

**Troubles de l'état général.** — Les désordres profonds, dont nous venons de tracer le tableau symptomatique, retentissent, il est aisé de le concevoir, sur l'état général; et les adénoïdiens sont presque toujours des êtres malingres et chétifs chez qui la faiblesse intellectuelle s'ajoute à la débilité physique. L'enfant peine pour respirer, et, cependant, à chaque inspiration, il n'introduit dans les poumons qu'un volume d'air inférieur au volume normal. Aussi l'hématose se fait-elle d'une manière imparfaite; et le sang, non revivifié, ne peut plus porter aux tissus qu'une nourriture insuffisante.

La vie est atteinte dans ses sources mêmes, et l'état constant de gêne de la respiration et de la nutrition empêche le développement des forces (Robert) et entrave la croissance. A cette nutrition imparfaite des tissus se joignent d'autres causes d'affaiblissement: les sueurs profuses, qui épuisent l'enfant; l'agitation et les terreurs nocturnes qui, entravant son sommeil, l'empêchent de prendre un repos réparateur; l'impossibilité dans laquelle ses oppressions faciles le mettent de se mêler aux jeux de ses camarades et de se livrer aux exercices physiques si utiles à son âge. L'enfant est souffreteux: il présente des adénites multiples cervicales ou sous-maxillaires, manifestations de son état scrofuleux. Les rhumes qu'il ne cesse de prendre au moindre changement de température font craindre à ses parents de le laisser sortir; maintenu dans un air confiné, il s'étirole de plus en plus; et son organisme affaibli, terrain admirablement préparé pour l'éclosion d'une maladie respiratoire aiguë ou pour le développement de la tuberculose, est incapable de résister dès que la contagion vient le frapper.

**Symptômes physiques.** — Les symptômes fonctionnels forment un ensemble assez net et assez saisissant pour faire préjuger d'une façon presque certaine du diagnostic. Cependant, pour l'affirmer, il est nécessaire de recourir à l'inspection de la cavité rhino-pharyngienne. Cet examen permet d'établir les *signes physiques* de l'affection. Il doit se pratiquer par: 1° la *rhinoscopie antérieure*; 2° la *rhinoscopie postérieure*; 3° le *toucher digital*. Il est nécessaire cliniquement de suivre cet ordre; car le toucher digital, irritant la paroi pharyngienne et le voile du palais, et les rendant intolérants, ne permettrait pas l'application ultérieure du miroir.

**Rhinoscopie antérieure.** — Nous n'insisterons pas sur la rhinoscopie antérieure. Les renseignements qu'on en tire sont de peu de valeur; les irrégularités de la cloison, éperons ou déviations, l'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs, des mucosités abondantes encombrant le plus souvent le méat inférieur et empêchent le rayon visuel de pénétrer jusqu'à la paroi postérieure du pharynx.

Cependant, quand les cavités nasales sont vastes ou bien quand, par un badigeonnage préalable de solution de cocaïne (au 1/10<sup>e</sup>), on a amené la rétraction complète de la muqueuse tuméfiée et qu'on a débarrassé le méat inférieur des mucosités, il est possible parfois d'apercevoir le rhino-pharynx; on remarque alors, obstruant l'orifice postérieur des choanes, une masse plus ou moins volumineuse; la limite inférieure en est marquée par une ligne ondulée. « Au-dessus d'elle est une surface tachetée de points

lumineux irréguliers, qui traduisent l'aspect tomenteux des végétations; au-dessous se trouve un espace vide, dans lequel, pendant l'émission de la voyelle *i*, on voit se lever le dos du voile du palais; et celui-ci soulève la masse adénoïdienne si elle est grosse, mouvement qui se traduit par le changement de position des points lumineux. De sorte que, non seulement le spéculum nasal fait reconnaître la présence des végétations, mais il fait même apprécier leur volume, d'après la hauteur où se voit leur limite inférieure; cet examen est contrôlé par l'introduction du stylet nasal, qui va tout au fond reconnaître les végétations et les sent molles et mobiles. » (Lermoyez.)

Si la rhinoscopie antérieure ne nous renseigne que fort imparfaitement sur l'état du cavum pharyngé, on ne doit cependant jamais manquer de la pratiquer, au début de la recherche des symptômes physiques, pour être fixé sur les lésions possibles des cavités nasales. Les notions qu'elle donnera serviront utilement au diagnostic différentiel des causes de la sténose nasale et permettront de tirer de précieuses indications sur la nécessité ultérieure d'interventions qui devront compléter l'ablation des végétations.

