

pharyngien suffisent à faire cesser le doute. Dans un cas, un polype fibro-muqueux, analogue à ceux qu'ont signalé Legouest, Trélat et le professeur Panas, implanté sur l'extrémité postérieure d'un cornet moyen, pouvait faire croire à une tumeur adénoïde par l'ensemble de ses symptômes, mais le toucher révélait une masse plus sphéroïdale, dure et d'une mobilité plus marquée.

Sur un garçon de seize ans, nous avons trouvé une masse d'adénoïdes tellement volumineuse et dure, qu'on aurait pu croire, sans l'absence des autres symptômes, à un fibrome naso-pharyngien.

Nous signalerons une cause d'erreur possible pour ceux qui ne sont pas encore très familiarisés avec le toucher pharyngien. L'index, en contourant le bord postérieur du voile, peut refouler la luette devant lui sans en avoir la sensation, et lorsque, arrivé dans le cavum, il en examine les diverses parois, il sent sous sa pulpe une petite masse cylindroïde, qui n'est autre que la luette relevée, mais dont l'interprétation peut faire hésiter un instant. Nous avons été deux fois témoin du fait. On évite cet inconvénient en faisant bien pencher en avant la tête du sujet et en pressant vigoureusement sur l'un ou l'autre des côtés du bord libre du voile. On n'a pas toujours une impression juste de la quantité d'adénoïdes qui encombrant un naso-pharynx. On peut en sentir beaucoup là où il n'en existe que peu. Voici comment nous nous l'expliquons : les parois mobiles du cavum, provoquées par l'index explorateur, se contractent sur lui, l'enserrant de leur muqueuse seulement tomentueuse. Le doigt croit à tort s'être enfoncé dans une masse de tumeurs qu'on ne trouve pas à l'opération.

Il faut enfin signaler un point intéressant : c'est le volume variable des adénoïdes.

Nous entendons par là que, dans plusieurs examens, il nous est arrivé d'avoir la sensation très nette de tumeurs volumineuses; on préparait alors l'enfant à l'opération en lui faisant faire pendant huit jours des douches de Weber; au bout de ce temps, immédiatement avant d'opérer, on pratiquait de nouveau le toucher pharyngien, et l'on était surpris de constater combien ces tumeurs adénoïdes avaient diminué de volume.

Il nous semble que, dans ces cas, on ne peut guère expliquer ces variations notables de volume qu'en admettant, lors du premier examen, l'existence d'une poussée inflammatoire ayant disparu au moment du deuxième examen.

L'index qui explore le cavum doit apprécier aussi le volume de l'extrémité postérieure des cornets inférieurs et celui des pavillons tubaires. Le diagnostic n'est complet que lorsqu'on a cherché dans le nez et l'arrière-nez les lésions qui pourraient laisser persister l'obstruction nasale après l'ablation des adénoïdes.

Pronostic — Le pronostic des tumeurs adénoïdes est sérieux,

surtout par les complications. Les unes se montrent dans le voisinage, les autres à distance.

Parmi les premières, nous avons relevé, sur nos observations, cinq cas d'otites moyennes suppurées unilatérales et douze de ces mêmes otites bilatérales, le plus souvent à répétition, guérissant pendant quelques mois pour réapparaître plus tard. Quelques-unes de ces otorrhées coïncidaient même avec des adénoïdes très peu développées. Il nous paraît donc qu'un des arguments principaux pour opérer un adénoïdien est dans la préservation des oreilles.

Nous avons vu des parents hésitants accepter enfin l'opération parce qu'une otite suppurée était venue s'ajouter aux divers troubles éprouvés par leur enfant. Elle est d'ailleurs d'autant plus indiquée que des dysécécées temporaires, des bourdonnements ou des douleurs d'oreilles indiquent que l'infection est à l'entrée des trompes d'Eustache. Ces suppurations de la caisse et la perforation du tympan qui en résulte ne sont pas seulement nuisibles au moment de leur apparition, mais encore et peut-être davantage dans la suite. Elles sont l'origine de fausses membranes et d'adhérences qui conduisent lentement plus tard à l'ankylose des osselets et à la surdité. Cette considération doit être exposée aux intéressés. Elle les décide généralement à une intervention chirurgicale qu'ils ne jugeaient pas d'abord indispensable. Dans quelques rares circonstances on a constaté l'infection tuberculeuse secondaire de ces fongosités. (Lermoyez.)

