

Les compresseurs divers, qu'on introduit dans les narines pour soutenir en arrière les fragments, sont mal supportés ; on leur substitue avec avantage un tamponnement à la gaze iodoformée.

2° FRACTURES DE LA CLOISON. — Un double tamponnement à la gaze iodoformée suffit le plus souvent à arrêter l'épistaxis, et à maintenir les fragments en bonne position, après réduction du déplacement, s'il existait.

VII

TUMEURS ADÉNOÏDES DU RHINO-PHARYNX

On distingue sous ce nom l'hypertrophie des glandes lymphoïdes situées dans le rhino-pharynx. Le plus ordinairement l'hypertrophie porte sur la glande de Luschka (3° amygdale) qui occupe la voûte du cavum ; cette amygdale est représentée à l'état normal chez un nouveau-né, dans la figure 109. Elle est constituée par des bourrelets grisâtres appendus à la voûte, obstruant le rhino-pharynx et très sensibles pour l'index qui l'explore.

Cette affection si particulière a été découverte en 1868 par Wilhelm Meyer (de Copenhague), en examinant les enfants des écoles. C'est à lui que sont dus les premiers travaux importants sur la question (1).

(1) WIL. MEYER, *Hospitalstidende*, 4 et 11 nov. 1868. — MEYER, *Arch. für Ohrenheilk.*, VIII, 1873 et 1874. — GANGHOFNER, *Prag. med. Wochenschr.*, 1877, nos 14 et 15. — LOEWENBERG, *Tum. adén. du phar. nas.* Paris, 1879. — CHATELLIER, *Tum. adén. du phar.*, thèse de Paris, 1886. — CRESWELL BABER, *Société médico-chir. de Brighton et Sussex*, 5 mai 1885. — TRAUTMANN, *Anat. Path. und klin. Studien und die Hyp. der Rachentonsille*. Berlin, 1886. — DUBIEF, *De l'infl. chr. des follicules clos de l'arrière-cavité des fosses nas.*, thèse de Paris, 1889. — LUC, *Opér. incompl. de végétations adénoïdes* (*Union méd.*, 25 mai 1889). — SOLIS-COHEN, *Hypertrophie de l'amygdale du pharynx chez les vieillards* (*Journ. of Laryng.*, n° 1, 1889). — LUC et DUBIEF, *Les tum. adén. aux divers âges* (*Congrès de Berlin*, 1890). — PATRZEK, *Deutsche med. Zeitschr.*, 1890, p. 841. — WAGNIER (de Lille), *Rapp. des adén. avec les otites moy. purul. chr.* (*Soc. fr. d'otol.*, mai 1891). — KORNER, *Incontinence nocturne d'urine dans l'hyperplasie de l'amygdale pharyngée* (*Munch. med. Wochenschr.*, 8 juillet 1890, p. 476). — BREBION, LUC, CAPART, SCHMIDT et CHIARI, *Sur les tumeurs adénoïdes* (*Congrès de Berlin*, août 1890). — REDARD, *Déviations de la colonne vertébrale dans l'obstruction nasale* (*Gaz. méd. de Paris*, 4 oct. 1890). — CARTAZ, *Complications de l'ablation des adénoïdes* (*Soc. fr. d'otol.*, 10 mai 1890). — GOUGUENHEIM, *Végét. adénoïdes* (*Gaz. des hôp.*, 26 janvier 1892). — PILLIET, *Cellules géantes dans les végét. adénoïdes du pharynx* (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, mars 1892). — P. RAUGÉ, *Les tum. adén.* (*Sem. méd.*, 3 juin 1893). — MICHEL-DANSAC, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1893. — CASTEX et MALHERBE, *Croissance post-opératoire dans les végét. adén.* (*Presse méd.*, 31 mars 1894). — CASTEX et MALHERBE, *Contribution à l'étude des végét. adén.* (*Bull. méd.*, 4 et 7 mars 1894). — MÉNIÈRE, *Statistique de 1115 opér. de tum. adén.* (*Acad. de méd.*, Paris, 1^{er} déc. 1891). — LAVRAND, *Récidives dans les tum. adén.* (*Soc. fr. d'otol.*, Paris, 1893). — LUBET-BARBON, *Quelques troubles provoqués par les végét. adén. chez les enfants du premier âge* (*Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 499). —

Les Mémoires parus ensuite n'ont eu qu'à ajouter à la magistrale description qu'il nous a laissée.