**Rhinoscopie postérieure.** — En inspectant le fond de la gorge, avec le seul abaisse-langue, on ne pourra apercevoir les végétations adénoïdes que dans les cas exceptionnels où elles sont assez volumineuses pour déborder du cavum et venir en quelque sorte faire hernie dans le pharynx buccal. Ordinairement, en effet, la vue en est masquée par le voile du palais et on doit, pour s'assurer de leur présence, recourir à la rhinoscopie postérieure.

La rhinoscopie postérieure, pour la technique de laquelle nous renverrons aux traités spéciaux, fait voir et diagnostiquer d'une façon certaine l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka. Mais elle exige, outre l'habileté du médecin, de la docilité de la part du malade, et ne peut par conséquent se pratiquer, même avec beaucoup de douceur et de patience, que chez des sujets adolescents. Pour permettre l'introduction et la mise en position du miroir, on peut au préalable badigeonner assez vigoureusement le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx avec une solution forte de cocaïne (au 1/10<sup>e</sup> ou au 1/5<sup>e</sup>). La rhinoscopie postérieure sera aussi, dans certains cas facilitée par l'emploi d'un rétracteur du voile du palais (Schnitzler, White, Moritz Schmidt).

Au lieu de la muqueuse uniforme, lisse et rosée, de l'état normal, on voit une masse plus ou moins volumineuse d'un tissu épais et rougeâtre. Cette masse peut se présenter sous différents aspects; et ainsi se déterminent les formes anatomo-pathologiques de l'affection. Tantôt c'est la tonsille seule qui est hypertrophiée, *forme circonscrite*, et on voit appendue à la voûte par sa surface plane une petite tumeur hémisphérique bien délimitée.

Dans la *forme disséminée*, toute la muqueuse de la voûte et la muqueuse des parois latérales (orifice tubaire) se couvrent de petites tumeurs mamelonnées, plus ou moins volumineuses, tantôt petites et formant une sorte de semis, ou bien descendant, en forme de stalactite, obstruer l'orifice postérieur des fosses nasales. Dans ce cas, la tumeur offre bien l'aspect



de végétations agglomérées, et ainsi se justifie, quant à l'aspect clinique, la dénomination, inexacte au point de vue anatomo-pathologique, de *végétations adénoïdes*. La masse peut être assez volumineuse pour remplir complètement l'espace libre normalement du cavum pharyngé; quelquefois même, ainsi que nous l'avons déjà signalé, elle se prolonge jusqu'au-dessous du voile du palais dans la région buccale du pharynx (*forme en masse*). Quand on apprécie, dans le miroir, le volume des végétations, il ne faut pas oublier qu'elles y apparaissent en raccourci et semblent moins volumineuses qu'en réalité.

La rhinoscopie postérieure, outre le siège et le volume des végétations adénoïdes, nous donne encore un renseignement important : l'aspect et la coloration de leur surface. Des mucosités abondantes, purulentes même, les recouvrent fréquemment. Si, ces mucosités enlevées, la tumeur apparaît d'un rouge vif, sanguinolente, en état d'inflammation aiguë, c'est que l'on est en présence d'une poussée momentanée d'*adénoïdite*, pendant laquelle, il ne faut pas l'oublier, le volume de la tumeur s'augmente et les symptômes auxquels elle donne lieu habituellement s'exagèrent.

Enfin, grâce à la rhinoscopie postérieure, nous pourrions examiner l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache et l'extrémité postérieure des cornets; établir le degré de leurs lésions et juger ainsi de la nécessité et de l'importance de leur traitement consécutif au curetage du pharynx.

**Toucher digital naso-pharyngien.** — Le doigt recourbé en crochet et porté derrière le voile du palais, pénètre dans le cavum pharyngé et en explore les diverses régions. Chez les enfants en bas âge, chez les malades plus âgés, mais indociles, c'est le seul mode d'examen direct possible : il est obligatoire. Même chez ceux où la rhinoscopie postérieure a été faite, nous conseillons d'y avoir recours; car les deux méthodes se complètent; et par le toucher digital, après avoir mieux apprécié le volume des tumeurs qui encombrent le rhino-pharynx, on se rend compte de leur consistance. Tout médecin doit savoir le pratiquer. Aussi insisterons-nous sur les détails de sa technique.

