

L'examen de l'oreille, il faut penser que ces troubles peuvent être sous la dépendance d'une inflammation entretenue par l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée; et, dans ces cas, le seul moyen de faire le diagnostic positif est de pratiquer l'examen rhinoscopique postérieur et de constater, au niveau de la voûte, l'existence de tumeurs adénoïdes.

Ainsi donc, si parfois, par régression spontanée, les végétations adénoïdes disparaissent complètement, après la puberté; si l'examen de la voûte pharyngée n'en révèle aucune trace à l'âge adulte et si leur existence antérieure pendant l'enfance ne peut être établie que par les stigmates indélébiles qu'elles ont imprimés à l'organisme, en entravant le développement de la face et du thorax, il est d'autres cas — cas fréquents ainsi que nous l'avons montré dans notre thèse (*Végét. adén. chez l'adulte*, Paris 1891) — où ces végétations adénoïdes, développées aux premières années de l'existence, persistent après la puberté, sans même entrer en régression et sans présenter autour des follicules clos et le long des vaisseaux la production abondante de tissu fibreux qu'ont signalée Luc et Dubief. Ainsi que nous le rappelions en traitant de l'anatomie pathologique, l'examen histologique de végétations enlevées chez des malades de 60 ou 65 ans a été de tous points semblable à celui de végétations d'enfants.

Telles sont les modifications que chez le nourrisson et chez l'adulte l'âge vient imprimer à la forme classique de l'affection. Mais cette forme classique elle-même, selon le mode d'association des divers symptômes qui la constituent et selon leur importance relative, évolue sous *trois types cliniques* :

1° Le *type respiratoire*, caractérisé par la sténose nasale; la nécessité de la respiration par la bouche et les accidents secondaires qui s'y rattachent : rhinite chronique, catarrhe rhino-pharyngien, toux, laryngo-bronchites, troubles du développement de la face et du développement général, troubles nerveux. L'audition est normale.

2° Le *type auriculaire*, dans lequel les troubles respiratoires sont nuls et où l'oreille seule est atteinte : obstruction tubaire, catarrhe tubo-tympanique, otites sèches chroniques, ou otites purulentes. Ce type auriculaire demande à être bien connu; aucun des signes habituels de l'obstruction du rhino-pharynx n'existe et rien, du côté de la respiration, ne peut faire soupçonner une affection du cavum pharyngé. Les fosses nasales sont libres : l'enfant respire normalement la bouche fermée; il n'a ni toux, ni catarrhe pharyngien.

La tumeur adénoïde évolue donc d'une façon *insidieuse et latente* en quelque sorte, ne se manifestant par aucun symptôme qui frappe immédiatement le médecin et retienne l'attention sur la possibilité de son existence. Et cependant c'est bien elle qui tient sous sa dépendance tous les troubles auriculaires. Si l'on n'en fait pas l'ablation, c'est en vain qu'on essaiera de désobstruer la trompe, de tarir l'écoulement purulent. Au moment où l'on croit toucher à la guérison, la récurrence se produit; et ces rechutes successives désespèrent les parents. Mieux éclairé et s'il en attaquait directement la cause, le médecin obtiendrait la guérison d'un symptôme secondaire, qu'il s'efforce en vain de combattre directement. Ce type clinique auriculaire

correspond à la forme anatomo-pathologique où l'on trouve non une masse volumineuse remplissant la cavité du pharynx nasal, mais de petites végétations adénoïdes disséminées à la voûte, sur les parois latérales, au niveau de l'orifice tubaire, et déterminant des accidents, non plus mécaniquement, mais par l'inflammation de voisinage qu'elles provoquent et entretiennent.

Toutes les fois donc où un enfant souffre de l'oreille, il ne faut pas manquer de faire l'examen du rhino-pharynx.

3° Le *type mixte*, dans lequel le type respiratoire et le type auriculaire associés forment le syndrome complet et classique, à l'heure actuelle, des tumeurs adénoïdes.