Les déformations du massif facial ont déjà leur gravité, mais elle est moindre à coup sûr que dans les déformations du thorax ou celles de la colonne vertébrale. Trois fois nous avons vu cette poitrine en carène, aplatie sur ses côtés, qu'on connaissait déjà dans les hypertrophies amygdaliennes (Lambron, Robert) et qui est un des éléments de ces pseudo-asthmes quelquefois signalés chez les adénoïdiens. Le professeur Grancher a signalé la faiblesse du murmure respiratoire. Deux fois nous avons constaté une légère scoliose, complication indiquée par Redard. Par contraste, le ventre paraît très gonflé chez ces enfants. Toutes les déviations du type normal se sont notablement réduites après l'opération.

Enfin, nous croyons devoir appeler l'attention sur l'état d'amaigrissement auquel étaient réduits quelques-uns de nos petits malades, bien que leur alimentation fût suffisante. La tête paraît souvent forte, ce qui tient peut-être à cet état même d'amaigrissement. La déglutition des sécrétions altérées qui descendent de leur naso-pharynx entrave-t-elle le bon fonctionnement de l'estomac et des intestins? C'est très probable, car souvent l'appétit a disparu. En tout cas, les adénoïdes enlevées et le cavum curetté, cet amaigrissement disparaît dans un délai relativement court. Une de nos malades, médiocrement nerveuse, avait des crises hystéroides qui ont cessé une fois les adénoïdes enlevées.

Il nous paraît, en somme, que les adénoïdes nuisent non seulement comme obstacle mécanique arrêtant l'entrée de l'air atmosphérique, mais aussi comme une masse dans les lobes de laquelle les mucosités nasales, déjà chargées de microbes, se putréfient pour se déverser ensuite dans le tube digestif. Elles nuisent alors par les infections variées dont elles sont la source, surtout dans les oreilles. L'effet peut survivre à la cause s'il y a eu notamment tympanite suppurée.

Traitement. — Les moyens de traitement qui s'adressent aux végétations adénoïdes peuvent être distingués en *médicaux* et *chirurgicaux*. Je serai bref sur les premiers, non seulement à cause du genre de ce *Traité*, mais surtout parce qu'ils ne rendent que de très faibles services dans le traitement de cette affection.

TRAITEMENT MÉDICAL. — Localement, il peut agir sur la complication adénoïdite au moyen des irrigations nasales antiseptiques chaudes qui désinfectent et décongestionnent. Ces irrigations, pratiquées habituellement à l'aide du siphon de Weber, ont leurs détracteurs. Bien que les employant moi-même, je dois reconnaître que, dans quelques circonstances rares, je les ai vu provoquer des tympanites aiguës par le refoulement dans les trompes des sécrétions infectieuses du cavum. Ainsi, quand je prévois que du fait de la disposition congénitale des fosses nasales du sujet, l'irrigation aura de la difficulté à passer d'un côté à l'autre, sans entrer dans les trompes, j'y renonce et me contente de simples injections avec une poire, lancées d'avant en arrière et déterminant moins de pression dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Quelques spécialistes font la désinfection sèche, en lançant dans le cavum par les narines ou par la bouche des poudres d'aristol ou d'iodol. C'est ainsi qu'agissent les attouchements à la résorcine (résorcine, 10 grammes; eau distillée, 10 grammes), préconisés par Marage. Sous leur action, les adénoïdites se dissipent, mais je n'ai jamais obtenu par ce moyen la rétrocession complète de la tumeur. La plupart des malades auxquels je l'ai appliqué ont même dû subir ensuite le curetage.

Le traitement médical comprend encore des moyens généraux qui sont surtout utiles pour parfaire le rétablissement complet de l'enfant après qu'il a subi l'ablation chirurgicale de ses végétations. Je mentionnerai surtout l'huile de foie de morue et le sirop d'iode de fer, puisque les adénoïdiens sont bien souvent des scrofuleux. Les eaux du Mont-Dore, de Cauterets, de Salies-de-Béarn rendent service en l'espèce, moins cependant qu'une saison au bord de la mer (Ladreit de Lacharrière et Castex) (1).