Variétés. — Ces hypertrophies présentent différentes formes, intéressantes à spécifier, quant à leur aspect, quant à leur siège et quant à leur consistance.

Leur aspect est des plus variables. *a)* La muqueuse tapissant le pharynx est simplement épaissie, d'une façon uniforme, par une infiltration de tissu adénoïde et présente ainsi une grande épaisseur ; *b)* à la voûte du pharynx est appendue une multitude de saillies plus ou moins arrondies en forme de grappes ; *c)* leur nombre est si grand, elles sont si serrées qu'elles combent entièrement la cavité naso-pharyngienne ; *d)* elles sont mobiles, allongées, présentant un pédicule plus ou moins grêle ; *e)* enfin, parfois, elles sont caractérisées par une tumeur arrondie, unique, lisse, dure, à pédicule large ; *f)* toutes ces variétés d'aspect peuvent se combiner. Leur siège peut se résumer ainsi : ces tumeurs sont médianes ou latérales, circonscrites ou diffuses. Leur consistance varie depuis l'extrême mollesse, qui permet leur facile détachement par le doigt, jusqu'à une dureté presque comparable à celle d'un polype fibreux de la même région.

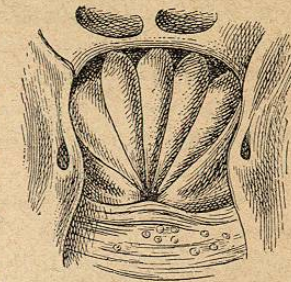


Fig. 109. — Troisième amygdale de Luschka.

Étiologie. — 1° *Causes générales.* — Les végétations adénoïdes se rencontrent généralement chez les enfants. L'adénoïdien le plus jeune que nous ayons opéré avait six mois, le plus âgé trente-cinq ans. Notre moyenne mettrait le maximum de fréquence à huit ans et demi (Castex et Malherbe). En étudiant de près l'histoire de ces enfants, on se rend compte que beaucoup d'entre eux sont venus au monde avec leurs tumeurs et que les parents s'en sont aperçus seulement au cours de la seconde enfance lorsque les diverses fonctions respiratoires peuvent être mieux examinées. A partir de la puberté la troisième amygdale, qu'elle soit ou non hypertrophiée, subit un retrait atrophique.

Le sexe n'a pas d'influence marquée : sept garçons et six filles en

GRONBECH, *Végét. adén. et incont. noct. d'urine* (*Arch. für Laryng.*, Bd. II, 1894, p. 214). — ZIEM, *Opérations de végét. adén.* (*Monatsschr. für Ohrenheilk.*, n° 10, nov. 1894, p. 356). — BRYON DELAVAN, *Évolution des tum. adénoïdes non traitées* (*Congrès méd. panamér.*, 1893). — CHIARI, *Des végét. adénoïdes* (*XI^e Congrès intern.*, Rome 1894). — LERMOYEZ, *Végét. adén. tuberculeuses* (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, oct. 1894). — HUBER, *Végét. adén. chez les nourrissons* (*Arch. of pædiatr.*, janvier, 1894, p. 38). — LERMOYEZ, *Thérap. des mal. des fosses nas.*, Paris, 1896. — HELME, *Trait. des végét. adénoïdes* (*Rapp. à la Soc. franç. de laryng. et otol.*, Paris, 1896).

moyenne. L'hérédité agit d'une façon certaine. Dans quelques familles cinq, six enfants et même plus sont adénoïdiens comme l'ont été leurs parents, ce que révèle leur faciès prognathe. Les adénoïdes s'observent héréditairement dans les races dolichocéphales (Anglo-Saxons et autres).