Dans quelles proportions ces types cliniques se rencontrent-ils et à quel âge les observe-t-on de préférence? C'est là un dernier point intéressant qu'il nous reste à étudier. Nous avons établi deux statistiques de cas de végétations adénoïdes. Dans l'une, 425 cas composés d'enfants et d'adultes, le type respiratoire seul est noté 205 fois, le type auriculaire seul 58, le type mixte 182 fois. Dans l'autre, 816 cas recueillis à la polyclinique de M. le professeur Grancher, seulement chez des enfants de 0 à 16 ans; les troubles respiratoires existent seuls 558 fois; les troubles auditifs seuls 10 fois; les troubles associés, 148 fois. Nous en concluons donc que dans les premières années le type respiratoire prédomine en relation avec l'obstruction mécanique des choanes, facilement réalisée à cet âge dans la cavité étroite du pharynx nasal. Puis, à mesure que la tumeur se développe, elle arrive à obstruer latéralement l'orifice tubaire ou bien détermine, dans les poussées d'adénoïdite, des phénomènes d'irritation qui, par le canal de la trompe d'Eustache, se propagent à l'oreille moyenne. Ainsi s'établissent les troubles auriculaires, et c'est en effet dans la seconde enfance, pendant l'adolescence et à l'âge adulte qu'ils s'observent le plus fréquemment.

Complications. — Pronostic. — Certains auteurs décrivent comme des complications les poussées inflammatoires d'adénoïdite, les déformations faciales et thoraciques, les troubles du côté de l'oreille moyenne. A notre avis, l'importance et la fréquence de ces accidents sont telles et ils s'enchaînent si étroitement avec les autres signes de l'affection qu'il n'est pas possible de les en dissocier. Nous avons donc cru être plus logique et rendre notre description plus claire en les faisant rentrer dans le tableau symptomatique.

Comme complications de voisinage des tumeurs adénoïdes, on peut décrire la rhinite hypertrophique, l'hypertrophie des amygdales palatines et la pharyngite granulo-vasculaire chronique. Des complications plus éloignées peuvent aussi se produire. Les végétations adénoïdes provoquent et tiennent sous leur dépendance, par infection secondaire due à leurs sécrétions muco-purulentes, des accidents des voies respiratoires (laryngo-trachéites, bronchites à répétition) ou digestives (gastro-entérites). Des travaux récents ont bien mis en évidence les relations qui existent entre les affections rhino-pharyngées et les poussées d'entérite muco-membraneuse, si fréquentes chez les enfants.

Dans tous ces cas, la guérison ne pourra être obtenue qu'après l'ablation des végétations adénoïdes.

Nous n'avons pas à entrer ici dans l'étude détaillée de ces diverses maladies qui sont l'objet de chapitres spéciaux.

Enfin, nous insisterons à nouveau sur l'examen nécessaire de la poitrine et de l'état général, de façon à être assuré qu'aucune lésion thoracique (bronchite chronique, emphysème, adénopathie trachéo-bronchique, tuberculose) ou qu'aucune influence diathésique ne viendra contre-balancer les heureux effets habituels du traitement.

C'est en effet quand elle est abandonnée à elle-même ou qu'on se refuse à appliquer aux accidents dont l'enfant souffre une thérapeutique rationnelle, que le pronostic de l'affection est sérieux. Assurément les tumeurs adénoïdes ne menacent pas directement par elles-mêmes l'existence; mais l'importance du rôle qu'elles jouent dans la pathologie infantile s'affirme de plus en plus, à mesure que les praticiens, et surtout ceux qui s'occupent de pédiatrie, s'intéressent davantage à une étude restée jusqu'ici dans le domaine d'observation un peu restreint des spécialistes; et que les faits d'ordre général viennent s'ajouter aux faits particuliers tout d'abord observés.

Certains médecins, d'esprit prévenu et acceptant difficilement toute notion nouvelle qui modifie leurs idées acquises, ont cru pouvoir critiquer cette opinion et prétendre que, du temps où les tumeurs adénoïdes n'étaient pas traitées, la santé des enfants était aussi bonne. Ce raisonnement ne saurait être sérieusement soutenu et l'argument n'est pas valable; car, depuis de longues années, la gravité des accidents dus à l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée a été observée et décrite; seulement les auteurs incriminaient à tort l'hypertrophie des amygdales palatines. En 1845, Alph. Robert, dans le mémoire sur le *Gonflement chronique des amygdales chez les enfants* qu'il publie dans le *Bulletin général de thérapeutique*, n'écrit-il pas: « Chez tous, l'état constant de la gêne de la respiration et de la nutrition empêche le développement des forces et produit un état de pâleur, de maigreur et de faiblesse qui dénote le peu d'activité de l'hématose et l'atteinte portée aux sources mêmes de la vie. Malheur à ces enfants si, à l'état actuel de dyspnée, vient se joindre une maladie accidentelle des organes respiratoires capables d'en augmenter l'intensité! »

