

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

large et spacieuse, les fossettes de Rosenmuller sont profondes, les pavillons tubaires saillants et les replis salpingo-staphylins et salpingo-pharyngiens sont nettement dessinés.

L'aspect du pharynx buccal varie suivant le degré de la maladie; avec le premier et souvent aussi le second aspect du pharynx supérieur décrits ci-dessus, on trouve en général la paroi bucco-pharyngienne simplement granuleuse, ou à la fois granuleuse et chagrinée. Une nappe de mucus, un peu jaunâtre, apparaît souvent sur une largeur variable à la partie médiane du pharynx, en arrière de la luvette. On la voit de temps en temps plus enflammée, rouge, recouverte en certains points d'enduits muqueux blanchâtres. Avec les deux derniers, à mesure que la sécrétion naso-pharyngienne devient plus épaisse, on trouve le pharynx buccal lisse, souvent pâle, parcheminé, d'une sécheresse parfois extrême (*pharyngite sèche*); on peut aussi parfois le voir recouvert, dans sa partie supérieure, d'un enduit qui est alors verdâtre, visqueux, assez adhérent.

La muqueuse des fosses nasales n'est jamais tout à fait normale. Elle est tuméfiée, congestionnée, surtout au niveau des cornets inférieurs. Elle devient, à mesure que la maladie progresse et que les sécrétions postérieures deviennent plus consistantes, de plus en plus sèche, et elle est souvent alors d'une couleur grisâtre et pâle, mais je ne l'ai jamais vue atrophiée que chez des ozéneux, et je crois, contrairement à M. Moure et à Bosworth, que la pharyngite sèche de ces derniers est un état pathologique spécial, tout différent de celui dont il est question ici.

Celle du larynx enfin, au moins chez la très grande majorité des malades ayant des croûtes rétro-nasales, est rouge, dépolie, parfois épaissie (*laryngite sèche*). Elle est parfois le siège d'une sécrétion gris verdâtre épaisse; et alors on y voit souvent, à cheval sur l'espace interaryténoïdien, une longue mucosité verdâtre, filante, un peu adhérente. Les parésies des contracteurs glottiques et des tenseurs des cordes vocales ne sont pas rares.

Troubles fonctionnels. — Tant que les sécrétions naso-pharyngiennes conservent de la fluidité, les malades ne se plaignent guère que d'une sensation de corps étranger les portant à renifler ou à faire des expirations nasales brusques et bruyantes pour se débarrasser des mucosités qui les gênent. Ils accusent aussi une sensation de sécheresse des fosses nasales et parfois de la gorge. Mais lorsque la consistance de ces exsudats a augmenté, leur gêne augmente, et le matin au réveil il toussent, reniflent et « raclent » jusqu'à ce qu'ils aient, souvent au prix de nausées très pénibles, craché les masses compactes accumulées pendant la nuit. Certains malades, ceux surtout dont les fosses nasales sont de largeur inégale, expulsent cette masse en se mouchant, par la narine la plus large. Enfin les sensations incommodes atteignent leur maximum lorsque le muco-pus se concrète en forme de croûte dure; et elles peuvent même alors devenir presque permanentes, car souvent les malades ne peuvent se débarrasser de ces concrétions que tous les quatre ou cinq jours, et ils n'éprouvent alors de soulagement que pendant quelques heures. La sécheresse de la gorge est très pénible; elle peut être assez marquée pour gêner la déglutition de la salive, et obliger le malade à boire souvent; toutefois, au moment des repas, cette sensation s'éteint pour ne reparaitre qu'un peu plus tard. Ces malades se plaignent souvent de douleurs de tête; tantôt au niveau des sinus frontaux ou de la racine

du nez, tantôt à la région occipitale, plus souvent à la nuque, où la douleur peut coïncider avec un peu de roideur du cou. Lorsque le larynx est atteint, la voix est enrôlée; cet enrôlement peut être intermittent, plus accentué le matin, après qu'une secousse de toux a chassé les sécrétions laryngiennes; ou constant, surtout lorsqu'il existe en même temps que la laryngite des parésies musculaires. Il varie depuis le degré le plus léger jusqu'à l'aphonie complète. Il est souvent accompagné d'une toux fréquente et fatigante, et de douleurs rétro-sternales. Les accès nocturnes de spasme glottique, dus à l'accumulation des concrétions laryngées au niveau de la glotte, et au-dessous de la région interaryténoïdienne, ne sont pas rares, surtout chez les femmes nerveuses. Les troubles de l'ouïe, dus à des otites moyennes catarrhales chroniques, s'observent très fréquemment.

Formes cliniques; marche et pronostic. — Les divers aspects objectifs et les variations du tableau symptomatique répondent au degré d'atrophie de la tonsille pharyngienne, aux modifications accidentelles que l'inflammation imprime à sa structure en y produisant des anfractuosités de profondeur variable offrant ou non avec l'extérieur des communications plus ou moins larges, à la consistance et à l'adhérence des sécrétions. En réalité, il n'existe pas de formes cliniques ou de variétés distinctes de l'affection; les signes et les symptômes ne présentent, dans les divers cas, que des différences en rapport avec la période de son évolution où elle est arrivée. Sa marche est lente, continue; les irritations nasales et pharyngiennes causées par les poussières, les vapeurs irritantes, le tabac en poudre ou la fumée de tabac aggravent les symptômes; les coryzas intercurrents causent des périodes d'exacerbation fréquentes chez quelques sujets. En général, ceux-ci souffrent plus du séjour dans une atmosphère sèche et chaude (salle de bal ou de théâtre, etc.) que de l'humidité et même du froid. Le pronostic, au point de vue de la guérison, a été jusqu'à ces derniers temps absolument déplorable. Aujourd'hui que la maladie est mieux connue, il est devenu bien meilleur, et pour peu que le malade ait assez de patience pour s'astreindre aux interventions nécessaires, il peut espérer une guérison durable.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on constate après avoir fait l'ablation d'une partie du tissu malade, à l'aide d'une pince coupante ou d'une curette annulaire tranchante, sont celles de l'atrophie de l'amygdale pharyngée. Elles ont été déjà indiquées en même temps que celles des tumeurs adénoïdes des adultes. M. Chatellier⁽¹⁾, MM. Luc et Dubief⁽²⁾, ont constaté la transformation fibreuse partielle de l'amygdale pharyngée. Bosworth⁽³⁾ s'est attaché à l'étude des cas où il n'existait pas de tumeur proprement dite, et où l'affection était réduite au catarrhe; lorsque la région pharyngienne malade avait seulement une apparence un peu mamelonnée et framboisée. Des examens multipliés lui ont donné toujours des résultats à peu près identiques: il a constaté, comme M. Chatellier, des saillies globuleuses séparées par des sillons de profondeurs diverses. Ces saillies étaient formées de tissu conjonctif renfermant des amas de cellules lymphatiques. Les follicules lymphatiques étaient rares, et de petite

⁽¹⁾ CHATELLIER, *loc. cit.*, Paris, 1890.

⁽²⁾ LUC et DUBIEF, *loc. cit.*

⁽³⁾ BOSWORTH, *loc. cit.*