elles présentent au moins un prolongement aminci de longueur variable, qui, lorsqu'il pend librement en bas, donne à la croûte la forme d'un clou à large tête aplatie.

Dans tous ces cas, la sécrétion ne s'étend pas en avant : elle laisse intacts la partie antérieure de la voûte, l'origine de la cloison, les bords supérieurs des orifices des narines postérieures. Ce fait est constant, sauf lorsque le malade est atteint d'une suppuration nasale provenant des sinus, ou en cas d'ozène; il a une grande valeur diagnostique et sa constatation a une grande importance. Le plus souvent les malades ont une cavité naso-pharyngienne