Ainsi donc, les accidents étaient connus; leur véritable cause seule échappait. « Victimes d'une séculaire erreur de diagnostic, dit Raugé, les malheureux adénoïdiens, errant du cabinet de l'auriste à la consultation de médecine générale, de celle du laryngologue à l'antichambre du dentiste, s'en allaient à l'aventure, quêteant secours ici ou là, suivant la phase de l'affection ou le caprice de ses multiples symptômes. Le dentiste appliquait un appareil extérieur qu'il faisait garder des années; l'auriste pratiquait des cathétérismes de la trompe qui ne produisaient pas grand'chose ou des lavages de l'oreille qui ne produisaient rien du tout; le laryngologue badigeonnait, le médecin général prescrivait l'huile de foie de morue. Tout cela n'aggravait

pas beaucoup le mal, mais le mal s'aggravait de lui-même jusqu'à ce qu'enfin, de guerre lasse, on suspendit tout traitement. »

Et alors des troubles irrémédiables en résultaient: arrêt de la croissance, déformations faciales et thoraciques; emphysème pulmonaire et bronchites chroniques; surdité, liée à l'inflammation tubo-tympanique ou aux otorrhées, catarrhe rhino-pharyngien, provoquant trop souvent la neurasthénie.

Heureux encore était l'adénoïdien d'avoir échappé, dans son enfance malade, à la contagion d'infections plus graves trouvant dans son organisme, frappé de déchéance, un terrain tout préparé d'évolution: les infections secondaires des fièvres éruptives, la diphtérie ou la tuberculose.

Ainsi donc, troubles directs d'une part, moindre résistance d'autre part de l'organisme aux contagions possibles, locales de la gorge ou générales, tels sont les points dont il importe de bien peser et de faire ressortir l'importance quand il s'agit de déterminer et de faire accepter le traitement de l'affection.

Le traitement, en effet, institué logiquement et surtout en temps opportun, modifie d'une façon complète le pronostic; et, quand on a pu en observer les heureux résultats non seulement immédiatement après l'opération, mais encore dans l'avenir, on doit être convaincu de sa nécessité.

Sans revenir sur le rétablissement normal de la respiration, la disparition des troubles auditifs, des troubles nerveux et intellectuels, des accidents respiratoires et gastro-intestinaux ainsi que des malformations faciales, nous rappellerons ici les recherches de Castex, Malherbe et M^e Magnus (thèse, Paris, 1895), qui ont déterminé, par des observations nombreuses, le mouvement de croissance après l'intervention. Les tableaux de croissance post-opératoire qu'ils ont dressés donnent les accroissements en poids, taille et périmètre thoracique, dont les moyennes ont été calculées au bas de chaque tableau. Prenant comme *unité de croissance* la croissance annuelle normale, d'après les tables de Quételet pour les poids et taille, d'après celle de Pagliani pour le périmètre thoracique, M. le D^r Magnus a pu établir que le mouvement de croissance augmente un peu plus d'une fois et demie dans le premier mois; de deux fois et demie au bout de deux mois; que, se ralentissant, il n'atteint plus guère qu'une fois au troisième mois et décroît ensuite progressivement et proportionnellement à 0,55 à six mois, et à 0,17 au bout d'un an. Comme l'auteur le fait à juste titre remarquer, si les adénoïdiens bénéficient surtout de l'intervention dans les premiers temps qui suivent celle-ci, le phénomène s'explique facilement: l'obstacle disparu, il y a dans les premiers mois une poussée de croissance, qui se calme ensuite. La santé générale se rétablit et les choses reprennent leur cours normal.

Diagnostic. — Au diagnostic positif et différentiel, nous ajouterons l'étude du diagnostic des indications thérapeutiques.