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Dans la grande majorité des cas, les adénoïdiens doivent le subir. C'est à l'opération qu'aboutissent presque fatalement les malades pour lesquels on a essayé de la tempori-

(1) LADREIT DE LACHARRIÈRE et CASTEX, Traitement marin dans les affections du larynx, du nez et des oreilles (*Congrès de Boulogne-sur-Mer*, 1895).

sation. Comme il s'agit en définitive d'une intervention simple, fort peu dangereuse et très efficace en général, on est autorisé à la recommander vivement.

Indications. — Il est quelques cas où l'indication est difficile à préciser et nous comprenons très bien les divergences que l'on voit se produire entre confrères. Le volume même des adénoïdes peut prêter à discussion; tous les index qui pratiquent le toucher nasopharyngien d'un adénoïdien n'en rapportent pas une identité impression. Soit-même on peut trouver les végétations plus saillantes une fois que l'autre. Mais la saillie de la tumeur n'est pas la considération majeure d'après laquelle on doit se décider.

L'opération peut être *nécessaire, utile*: 1° dans les cas d'otorrhées rebelles qui menacent de plus graves complications; 2° lorsque l'enfant subit un arrêt de développement (déformations du massif facial, de la colonne vertébrale, du thorax); 3° si des réflexes se montrent (céphalalgie, stridulisme laryngien, enurésie nocturne, etc.); 4° quand le travail cérébral est difficile à l'enfant et quand il a de la peine à suivre ses camarades de classe (aproxie); 5° enfin quand tous les autres moyens appliqués avec persévérance, n'auront pas assuré de résultat. L'opération est simplement *utile* et discutable alors, si: 1° des végétations, même peu développées, entretiennent dans le naso-pharynx une infection menaçant les trompes et les voies digestives; 2° si elles coexistent avec de grosses amygdales qu'il faut enlever; autant alors, si on anesthésie l'enfant curetter le naso-pharynx; 3° la persistance de tumeurs adénoïdes, volumineuses, passé l'âge de vingt ans, doit faire craindre leur transformation maligne à un âge plus avancé. [Corradi a signalé cette complication possible et j'ai vu moi-même mourir d'un épithélioma du naso-pharynx, une femme d'une cinquantaine d'années, dont la tumeur avait pris manifestement naissance sur des adénoïdes restées très visibles. Son observation est consignée dans la thèse de Monbouyran (1)]; 4° l'ablation de ces tumeurs est utile aussi chez les chanteurs dont elles gênent notablement le travail vocal. On peut la leur recommander, tant les risques à courir sont faibles.

CONTRE-INDICATIONS. — Il en est de définitives et de provisoires qui commandent seulement de surseoir à l'opération. Dans les premières se rangent: 1° l'hémophilie bien avérée du sujet; 2° la constatation d'une affection cardiaque. Encore faut-il qu'elle soit grave. Il m'est arrivé dernièrement d'opérer, sous bromure d'éthyle, un jeune garçon de dix ans, atteint d'insuffisance mitrale très nette; l'opération a été des plus simples pendant et après. 3° Les anomalies artérielles signalées par Moure ne constituent pas une contre-indication formelle. Comme contre-indications provisoires, je signalerai: la

(1) MONBOUYRAN, Les tumeurs malignes du naso-pharynx. Paris, 1895.

coexistence d'une épidémie (rougeole, diphtérie), d'une adénoïdite, d'un catarrhe bronchique. On sursoira à l'opération si la femme était à la veille ou au moment de ses règles. Sans cette prudence, on risquerait des hémorragies opératoires.

TRAITEMENT PRÉOPÉRATOIRE. — Il consiste dans les divers moyens de désinfection que nous avons signalés déjà en parlant du traitement médical. Les uns préfèrent utiliser les attouchements à la vaseline iodoformée, d'autres les applications de résorcine. Pour ma part, je fais pratiquer matin et soir, pendant les huit jours précédents, une irrigation nasale chaude peu prolongée, soit à l'eau boricuée (30 p. 1000), soit à l'eau naphtholée (0^{sr},50 p. 1000). Je n'ai pas eu jusqu'à présent d'hémorragie post-opératoire et je crois pouvoir l'attribuer à la décongestion que les irrigations *chaudes* assurent dans la masse des adénoïdes.