Le toucher digital du rhino-pharynx exige, avant d'être fait, les mêmes précautions antiseptiques qu'il est d'habitude de prendre pour le toucher vaginal. Le tissu adénoïdien s'enflamme avec la plus grande facilité; il faut donc éviter d'y porter des germes pathogènes. Lermoyez cite le cas, observé dans son service hospitalier, où un toucher naso-pharyngien non aseptique fit éclater une mastoïdite aiguë chez un enfant de cinq ans, vierge de tout passé otitique. On aura donc soin, après s'être lavé les mains dans une solution antiseptique, de désinfecter minutieusement le doigt qui doit servir au toucher. Le savonnage à la brosse portera particulièrement sur la rainure de l'ongle, que l'on peut ensuite, pour plus de sécurité, remplir de poudre (bismuth, acide borique, iodol ou aristol); l'ongle aura été préalablement coupé aussi ras que possible, pour éviter toute déchirure des tissus avec lesquels le doigt se trouvera en contact. Nous recommandons de ne choisir, pour les soins de désinfection, que des liquides et des poudres insipides, pour éviter de ce côté tout désagrément à l'enfant.

Afin d'éviter toute morsure quand le doigt se trouvera introduit entre les arcades dentaires, on peut entourer le doigt explorateur d'un doigtier métallique ou en caoutchouc, que l'on stérilisera aussi préalablement. Les doigtiers que fournissent les fabricants d'instruments sont ordinairement trop longs et trop volumineux; ils engainent les deux premières phalanges et gênent ainsi la liberté de mouvement de la troisième. La première phalange seule se trouve au niveau des dents et peut être blessée si l'enfant ferme la bouche; il suffit donc que le doigtier protège la base du doigt, en descendant même un peu vers le métacarpien. Si l'on a au doigt quelque écorchure, on en fera l'occlusion avec une couche de collodion, de façon à éviter pour soi-même toute inoculation virulente consécutive.

Cela fait, voici comment il faut procéder au toucher; l'enfant sera assis sur la cuisse droite d'un aide, qui lui immobilise les jambes, en les serrant entre les siennes croisées en avant; il lui maintient aussi les mains. Le médecin se place alors à la droite de l'enfant; de sa main gauche, il lui entoure la tête, qu'il appuie solidement contre sa poitrine ou sa hanche et, en même temps, profitant d'un moment où l'enfant ouvre la bouche, avec un doigt il déprime la joue entre les dernières molaires. Si l'enfant, cédant à la peur et à un mouvement instinctif de défense, veut serrer les dents, il se mord la joue et la douleur qu'il en ressent, plus pénible que celle du toucher, lui fait rouvrir la bouche.

Le médecin introduit alors franchement l'index de la main droite dans la bouche jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. L'index est étendu, la face palmaire tournée vers la voûte palatine, la face dorsale, glissant sur la langue qui lui sert de guide et qu'il faut souvent maintenir déprimée pour se livrer passage. Les autres doigts, pour laisser toute liberté à l'index, sont tenus fléchis dans la paume de la main.

Arrivé à la paroi postérieure du pharynx, passant entre la luette et un des piliers du voile, on recourbe l'index pour l'engager derrière le voile du palais, et, abaissant le coude, on porte le doigt directement en haut vers la voûte pharyngienne; à l'état normal, la cavité pharyngienne est libre; ses parois sont lisses et résistantes, comme la paroi postérieure du pharynx buccal ou celle de la voûte palatine. Si les végétations sont volumineuses et remplissent la cavité du pharynx nasal, entre la paroi postérieure du pharynx et le bord postérieur du voile du palais, le doigt est immédiatement arrêté et pénètre dans une masse irrégulière, plus ou moins consistante, se laissant parfois facilement écraser et donnant la sensation d'un paquet de vers de terre.