Le *diagnostic positif* se fait d'après l'ensemble des symptômes fonctionnels et physiques. Quand on voit se présenter à la consultation un petit malade l'air étonné et hébété, les yeux éteints, les joues aplaties, le nez pincé, la mine allongée, la bouche entr'ouverte, la lèvre supérieure trop épaisse et ne recouvrant qu'incomplètement les incisives qui chevauchent

les unes sur les autres; quand, en interrogeant les parents, on apprend qu'il respire difficilement par le nez; qu'il ronfle la nuit et qu'en proie à des cauchemars et à de l'oppression il se réveille souvent dans un sommeil agité, qu'il tousse fréquemment, qu'il a une dureté de l'ouïe permanente ou intermittente, que ses oreilles suppurent: la réunion de tous ces symptômes fonctionnels caractérise le type complet de l'adénoïdien. Elle est assez nette et assez saisissante pour faire préjuger d'une façon certaine d'un diagnostic que confirmera l'examen physique: pratique-t-on l'examen rhinoscopique ou le toucher digital, on rencontrera dans le cavum pharyngé une masse molle, irrégulière, dont l'ongle détache facilement un fragment. Cette masse ne peut être que l'amygdale pharyngée, hypertrophiée.

Pendant l'enfance, aucune autre variété de tumeurs n'est susceptible d'envahir le pharynx nasal; et simplement pour mémoire, nous citerons, au milieu des très nombreuses observations que nous avons réunies, le cas unique d'une enfant d'une dizaine d'années chez laquelle une grappe de polypes muqueux, à l'insertion choanale, obstruait le cavum pharyngé. Nous n'avions pu faire la rhinoscopie postérieure qui nous eût évité l'erreur de diagnostic; de même la rhinoscopie antérieure, dans un méat inférieur encombré par l'hypertrophie de la pituitaire, n'avait pas permis à la vue d'arriver jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales. Le toucher digital nous ayant donné la sensation d'une masse molle, nous avons conclu à des végétations adénoïdes; la pince ramena une grappe de polypes muqueux.

Au moment de l'adolescence, il faudra penser à la possibilité d'un polype fibreux naso-pharyngien. Il ne se développe guère que vers la quinzième année; il ne faut cependant pas oublier qu'on en a trouvé chez des enfants de 8 et 15 ans (Ruault).

Le diagnostic est parfois délicat au début de l'évolution du fibrome, et Moure en a bien fait ressortir l'importance (Soc. laryngol., 1890): quand la tumeur a dépassé le voile du palais et envahi les cavités voisines, nez, orbites, sinus, on ne peut en effet penser aux tumeurs adénoïdes, qui ne prennent jamais un pareil développement. Au point de vue de l'examen direct, on se rappellera que le polype naso-pharyngien est lisse, poli à sa surface, de couleur rougeâtre plus ou moins foncée, sillonné de vaisseaux toujours assez volumineux; la sensation qu'il donne au doigt est dure, cartilagineuse; la masse est immobile, unie, à peine tomenteuse au niveau de son insertion bien limitée; et le toucher digital provoque non plus comme dans le cas de végétations adénoïdes un suintement sanguin insignifiant, mais souvent une hémorragie véritable.

Les épistaxis répétées et très abondantes qu'on observe à la première période de développement des polypes fibreux n'ont rien d'analogue à celles qui, dans l'évolution des végétations adénoïdes, sont liées à la rhinite hypertrophique. D'ailleurs la marche rapide et envahissante du fibrome ne tarde pas à lever tous les doutes, quand ils ne le sont déjà par l'examen histologique d'une parcelle enlevée à la tumeur.

Si l'on s'en tenait aux seuls symptômes rationnels, et si l'on prétendait en déduire le diagnostic, une erreur pourrait être commise avec les autres

causes de sténose nasale, siégeant dans les cavités mêmes du nez: atrésie congénitale (*faux-adénoïdisme*¹⁾; déviation et éperons de la cloison, aussi bien que rhinite hypertrophique et catarrhe rhino-pharyngien d'ordre essentiel; polypes muqueux des fosses nasales. Aussi ne faut-il jamais manquer de joindre à l'inspection méthodique des fosses nasales le toucher digital pharyngien; et par cet examen minutieusement fait s'impose sans erreur possible le diagnostic.