Les conditions de classe sociale ou de climats n'ont guère d'influence. Si tout d'abord on avait pu croire, s'autorisant des travaux de Meyer, que la maladie sévissait surtout dans les climats froids et sur le bord de la mer, on a vu depuis qu'aucun pays n'en est affranchi. Son histoire est faite des documents apportés par les rhinologistes de tous les pays. Du moins les climats froids et humides ont-ils l'inconvénient de favoriser les poussées inflammatoires dans la troisième amygdale hypertrophiée (adénoïdite).

Assez souvent on relève, dans les antécédents du petit malade, une rougeole, une scarlatine, la coqueluche. Quelques parents diront même s'être aperçu des premiers signes de l'affection dans les semaines qui suivaient la disparition d'une rougeole, mais il ne faut pas oublier que ces deux maladies sont relativement des plus fréquentes dans l'enfance. Il n'est pas établi qu'il y ait rapport de causalité entre une rougeole, une coqueluche et des adénoïdes parce qu'on les verra figurer dans une même observation. Que de fois ces diverses maladies ne sont pas suivies de l'apparition d'adénoïdes. Il est plus aisé d'admettre que la détermination nasale d'une rougeole ou autre exanthème venant accroître l'embarras jusqu'alors latent du rhino-pharynx, révèle aux parents que leur enfant est porteur de tumeurs adénoïdes.

Les adénoïdiens sont très souvent des scrofuleux ou tout au moins des lymphatiques. En ces cas encore, adénoïde et scrofule apparaissent surtout comme le résultat commun d'une dystrophie congénitale. On s'explique que Trautmann considère comme spécialement prédisposés les enfants issus d'ascendants tuberculeux.

Causes locales. — Les malformations faciales, des sténoses nasales ont été incriminées. Meyer, Trélat, Oakley Coles considèrent les divisions palatines comme favorables à l'hypertrophie de l'amygdale naso-pharyngienne. Les inflammations récidivantes de la troisième amygdale (ou amygdale de Luschka) arrivent à l'hypertrophier et à constituer les végétations ou tumeurs adénoïdes.

Les caractères types de l'anatomie pathologique des végétations sont représentés sur les figures 110 et 111.

Symptomatologie. — Les divers symptômes par lesquels se révèlent les végétations adénoïdes sont assez caractéristiques, mais leur valeur diagnostique n'est pas équivalente. Envisageons successivement ceux qu'ont pu constater le médecin et même les parents, avant tout examen direct (symptômes rationnels), puis ceux que les divers

procédés d'exploration mettent en évidence et qui viennent rendre compte des premiers (signes physiques).

Symptômes rationnels. — L'attention des parents se trouve d'abord appelée sur les divers troubles qui se montrent au siège de l'affection ou dans ses environs. Ces enfants, plus ou moins gênés dans leur respiration nasale, ont presque toujours la lèvre supérieure épaisse, la bouche bée, ce qui ne contribue pas peu à leur donner cet air niais qui a frappé tous les observateurs. Leur intelligence est paresseuse : *aprosexie* (Guye [d'Amsterdam]). Ils ont des engorgements ganglionnaires au cou. Ils ronflent la nuit, d'une façon telle-