La tumeur est-elle moins volumineuse, le doigt, fortement recourbé, remonte derrière le dos du voile et rencontre le bord postérieur de la cloison nasale, dont la crête lui sert de repère. En avant du doigt, à droite et à gauche, on reconnaît l'orifice postérieur des narines; on les explore tour à tour, et se rendant compte de la situation exacte des végétations, on détermine le degré d'obstruction de chacune. Dans certains cas, on suit, sans être arrêté par la masse adénoïdienne, le bord postérieur du vomer jusqu'à sa jonction avec la voûte pharyngée; et c'est alors seulement que, chan-



geant à nouveau la position recourbée du doigt et le remettant dans l'extension forcée, pour le porter le plus profondément possible, on arrive à sentir tout à fait en haut de la cavité, dans la région qui répond à l'apophyse basilaire de l'occipital, à l'arc antérieur de l'atlas et au trousseau fibreux qui les réunit, une masse peu volumineuse constituée par l'hypertrophie nettement circonscrite de l'amygdale pharyngée. Il est nécessaire, si l'on veut faire un examen complet de la voûte pharyngée, de donner à l'index explorateur ces deux positions : 1° flexion, 2° extension forcée.

La voûte explorée, il faut se rendre compte de l'état des parois latérales. La région latérale droite s'explore assez facilement en faisant exécuter à la main un mouvement de rotation qui porte contre elle la pulpe du doigt; pour la région latérale gauche, les sensations sont moins précises, car on ne peut la reconnaître qu'avec la face unguéale de la phalange. Pour que l'examen se complète dans tous ses détails, il peut donc être utile dans certains cas de toucher avec l'index gauche.

Chez les tout jeunes enfants, le toucher n'est pas possible avec l'index. L'espace compris entre l'arcade dentaire et la paroi postérieure du pharynx n'est pas assez long pour permettre au doigt de se recourber; en outre, l'isthme du gosier n'est pas toujours assez large pour que l'extrémité de la phalange, en quelque sorte bridée par le voile qui forme une véritable sangle, puisse s'introduire dans le rhino-pharynx. Il faut donc pratiquer le toucher avec le petit doigt, ou mieux encore et plus pratiquement, faire en même temps le diagnostic et le traitement; on introduit immédiatement et sans s'arrêter à des essais inutiles d'exploration, la pince dans le rhino-pharynx, et, faisant les manœuvres opératoires, on retire, si elles existent, les végétations entre les mors de la pince.

Quand l'examen est terminé, le doigt quitte la cavité pharyngienne et, seulement quand on l'a sorti de la bouche, on cesse de maintenir l'enfant dans l'immobilité.

Le doigt qu'on retire, après avoir pratiqué le toucher, ramène fréquemment des débris de végétation, preuve certaine de l'exactitude du diagnostic. Le plus souvent, il est assez abondamment teinté de sang, les végétations se laissent facilement écraser sous le contact qui les froisse, et l'écoulement de sang qui en résulte peut être assez abondant pour que l'enfant non seulement crache de la salive striée de sang, mais encore saigne du nez pendant quelques instants. Si l'on pratique l'examen devant les parents, il est bon de les prévenir de la chose et de leur expliquer que c'est un élément de plus de diagnostic; le toucher digital de la cavité naso-pharyngienne saine ne déterminant jamais d'hémorragie.

Sans être douloureux, le toucher digital est fort désagréable pour le petit malade, surtout en raison de l'appréhension vive qu'il lui cause; et, puisque c'est une nécessité de diagnostic, on doit donc s'efforcer d'acquiescer assez de dextérité pour l'exécuter, avec douceur et rapidité, minutieux et complet.

Il faut aussi savoir se mettre à l'abri de quelques erreurs: c'est ainsi que, au moment d'introduire le doigt derrière le voile du palais, il faut éviter de refouler la luette devant soi; elle pourrait donner, pelotonnée sur

elle-même, la sensation molle des végétations. Quand on pratique le toucher digital, la luette et le voile du palais doivent librement tomber le long de la face palmaire de l'index. Le doigt est-il introduit dans la cavité pharyngienne, une autre erreur peut se produire: les parties latérales du pharynx se contractent et se plissent; elles viennent enserrer le doigt, qui croit alors sentir des excroissances adénoïdes là où il n'y a que les irrégularités artificielles de la muqueuse. Il faut, dans ce cas, prolonger quelque peu le toucher pour laisser au spasme le temps de se rompre. Ces contractions, ramenant sur elles-mêmes les végétations, peuvent, contrairement à ce que nous avons signalé pour la rhinoscopie postérieure, laisser croire que la tumeur est plus volumineuse qu'en réalité. Enfin, quand on reconnaît la paroi postérieure, il ne faut pas oublier que le tubercule antérieur de l'atlas y fait souvent une saillie dure, très appréciable, et prendre pour un état pathologique ce qui existe normalement.