INSENSIBILISATION. — Il n'est pas impossible d'opérer sans insensibilisation, surtout si on enlève la tumeur avec la pince coupante, moins douloureuse que la curette. La cocaïnisation atténuée en partie les douleurs de l'intervention, mais le moyen de choix me paraît être, comme à beaucoup de rhinologistes, l'emploi du bromure d'éthyle, que Schmidt (de Francfort) a spécialement recommandé pour cette opération et que Calmettes a beaucoup contribué à vulgariser dans notre spécialité. En l'espèce, le chloroforme qui est inférieur, bien qu'immobilisant mieux le malade, parce que la narcose se produit plus lentement et le réveil de même, parce que la journée qui suit est plus pénible pour l'opéré (vomissements, etc.), parce qu'enfin l'adénoïdien doit être opéré la tête dressée, attitude qui n'est pas sans risques de syncope avec la chloroformisation. Le bromure d'éthyle agit moins profondément sur l'organisme, son effet est plus fugace, il ne menace pas le cœur comme on le verra d'après les expériences personnelles que je relate plus loin. Tels sont les motifs de la préférence que la plupart des rhinologues lui accordent aujourd'hui.

L'insensibilisation assurée, on peut opérer avec divers instruments. Les plus connus sont :

1° La *pince coupante* de Lœwenberg (fig. 113), que l'on introduit derrière le voile du palais pour prendre les végétations. Elle a l'inconvénient de mordre parfois trop profondément, surtout si la voûte du cavum présente une saillie antéro-postérieure, ce qui n'est point rare. L'opération se fait moins radicalement qu'après la curette qui peut aller visiter les coins et recoins du cavum sans entrer dans la muqueuse saine.

2° Les *ongles métalliques* que je mentionne pour mémoire, dont quelques spécialistes recommandent encore l'emploi. On a été jusqu'à opérer avec l'ongle de l'index laissé d'une certaine longueur.

3° La *curette électrique* que Chatellier a proposée en vue de

prévenir les hémorragies consécutives. Rousseau et Cheval l'emploient, mais son usage ne s'est guère vulgarisé.

4° Chiari et Zaufal, en Allemagne, ont recours à la voie nasale. Chiari opère avec un *serre-nœud* introduit à travers les narines.

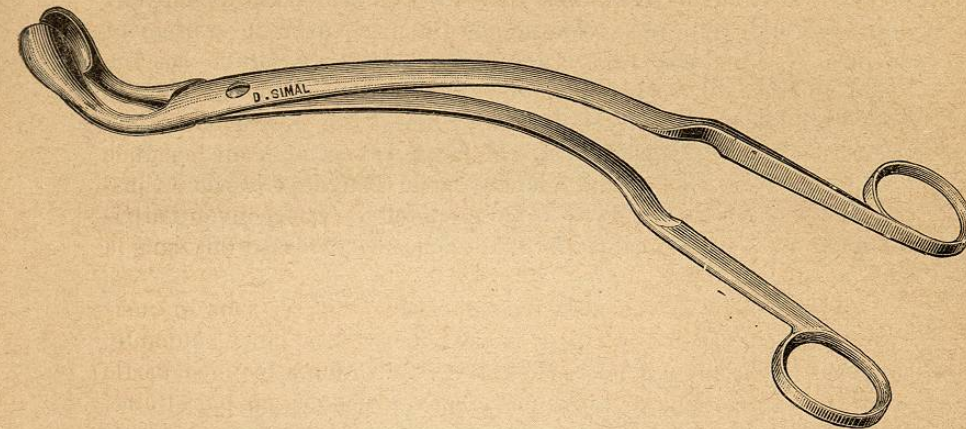


Fig. 113. — Pince de Lowenberg, pour végétations adénoïdes.

5° Le *couteau annulaire* de Schmidt, qui est le plus généralement adopté.

Nous pratiquons, avant l'opération, une douche nasale prolongée avec l'eau phéniquée à 1 p. 100.