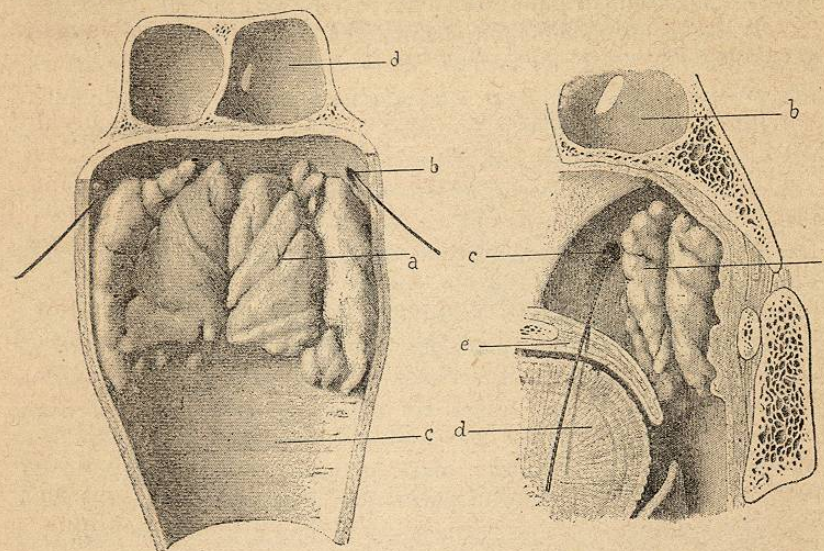


Fig. 110. — Tumeurs adénoïdes : profil (d'après Castex et Lacour). — a, tumeurs adénoïdes; — b, sinus sphénoïdal; — c, trompe d'Eustache; — d, langue; — e, voile du palais.

Fig. 111. — Tumeurs adénoïdes : face antérieure (d'après Castex et Lacour). — a, tumeurs adénoïdes, b; — trompe d'Eustache; — c, pharynx; — d, sinus sphénoïdal.

ment bruyante parfois que leurs frères ou sœurs ne peuvent dormir dans la même chambre. Ce ronflement s'accuse d'autant plus que l'enfant est couché sur le dos. Ils s'éveillent tous les matins la bouche sèche.

Pour juger du degré de l'obstruction nasale, nous avons l'habitude de pincer entre les doigts de chacune de nos mains les moitiés droite et gauche des lèvres de l'enfant, tout en lui demandant de respirer vivement par le nez. Quelques-uns ne le peuvent, et menacent promptement d'asphyxier. D'autres, plus nombreux, le peuvent assez bien, même quand, avec un de nos index appuyé sur l'aile du nez, nous réduisons la prise d'air à une seule narine. Ceux-ci ont les adénoïdes moins volumineuses ou situées plus en arrière, à

l'union de la voûte basilaire avec la paroi pharyngienne postérieure.

Le timbre de voix prend le caractère nasal. Ils parlent du nez. Ils sont sujets à des poussées congestives ou inflammatoires (adénoïdites) dans tout leur système amygdalien — ce que les parents indiquent en signalant la fréquence des « maux de gorge ».

Presque tous accusent des céphalalgies avec sensation de lourdeur, qui occupent principalement la partie médiane et inférieure du front. Il est fréquent de constater chez les adénoïdiens des symptômes auriculaires. Ces symptômes peuvent même être les seuls qui mettent sur la trace de la maladie. Et nous ne parlons pas ici des otites diverses sur lesquelles nous aurons à revenir en traitant du pronostic ; nous faisons seulement allusion à ces bourdonnements d'oreille, à ces otalgies et à ces surdités, tous symptômes qui, d'après nos observations, nous semblent souvent passagers, au début du moins. Un enfant souffrira dans ses oreilles et sera sourd durant huit ou dix jours, après lesquels tout rentrera dans l'ordre.

L'adénoïdien tousse assez facilement surtout la nuit. Parfois, il a des oppressions nocturnes et ce symptôme peut aller jusqu'à la laryngite striduleuse, complication sur laquelle Coupard et Ragoneau ont appelé l'attention. Parfois encore ce sont des convulsions. A signaler aussi la déglutition difficile ou maladroitement des petits adénoïdiens. Nous relevons dans nos observations les particularités suivantes à cet égard : un nourrisson ne pouvait pas téter (le cas a été maintes fois signalé déjà). Un petit garçon de cinq ans avait beaucoup de peine à avaler les solides et réclamait de sa mère une alimentation molle ou liquide (œufs, potages, etc.). Une fillette de deux ans nous a été conduite parce que, disaient les parents, elle rejetait ses aliments par les narines, ce qui, leur avait dit un médecin, indiquait une paralysie du voile du palais. Il n'y avait cependant pas paralysie au sens réel du mot, mais une masse volumineuse d'adénoïdes refoulait en avant le voile et le paralysait en quelque sorte dans son rôle d'obturateur.