Le toucher est-il pratiqué au moment d'une crise aiguë d'adénoïdite, la tumeur paraît, nous l'avons dit, plus volumineuse. Il faut donc calmer l'inflammation et faire à nouveau le toucher quelque temps après, pour avoir la notion exacte du volume des végétations à l'état chronique. En résumé, le toucher digital naso-pharyngien, habilement exécuté, est de tous les moyens de diagnostic le plus parfait et le plus complet, puisque, après nous avoir permis de constater l'existence des végétations adénoïdes, il nous renseigne sur leur mode d'implantation, médian, latéral ou diffus, sur leur volume et le degré d'obstruction des choanes et de l'orifice tubaire, sur leur consistance et les difficultés opératoires qui peuvent en résulter.

Quand, par les divers modes d'exploration du naso-pharynx, on a nettement établi l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, l'examen clinique du malade doit être complété par l'inspection des organes voisins. Les altérations qu'on y observe ne sont que des complications de l'affection du rhino-pharynx. Il faudra donc revenir à l'examen des fosses nasales et bien préciser tous les détails des lésions, dont on n'aura vu que l'ensemble au premier examen rhinoscopique.

L'état de l'audition sera soigneusement noté; le tympan, l'oreille moyenne et l'oreille interne seront inspectés minutieusement. De leur état dépend le pronostic des troubles auriculaires, après le curettage du pharynx.

On examinera les amygdales palatines, la luette, la paroi postérieure du pharynx buccal, l'amygdale linguale, le larynx et la trachée, soit avec l'abaisse-langue, soit avec le miroir.

On auscultera la poitrine; on se fixera sur l'état des poumons et des ganglions bronchiques; et l'on évitera ainsi de promettre la disparition d'une toux qu'entreprendrait, après l'opération et la disparition du catarrhe rhino-pharyngien, une lésion thoracique plus profonde.

Enfin, dans son ensemble, la constitution du petit malade doit être l'objet d'une étude attentive; et, s'il est exempt de toute tare diathésique, il sera permis d'assurer aux parents, du fait même de l'intervention opératoire, un changement profond dans son état général et l'amélioration définitive de sa santé.



**Formes. — Marche.** — C'est au milieu de la seconde enfance que se trouvent réalisés dans leur ensemble les symptômes dont nous venons de tracer le tableau clinique — et c'est un adénoïdien de 6 à 12 ans que nous avons pris pour type de notre description. Au début de la première enfance, à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte, certains traits doivent en être modifiés; et ainsi se réalisent les trois formes cliniques de l'affection : *celle du nourrisson, la forme classique, celle de l'adulte.*

Chez le nourrisson, les troubles respiratoires dominent la scène; Lubet-Barbon a donné une excellente description des troubles que provoque, à cet âge, l'obstruction du rhino-pharynx. La respiration se fait la bouche ouverte; elle est pénible, très bruyante, et peut en imposer, chez un médecin non prévenu du fait, pour un cornage d'origine plus profonde. Cependant, l'auscultation ne révèle rien d'anormal dans la poitrine; et si, quand on pince les ailes du nez, le bruit cesse, on peut être assuré qu'il s'agit bien de ronflement (Empis). Les ailes du nez sont animées de battements précipités, comme s'il s'agissait d'une dyspnée aiguë broncho-pulmonaire.

Pendant la nuit, la difficulté respiratoire s'exagère encore; le ronflement augmente au point de gêner les personnes qui dorment dans la même pièce. L'enfant ne cesse de s'agiter dans le lit; le visage devient livide, se couvre de sueur; il se réveille fréquemment en proie à l'oppression et les parents épouvantés croient qu'il va étouffer (spasme glottique). Il a des convulsions.

Les quintes de toux, surtout nocturnes, rappellent celles de la coqueluche. Mais elles ne se produisent pas si l'on appuie sur la trachée, tandis qu'elles éclatent quand on introduit l'abaisse-langue dans la bouche de l'enfant.

Le nez ne cesse de couler; l'orifice antérieur des narines, la lèvre supérieure s'irritent; les éternuements sont fréquents. Les fosses nasales sont encombrées de croûtes ou de mucosités purulentes qui tombent dans l'arrière-cavité des fosses nasales et donnent lieu à du catarrhe rhino-pharyngien secondaire. Le tirage permanent auquel sont soumis les petits malades peut provoquer de l'emphysème aigu.

Dans ces conditions, la santé générale de l'enfant ne peut que périliter; car, à l'insuffisance respiratoire, s'ajoute l'insuffisance de l'alimentation.