Chez le nourrisson, il faut distinguer le coryza, dû au catarrhe rhino-pharyngien entretenu par les végétations, et la cachexie de même origine, du coryza et de l'athrepsie syphilitiques; le jetage séro-sanguinolent et fétide, les accidents cutanés ou muqueux concomitants, les antécédents des parents donneront la notion étiologique. La toux quinteuse adénoïdienne ne sera pas confondue avec celle de la coqueluche. La compression de la trachée ne la réveille pas. De même, si en pinçant les ailes du nez, on fait cesser le ronflement, on ne croira pas à un cornage dû à l'adénopathie trachéo-bronchique. Il faudra en outre naturellement ausculter avec soin les poumons.

En résumé, le *diagnostic différentiel* n'offrant en règle générale aucune difficulté, le seul point délicat est de bien connaître les manifestations protéiformes de l'affection et de songer à aller chercher dans le cavum pharyngé la cause d'accidents voisins ou éloignés. Les tumeurs adénoïdes une fois reconnues, une autre question reste à résoudre, celle des indications thérapeutiques.

Les indications thérapeutiques sont essentiellement subordonnées à l'importance des symptômes; et il faut avant tout, pour en poser les règles, se baser sur leur pronostic. Voici quelle est dans la circonstance notre pratique personnelle: nous ne pensons point qu'il faille de parti pris, ainsi que l'ont proposé certains spécialistes (White, *Journal of the American medic. Assoc.*, 29 nov. 1889), curetter tout pharynx dont la muqueuse n'est pas absolument lisse. En somme, les tumeurs adénoïdes n'intéressent le clinicien que par les lésions qu'elles provoquent ou peuvent provoquer; si donc on les découvre par hasard, au cours d'un examen rhinoscopique motivé par une autre recherche, et qu'elles n'entraînent ni troubles auriculaires, ni obstruction nasale, ni catarrhe pharyngé; ou bien quand, de peu de volume, elles n'occasionnent qu'une rhinite hypertrophique légère et un catarrhe rhino-pharyngien peu accentué, on peut se dispenser d'intervenir *chirurgicalement*. On doit alors, par un traitement médical local et général approprié, maintenir en quelque sorte les végétations adénoïdes en respect jusqu'au moment où, s'étant atrophiées dans une cavité plus spacieuse, elles cessent d'être une menace. Il faut aussi se rappeler que des poussées d'adénoïdite peuvent faire croire à des végétations plus volumineuses qu'elles ne le sont habituellement et même parfois qu'après certaines poussées tout rentre dans l'ordre normal. Il y a donc lieu, avant de prendre une détermination, d'attendre la dispari-

¹⁾ On désigne sous le nom de *faux adénoïdiens* ces enfants à facies adénoïdien, respirant selon le type mixte naso-buccal, à respiration nasale insuffisante par conséquent et chez lesquels le toucher digital ne permet de constater que de l'atrésie de l'arrière-cavité des fosses nasales, sans développement de végétations adénoïdes.

tion de tout état aigu. Mais, par contre, si, en examinant le rhino-pharynx, on y découvre des tumeurs adénoïdes volumineuses, qui, bien que n'ayant pas encore déterminé des accidents sérieux, peuvent les faire craindre dans l'avenir; à plus forte raison si des accidents se sont déjà établis: auriculaires, respiratoires, digestifs ou nerveux, troubles du développement intellectuel ou physique, ce serait une faute de s'attarder au traitement médical, même avec des végétations petites, et l'on doit sans délai recourir au seul traitement rationnel: le traitement chirurgical. Les considérations sont les mêmes quand il s'agit de l'âge: on opère s'il y a lieu, quel que soit l'âge de l'enfant; et c'est ainsi que chez le nourrisson l'intervention s'impose d'urgence. Nous avons opéré avec un plein succès des enfants de moins de 2 mois.