Mais ce par quoi les végétations accusent le plus clairement leur présence dans le naso-pharynx, c'est la physionomie de l'enfant, le *facies adénoïdien* (fig. 112). On sait en quoi il consiste.

Le visage est pâle, la bouche toujours entr'ouverte, la lèvre supérieure épaisse ; quelques veinules engorgées se dessinent à la racine du nez. Le maxillaire supérieur semble atrophié, comme si les antres d'Highmore étaient revenus sur eux-mêmes. On voit bien cet affaissement si on examine le profil de l'enfant. On constate alors que le maxillaire inférieur n'ayant pas subi d'arrêt dans son développement débordé notablement le supérieur, donnant au petit malade un peu de la conformation du *bull-dog*. L'enfant a parfois l'air hébété, mais ce n'est qu'une apparence, car il n'est pas démontré que les adénoïdiens soient moins intelligents que les autres enfants. Les dents,

trop à l'étroit sur cette arcade dentaire amoindrie pour se placer suivant le type normal, se disposent obliquement et cette rangée irrégulière fait dire que le sujet est affecté d'ataxie dentaire. Ce dernier caractère a été signalé par David (1). Ces dents sont souvent crénelées. La racine du nez est épaissie et se sépare parfois des paupières par un repli cutané courbe qui tourne sa concavité vers le globe oculaire. Les auteurs n'ont pas, jusqu'à présent, que nous sachions, signalé cette limitation particulière à la racine du nez. Nous indiquerons également une sorte d'écoulement muqueux par les narines chez les très jeunes enfants.

Ce serait pourtant une erreur de penser que le facies adénoïdien répond exclusivement à la présence de ces végétations. Un diagnostic établi d'après le facies seul courrait risque d'être erroné, d'abord



Fig. 112. — Facies adénoïdien (d'après Chatellier).

parce que ce facies peut exister sans végétations adénoïdes, ensuite parce qu'il peut faire défaut alors qu'il en existe réellement. Nous avons vu souvent des enfants à la bouche entr'ouverte, avec les divers caractères ci-dessus, chez lesquels cependant le toucher pharyngien pratiqué avec l'index ne révélait aucune trace de végétation. Nous trouvions alors des déviations de la cloison nasale, des épaississements hypertrophiques des cornets inférieurs, surtout à leur extrémité postérieure (queues des cornets), au niveau des choanes ou orifices postérieurs des fosses nasales. Si bien que nous inclinons à considérer le facies dit adénoïdien, non pas seulement comme un effet des seules végétations adénoïdes, mais plutôt comme le signe des diverses obstructions nasales, quelle qu'en soit la cause.

Nous insistons d'autant plus sur la faillibilité du facies adénoïdien qu'il nous est arrivé de recevoir des enfants que des médecins, à l'aspect seul de leur figure, nous adressaient pour opérer d'adénoïdes, et nous n'en trouvions pas.

(1) DAVID, *Congrès de Rouen pour l'avancement des sciences*, 1883

Inversement, nous avons vu des sujets chez lesquels rien dans l'aspect de la face n'indiquait des tumeurs adénoïdes, et cependant l'index, en pratiquant le toucher pharyngien, pénétrait dans une masse molle et volumineuse, qui ne laissait aucun doute au diagnostic. C'étaient pour la plupart des adolescents chez lesquels le développement avait amené un agrandissement du naso-pharynx, bien qu'il fût encore encombré d'adénoïdes, devenues moins gênantes toutefois, du fait de cette ampliation.