Il est prudent, avant d'opérer, de prévenir l'entourage qu'on ne lui montrera peut-être pas les tumeurs adénoïdes dont on lui a parlé,

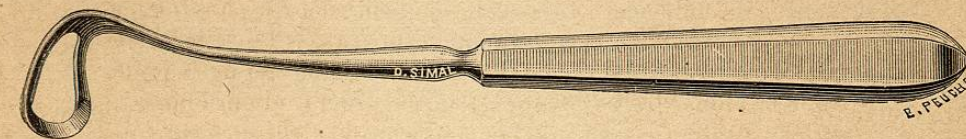


Fig. 114. — Couteau de Moritz Schmidt.

soit parce que l'enfant les avalera, soit parce qu'elles viendront en raclures menues mélangées au sang. Assez souvent, en effet, elles sont comme broyées. On ne les voit pas, mais le résultat opératoire n'en est pas moins sensible.

Nous employons habituellement le couteau annulaire de Schmidt (de Francfort) (fig. 114), que nous avons toujours trouvé très approprié pour curetter complètement un naso-pharynx. Si les végétations sont plus particulièrement implantées à la voûte, nous pratiquons un curettage transversal au moyen du couteau de Hartmann (fig. 115), qui tranche de droite à gauche et *vice versa*.

Nous abandonnons le modèle de couteaux de Schmidt, à anneau

large, parce qu'il est plus difficile de les manœuvrer dans le nasopharynx et parce qu'ils suivent moins exactement les diverses courbures de cette cavité. On doit être bien éclairé quand on fait franchir l'isthme du gosier par l'anneau tranchant, car du premier placement de l'instrument résulte la réussite ou la non-réussite de l'opération. Si donc, pour une circonstance ou une autre, le jour était insuffisant, il faudrait mettre une bonne lumière près du malade et l'opérer, réflecteur au front.

On peut placer l'enfant dans deux attitudes, soit debout entre les jambes d'un aide qui croise les pieds devant les jambes du malade, tient ses petites mains réunies dans sa main gauche et dispose son avant-bras droit autour du front de l'enfant, de sorte que celui-ci est bien immobilisé. Malgré l'anesthésie, cette attitude est accep-

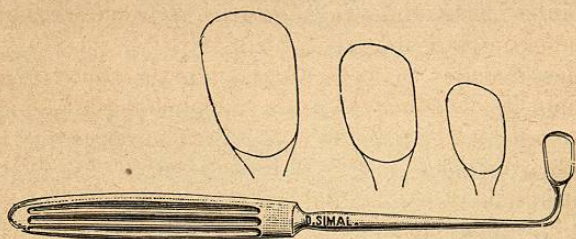


Fig. 115. — Curette de Hartmann.

table parce que le bromure d'éthyle semble sans action marquée sur le cœur ; on le verra sur les graphiques que nous plaçons aux pages 622 et 623.

Cependant il n'est pas toujours commode de placer ainsi le malade entre les jambes d'un assistant, lorsque, par exemple, il s'agit d'un adulte. Aussi, malgré quelques inconvénients d'un autre genre, nous choisissons plus volontiers la position couchée. Il faut alors un plus grand nombre d'aides pour tenir le malade, mais on est du moins mieux prémuni contre un accident possible de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, quand on juge cette anesthésie nécessaire.

Le bromure d'éthyle, qui doit être incolore et droit d'odeur, a le grand avantage d'endormir très promptement le malade et de le laisser se réveiller de même. Avec 12 ou 15 grammes environ, on assure l'insensibilisation. Voici comment nous administrons le bromure d'éthyle :

On a soin d'enduire de vaseline le nez, la bouche, le menton du malade, de façon à le préserver des brûlures possibles qui résulteraient du contact de la compresse, surtout s'il y a agitation.

Sur une compresse pliée en quatre épaisseurs, on verse d'abord une petite quantité de bromure recouvrant une surface égale à

celle d'une pièce de deux francs, et l'on applique cette compresse sur le nez et la bouche du malade en l'invitant à faire des inspirations profondes.