L'obstruction du rhino-pharynx empêche la respiration par la voie nasale; l'enfant se trouve donc dans l'impossibilité de têter et de respirer en même temps, et la succion ne peut pas s'accomplir dans les conditions normales. Si l'on essaie de le faire têter, après avoir pris bruyamment quelques gorgées de lait, il quitte brusquement le sein; il se dresse en arrière, se contractant et ouvrant largement la bouche, pour inspirer l'air qui lui manque. Il avale de travers, se met à tousser et fréquemment vomit le peu de nourriture absorbée. L'alimentation est ainsi entravée; et, loin de grossir, le nourrisson, dont la croissance était restée quelque temps stationnaire, finit par perdre du poids et s'étiolé de plus en plus: ainsi se réalise la *cachexie adénoïdienne*. Si l'on n'intervient pas à temps par un diagnostic habilement posé et une intervention opportune, la cachexie augmente de jour en jour; l'enfant meurt de faim. Il eût été facile, en soupçonnant la cause des accidents, de

les faire disparaître presque comme par enchantement; et le coup de pince qui, désobstruant la cavité pharyngienne, permet de reprendre l'alimentation normale, sauve la vie de l'enfant.

Quelques mois plus tard, quand il doit commencer à parler, le petit adénoïdien est exposé à un autre danger: les troubles auriculaires. Ces troubles apparaissent quelquefois de très bonne heure; les poussées d'adénoïdite entraînent à leur suite des écoulements d'oreille ou de l'obstruction tubaire, avec développement consécutif de sclérose du tympan et de la caisse. S'ils sont bilatéraux, si la cause qui les a provoqués n'est pas supprimée, et bien au contraire continue à les entretenir, ces troubles entraînent la perte totale de l'audition. L'enfant, incapable d'apprendre le langage articulé, devient ainsi *sourd-muet*.

Chez l'adulte, les symptômes qu'amène l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée forment aussi un ensemble un peu différent de celui que nous avons décrit. Mais nous n'avons pas, dans ce traité spécial aux *Maladies de l'enfance*, à nous en occuper, sauf toutefois en ce que nous pouvons y trouver d'intéressant au sujet de la *marche* et de l'*évolution* de l'affection.

Formée d'éléments lymphatiques, la tumeur, qui remplit le cavum pharyngé, subordonne sa marche clinique à son évolution histologique. A la fin de la première enfance et pendant toute la seconde, elle est en pleine période d'activité et de développement: c'est l'âge où « on pourrait dire que le système conjonctivo-lymphatique, fonctionnant avec une sorte de suractivité au détriment du reste de l'organisme, semble constamment disposé à réagir avec excès » (Potain, art. LYMPHATIQUE, *Dict. encyclop.*), et nous trouvons ainsi l'explication des poussées si fréquentes d'inflammation, d'adénoïdite, que nous avons signalées. Puis, vers la quinzième année, au moment de la puberté, elle cesse ordinairement de s'accroître et, subissant alors la loi de régression qui entraîne dans son mouvement d'involution tout le tissu adénoïde de l'organisme, elle tend à s'atrophier. La cavité du naso-pharynx, suivant le développement de la face, s'est elle-même agrandie; sa capacité s'est augmentée, la tumeur qu'elle contenait reste stationnaire, diminue même parfois: de toutes façons, les symptômes doivent donc s'amender. C'est en effet ce qui se produit; et les phénomènes mécaniques d'obstruction sont beaucoup moins accentués chez l'adulte que chez l'enfant; ce sont les phénomènes d'inflammation qui passent au premier plan.

La respiration nasale est presque toujours possible, la masse adénoïdienne n'étant plus assez volumineuse pour fermer les choanes. Si elle se trouve gênée, c'est par les lésions des fosses nasales elles-mêmes, rhinite hypertrophique, déviations et éperons de la cloison.

Le catarrhe rhino-pharyngien est ordinairement très accusé, entraînant à sa suite des troubles marqués de la voix; c'est souvent le seul symptôme pour lequel l'adénoïdien adulte vient consulter. Fréquemment aussi il se plaint des oreilles (bourdonnements, surdité). Toutes les fois donc qu'un malade se présente avec les signes d'un catarrhe pharyngien, rebelle depuis longtemps déjà à tous les traitements ou bien avec des désordres de l'audition dont on ne peut pas trouver uniquement l'explication par