La voix des adénoïdiens est caractéristique. C'est une voix « qui a perdu son métal », dit Michel (de Cologne); nous dirions volontiers une voix *détimbrée*, car elle ne se timbre plus dans les cavités nasales et leurs annexes. Les voyelles nasales AN, EN, IN, ON, UN, perdent leur N. L'enfant dira *mama* au lieu de *maman*, *afa* pour *enfant*, etc.

Quelques jeunes filles, portant des adénoïdes peu développées, atteignent l'âge de dix-sept ou dix-huit ans sans en ressentir aucun inconvénient. Si elles commencent alors l'étude du chant, elles rencontrent des difficultés inattendues. Leur voix est sourde, ne peut aisément monter à l'aigu et se fatigue promptement. Les sons se voilent, et l'élève, obligée de forcer, ressent au pharynx cette gêne particulière décrite sous le nom de « crampe des chanteurs ». Sur une de nos opérées, n'ayant rien vu au pharynx, ni au larynx, qui pût expliquer les troubles vocaux dont elle se plaignait, nous avons eu l'idée de chercher dans le naso-pharynx. Une masse d'adénoïdes s'y cachait. Leur ablation fut, à court délai, suivie du résultat espéré.

Les adénoïdes gênent l'émission des notes élevées parce que le voile du palais trouve un obstacle pour se soulever comme il faudrait. Meyer (de Copenhague) a observé un cas où, après l'ablation de ces tumeurs, la voix chantée put monter d'un ton et demi. Il fit même la contre-épreuve de cette observation. Chez un ténor, il oblitéra artificiellement les arrières-fosses nasales au moyen d'un tampon de charpie, et il put constater que le chanteur perdait quelques-unes de ses notes les plus élevées.

Ajoutons, enfin, que les enfants porteurs d'adénoïdes ont l'air hébété, mais que leur intelligence n'est souvent qu'engourdie. Après l'opération elle s'éveille, et les parents constatent des progrès sensibles, pour le travail intellectuel.

Le nouveau-né porteur d'adénoïdes manque d'étouffer quand il prend le sein; il ronfle bruyamment, et, pour savoir s'il ne s'agirait pas de cornage trachéal, il n'y a qu'à lui pincer le nez, seul alors le ronflement nasal cesse. (Empis.)

Signes physiques. — Le diagnostic s'affirme encore par l'examen de la bouche et de l'arrière-bouche. Dès qu'on demande à l'enfant d'ouvrir largement la bouche en renversant la tête en arrière, on est frappé de l'ogive surélevée que dessine la voûte palatine; un creux profond se montre derrière les incisives supérieures. Mais ce signe

n'annonce pas nécessairement les adénoïdes. Le voile du palais est refoulé en avant, ce qui facilite chez l'adolescent et l'adulte le placement du miroir pour la rhinoscopie postérieure. Les deux amygdales et l'amygdale linguale (quatrième amygdale), qui est située en arrière du V lingual, sont assez généralement hypertrophiées. Détail important, on aperçoit quelquefois sur la face postérieure du pharynx des granulations épaisses, d'un rose grisâtre. Ce sont des agglomérations de tissu adénoïde, isolées de la masse principale qui est au cavum.

Le mode d'investigation le plus sûr consiste dans le toucher pharyngien. Il est pour ainsi dire sans appel. Voici comment, à notre avis, il convient de le pratiquer :

On doit prévenir le petit malade, auquel jusqu'alors on n'a pas eu de mal à faire, que pour terminer l'examen il reste une manœuvre un peu désagréable qui consiste à lui mettre un doigt dans la bouche. Il va sans dire que le toucher pharyngien doit être pratiqué en dernier, car après cette manœuvre l'enfant se refuse à toute autre investigation. Que s'il était trop indocile on renoncerait d'emblée à tout raisonnement pour lui faire ouvrir la bouche, bon gré, mal gré.