Cette pratique a l'avantage d'habituer un peu à l'odeur de l'anesthésique et d'empêcher la suffocation ; après huit à dix secondes on verse largement sur toute la compresse, en passant la main gauche dessous, de 8 à 12 grammes de bromure et l'on applique alors celle-ci en cornet, en mettant la main droite dessus, de façon à empêcher le plus possible l'évaporation. Le petit masque de flanelle est aussi très bon pour administrer le bromure d'éthyle. Au bout de trente secondes en moyenne, et sans qu'il soit nécessaire de recourir à une nouvelle quantité de liquide, on sent avec la main qui maintient la compresse une évaporation froide en même temps qu'on entend le malade ronfler. Si l'on soulève alors un des bras du malade, on voit qu'il retombe inerte, dans la résolution musculaire. On enlève la compresse et on peut opérer.

Quelques malades ne présentent aucune agitation ; d'autres, et c'est la majorité, se débattent assez violemment quand on applique la compresse pour la deuxième fois, ce qui rend nécessaire la présence de deux ou trois aides.

La contracture semble débiter par les masséters, et elle est plus ou moins marquée, mais elle ne tarde pas à disparaître dans toute la partie supérieure du corps et résiste, au contraire, plus longtemps dans les membres pelviens.

Quand la contracture des masséters a cessé, on insinue en hâte l'abaisse-langue de Trousseau ou celui plus étroit de Fraenkel, et dès qu'il arrive sur la base de la langue, le réflexe nauséux complètement éteint oblige l'enfant à ouvrir largement le fond de la bouche. On en profite pour faire franchir au couteau de Schmidt l'isthme du gosier. On endort le malade couché, mais on ne l'opère pas dans cette attitude où l'on verrait mal. Dès que l'anesthésie est assurée, l'assistant principal prend entre ses deux mains la tête de l'enfant, la redresse et la présente à l'opérateur sous le meilleur éclairage possible. Celui-ci, maintenant la bouche ouverte avec l'excellent abaisse-langue de Trousseau qu'il tient de la main gauche, ou avec celui de Fraenkel qui tient moins de place, insinue l'anneau tranchant de Schmidt derrière le voile du palais. Puis il abaisse le plus possible sa main droite afin d'aller trancher les adénoïdes qui pourraient être placées à la partie la plus antérieure de la voûte pharyngienne, près du bord postérieur du vomer. A quatre ou cinq reprises sa main s'abaisse et se relève pour que le tranchant de l'instrument, se déplaçant chaque fois, suive les diverses parties de la surface naso-pharyngienne, à droite, à gauche, au milieu, en haut, en arrière. Le couteau de Schmidt et ses similaires ne coupent que ce qui dépasse la surface naturelle du pharynx ; nous en avons

eu la preuve sur un de nos opérés qui avait aussi de petites masses adénoïdes sur la paroi postérieure visible du pharynx; le couteau les avait tranchées, mais avait respecté la muqueuse environnante. S'il est utile, le chirurgien prend, pour terminer l'opération, un couteau d'Hartmann à tranchant transversal, qui lui permet de curetter exactement toute la voûte du pharynx par des mouvements de droite à gauche. L'effort déployé par le chirurgien doit être assez grand pour que l'anneau tranchant atteigne exactement l'implantation des adénoïdes. L'assistant qui tient la tête sent l'ébranlement spécial qui se transmet, de la curette à ses mains, à travers les parois crâniennes. A mesure que le chirurgien abrase les végétations, il voit ces petites masses tomber dans le pharynx. Quelques-unes entrent dans l'œsophage où elles sont dégluties, d'autres vont dans les fosses nasales pour être ensuite expulsées d'arrière en avant, quand l'enfant peut se moucher ou quand on refait la douche de Weber après l'opération. Quelques-unes cependant sortent par la bouche, plus ou moins cachées dans le sang qui s'écoule.

Dès que le curettage commence, il doit être vivement mené et durer une quinzaine de secondes, tout au plus. Un ruisseau de sang sort des deux narines; on dirait de l'ouverture de quelque grosse veine, mais cet écoulement s'arrête aussitôt et, pour notre part, nous n'avons jamais eu à prendre des mesures particulières contre une hémorragie. L'accident est possible cependant si l'enfant est hémophilique, s'il a été opéré dans une période où ses tumeurs étaient à l'état d'anédoïdites, si le curettage, mollement fait, n'a pas été jusqu'à l'implantation des tumeurs et s'il a seulement tranché les végétations adénoïdiennes dans la partie moyenne de leur longueur. Une douche nasale boriquée, très chaude, nous paraît indiquée contre cet accident.