Le malade reste debout, s'il est petit; sinon, mieux est de le faire asseoir. Dans les deux cas, un aide, qui peut être le père ou la mère, maintient ses deux mains derrière le dos, car si le sujet gardait ses mains libres, instinctivement il saisirait la main du chirurgien au moment où l'index explorateur franchit l'isthme du gosier, risquant ainsi de lui faire mal — ou de se faire faire mal — tout en rendant nécessaire un nouveau toucher. En raisonnant l'enfant, on obtient encore assez sûrement sa soumission à l'examen, si surtout on lui fait entendre que de sa docilité dépend la brièveté et la légèreté du toucher. A ce moment, le chirurgien replie son bras gauche autour du cou de l'enfant pour maintenir fixement la tête contre sa poitrine. Quelques enfants, en effet, pourraient faire manquer le toucher en s'affaissant brusquement pour échapper à l'index explorateur, qui, dans ce cas, même ayant pénétré, ne prend pas de sensations nettes. Que la tête reste donc, pour ainsi dire, suspendue au tronc du chirurgien. Celui-ci demande alors à l'enfant d'ouvrir largement la bouche, et tout aussitôt il refoule avec son index gauche la joue gauche de l'enfant, en dedans et en arrière, dans l'écartement des deux arcades dentaires. Ce refoulement a pour effet d'assurer l'écartement fixe des mâchoires, car d'abord il forme tampon autour de l'index gauche du chirurgien, puis l'enfant, sentant bien qu'il mordrait sa propre joue, consent à laisser entr'ouverte sa bouche. Ce moyen nous semble plus simple et plus commode que les divers protecteurs en métal ou en caoutchouc dont le chirurgien peut envelopper son doigt explorateur, non sans gêner l'agilité et la souplesse nécessaire à son index.

Pour peu que l'enfant soit grand et qu'il se soit montré décidé à ne pas ouvrir la bouche, le chirurgien fera bien d'insinuer deux doigts

de sa main gauche (index et médius) entre les arcades dentaires en refoulant la joue, afin d'assurer un écartement plus grand et plus certain des deux mâchoires. Sans ce surcroît de précaution, il pourrait bien être mordu jusqu'au sang au moment où son doigt forcerait l'arrière-bouche. Cette prise de position doit cependant être réalisée sans brutalité, ou l'on court le risque de faire sauter, sur la partie gauche des deux mâchoires, quelques dents de lait déjà branlantes. L'accident, quoique sans gravité, laisse, on le comprend, une fâcheuse impression.

La tête de l'enfant étant bien immobilisée et ses mâchoires écartées, on incline son front en avant pour que, dans cette attitude penchée, le voile du palais tombe également en avant en s'éloignant de la paroi postérieure du pharynx et que, de la sorte, l'index explorateur ait plus de place pour entrer dans le *cavum* ou naso-pharynx. Parfois le passage est fermé, le bord postérieur du voile restant appliqué à la paroi postérieure du pharynx. On est bien obligé en ce cas de forcer le passage. Pour y parvenir sans violence, le mieux est d'appliquer la pulpe de son index contre le pharynx et de remonter ainsi jusqu'au bord libre du voile, mais en l'abordant par une des parties latérales, droite ou gauche, en deçà ou au delà de la luette. Sur ses côtés, en effet, le bord du voile est plus mince, c'est-à-dire plus mobilisable.

Entré dans le naso-pharynx, l'index doit en reconnaître l'état vivement, car la position n'est pas longtemps tenable pour le petit patient. Existe-t-il des adénoïdes? Sont-elles à la voûte ou sur la paroi postérieure du *cavum*? Sont-elles molles ou dures? médianes ou latérales? Et, s'il n'en existe pas, les cornets inférieurs ne sont-ils pas gros à leur extrémité postérieure (queues de cornets), ce qui, à défaut, d'adénoïdes, expliquerait les troubles fonctionnels? Quand le *cavum* est sans adénoïdes, l'index apprécie très facilement les divers détails de sa cavité.