On est quelquefois bien gêné lorsque l'enfant se réveille et referme sa bouche, car l'instrument tranchant serré par les dents ne peut manœuvrer. Quand on le retire, il faut éviter que la langue ou la luvette viennent s'insinuer dans sa fenêtre tranchante. Cet accident nous est survenu deux fois. Il n'en est heureusement résulté qu'une blessure insignifiante.

L'anesthésie du bromure d'éthyle dure au moins une ou deux minutes. Il nous est arrivé de revenir par deux ou trois fois sur un curettage qui nous semblait insuffisant et le malade ne sentait pas plus à la troisième fois qu'à la première.

Quand le curettage est terminé, les aides doivent redoubler d'attention pour maintenir solidement le petit opéré, car c'est le moment où, moins sidéré par l'anesthésique, il se débat quelquefois violemment. On peut dire de cette opération, comme de la trachéotomie, qu'elle est éclaboussante.

Dès que l'opéré revient à lui, ce qui a lieu en quinze ou vingt

secondes, il faut procéder à de nouvelles injections nasales avec la solution phéniquée à 1 p. 100. Ce titre est suffisant, car l'opéré est exposé à avaler quelque peu de l'injection. Mais tout d'abord on le fait se moucher fortement pour désencombrer ses fosses nasales du mélange de caillots et de fragments adénoïdiens qui s'y sont arrêtés. L'injection passe alors aisément d'un côté à l'autre. Puis on couche à nouveau l'opéré, laissant à sa portée une serviette dans laquelle il puisse cracher ou se moucher.

Il n'a rien senti pendant l'opération, mais si après on le questionne sur ses sensations, il répondra tantôt qu'il n'éprouve rien de particulier, tantôt qu'il ressent une douleur cuisante dans l'arrière-nez, une chaleur dans les oreilles. Puis une envie de dormir l'envahit qu'il faut respecter, et qui le tient sommeillant pendant une heure ou deux.

Les complications opératoires que nous avons observées sont les suivantes :

1° Chez une fillette de neuf ans, une excitation cérébrale qui s'est prolongée pendant une huitaine environ. Elle n'y présentait pas de dispositions. Nous avons cru devoir incriminer le bromure, moins épuré sans doute.

2° M. Guyot, médecin de l'hôpital Beaujon, nous a dit avoir observé au contraire un cas de collapsus général post-opératoire qui s'est également prolongé pendant une huitaine.

3° Immédiatement après l'opération, nous avons presque toujours noté des sueurs profuses, principalement sur la figure.

4° Quelques opérés exhalent, dans les quarante-huit heures qui suivent, une haleine écœurante, alliée, due à l'élimination du bromure d'éthyle.

5° Si les douches nasales ne sont pas faites scrupuleusement, le thermomètre peut indiquer une augmentation de la température. Nous avons vu une petite fille arriver jusqu'à 39°,2. En ce cas, le chirurgien doit se charger lui-même des injections, malgré les rébellions de l'enfant. Il verra de la sorte la température redescendre à la normale en moins de vingt-quatre heures.

Une fois, la désinfection ayant été insuffisante, j'ai vu débiter un adéno-phlegmon cervical qui s'est terminé sans suppuration.

D'autres accidents plus graves ont été signalés : hémorragies post-opératoires qui ont pu nécessiter le tamponnement, chute des fragments d'adénoïdes dans le larynx, mastoïdites (Bacon, 1892); enfin on relève dans les auteurs huit cas de mort (Collier, Lennox-Browne, Sandfort). Les uns ont été mis au compte du bromure d'éthyle, les autres sont explicables par des convulsions. Dans un cas, où la voûte du cavum avait été défoncée, la mort survint par méningite.

Nous n'avons à enregistrer que deux récides. Nous croyons devoir attribuer cette rareté à l'emploi de la curette tranchante. Un