Ces notions principales obtenues, l'index bat prestement en retraite. Il revient quelquefois chargé d'un peu de sang; ce n'est pas un signe péremptoire de l'existence d'adénoïdes. Bien plus rarement il ramène sous son ongle une masse de la tumeur. Fréquemment, au contraire, on trouve sous l'ongle une petite quantité d'une masse glaireuse caractéristique. C'est du mucus concret qui se trouvait retenu entre les lobules de la masse adénoïdienne.

Pendant que dure le toucher, le chirurgien mettra ses jambes en garde contre celles de l'enfant qui, n'ayant que ces deux membres libres pour se défendre, trépigne et lance des coups de pied. Beaucoup de petits malades, d'ailleurs, se laissent faire avec docilité. Nous les prévenons que la manœuvre sera désagréable, mais non douloureuse. Nous évitons ainsi toute surprise et les réactions qu'elle provoquerait. Le doigt retiré, il faut avertir les parents que leur enfant va « peut-être un peu saigner du nez ».

Nous répétons, après avoir exposé ces détails techniques du toucher pharyngien, qu'il est le procédé le plus certain de diagnostic. Néanmoins la *rhinoscopie postérieure* peut, dans quelques rares cas, montrer de visu la masse adénoïde. Chez les tout jeunes enfants il n'y faut pas songer. Leur docilité est insuffisante et leur pharynx trop peu développé pour qu'on puisse placer le miroir rhinoscopique. Après l'âge de douze ans environ, on peut l'utiliser, si surtout le voile est refoulé en avant par les tumeurs. On prend alors une connaissance assez exacte du néoplasme sans imposer au malade le désagrément du toucher pharyngien. On voit les mucosités abondantes qui recouvrent les adénoïdes ou qui s'étendent sous forme de tractus d'un point à l'autre du *cavum*. On voit encore, par la coloration, s'il y a poussée d'adénoïdite, si les masses descendent plus ou moins sur le bord postérieur de la cloison. La portion restée visible indique la saillie de la tumeur (M. Schmidt). On doit cependant remarquer, avec Zarniko et Lermoyez, que la position forcément oblique du petit miroir nous montre, non la projection verticale, réelle, de la tumeur, mais sa saillie oblique en bas et en avant. Le toucher rectifie cette donnée. La rhinoscopie postérieure a cet autre avantage de montrer les queues de cornet dont l'ablation peut être aussi nécessaire que celle des tumeurs adénoïdes.

Il est plus difficile d'apercevoir les végétations du fond des fosses nasales par la *rhinoscopie antérieure*. Soit que l'éclairage se fasse mal dans cet arrière-fond, soit que les végétations se cachent à la voûte du *cavum*, on voit parfois des saillies rougeâtres éclairées de points lumineux. La rhinoscopie antérieure montre presque toujours une hypertrophie des cornets inférieurs coïncidant avec les adénoïdes.

En tenant compte de ces différents signes, on pourrait diviser, au point de vue clinique, les tumeurs adénoïdes en deux grandes classes : 1° celles qui évoluent en présentant surtout des troubles mécaniques (respiration, phonation et prononciation); ces tumeurs sont, en général, circonscrites, médianes; elles présentent aussi des troubles nerveux : laryngite striduleuse, spasmes glottiques, surtout quand elles subissent une poussée d'adénoïdites; 2° celles qui sont la cause des troubles sensoriels dès le début et qui intéressent au premier chef le sens de l'audition; ces tumeurs, généralement diffuses, sont autant latérales que médianes et se révèlent de très bonne heure par un écoulement d'oreille ou par des troubles sensoriels du goût et de l'odorat.

Diagnostic. — On le voit, le diagnostic est généralement facile à établir par une exploration méthodique. Nous ne relevons, dans nos observations, que de rares hésitations causées quelquefois par des hypertrophies de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs (queues de cornets) qui obstruent les fosses nasales et le *cavum* un peu à la manière des adénoïdes. La rhinoscopie antérieure et surtout le toucher