Traitement. — Le traitement prophylactique consistera chez les enfants prédisposés aux manifestations lymphatiques à les tonifier par un régime approprié (huile de foie de morue, pratiques hydrothérapiques, cures hydro-minérales et climatiques) et à éviter toute cause d'inflammation des cavités nasales et rhino-pharyngiennes. Au cours des maladies infectieuses générales qui les menacent de déterminations secondaires (rougeole, scarlatine, grippe, fièvre typhoïde, diphtérie), elles devront être minutieusement antiseptisées.

Le traitement médical de l'affection est général et local. Le traitement général est antilymphatique; le traitement local se fait par la voie nasale et la voie pharyngée: il tend à désinfecter la région et à en faire tomber l'inflammation. Par la voie nasale, on fera, dans le jeune âge, aspirer des pommades; on insufflera des poudres antiseptiques (à base de menthol de préférence); on pourra injecter de l'huile mentholée (1/50 à 1/20) ou résorcinée (1/25). Quand l'enfant sera plus âgé, on utilisera en outre les irrigations tièdes, salées ou boriquées. Certains auteurs ont vivement attaqué les irrigations nasales et ont prétendu les proscrire; quant à nous, nous les ordonnons dans notre pratique courante, si l'examen préalable des fosses nasales et du pharynx nous a montré que leur perméabilité est suffisante pour permettre la libre circulation du liquide.

Dans les cas si nombreux où les végétations adénoïdes s'accompagnent de catarrhe rhino-pharyngien, elles nous ont toujours donné d'excellents résultats et maintes fois chez des enfants où l'on avait refusé de les ordonner dans un traitement antérieur; elles débarrassent les fosses nasales et l'arrière-cavité des mucosités, si souvent purulentes, qui les encomrent et qui sont une source constante d'infection. Nous ajouterons qu'en ayant soin de formuler minutieusement aux parents les précautions qu'ils doivent prendre en les pratiquant, nous n'avons jamais observé les accidents dont on a prétendu incriminer la fréquence (pénétration de l'eau dans la trompe et l'oreille moyenne). Par la voie pharyngée, on pratiquera, à l'aide de pinceaux recourbés, des badigeonnages directs de la région malade, ou des cautérisations au galvano-cautère. C'est à la solution de glycérine iodée (1 gramme d'iode pour 50 grammes de glycérine) que nous donnons la préférence.

Mais, au résumé, les indications de ce traitement médical sont très

limitées. Il ne peut donner de résultats que si l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée se réduit à un épaissement léger et à des fongosités — encore faut-il qu'elles soient peu marquées — de la muqueuse. Il est absolument inefficace toutes les fois où il y a véritablement tumeur adénoïde, et la lésion relève alors uniquement du traitement chirurgical.

Nous n'avons pas à analyser ici les travaux, presque innombrables, parus sur la question (Helme, *Traitement des végétations adénoïdes*, Soc. franc. de laryngologie, 1896). En réalité, si les procédés varient dans les détails, le fond en reste bien toujours le même, et il ne faut pas voir des divergences radicales dans de simples modifications de courbure d'instruments. Ainsi donc, voici notre manière de faire: quand l'opération est décidée, il faut, par un traitement préalable de quelques jours, faire l'antisepsie du champ d'opération.

Au point de vue de la technique opératoire proprement dite, nous opérons l'enfant, assis devant nous sur un aide qui lui immobilise les jambes entre les siennes; cette position est la plus favorable et est rendue possible, même quand on a recours à l'anesthésie par l'emploi du bromure d'éthyle. Comme instrument, nous commençons par morceler la tumeur et débarrasser le cavum pharyngé avec la pince classique (Lœwenberg-Woakes); puis nous terminons en donnant quelques coups de curette, qui porteront à la racine de la cloison et dans les angles, points les plus difficiles à bien débarrasser. L'opération doit être faite en une seule fois et menée rapidement.

Ce procédé mixte a pour nous l'avantage, tout en assurant l'ablation parfaite des végétations adénoïdes au ras de la muqueuse, de ramener les masses enlevées et de se rendre compte ainsi de leur importance.

L'opération devra être conduite avec les soins antiseptiques de règle. L'anesthésie — sauf chez les jeunes enfants — est nécessaire pour permettre de terminer l'opération promptement et radicalement; la chose est rendue sinon impossible, du moins très difficile, avec un enfant qui souffre et que l'aide ne peut qu'insuffisamment maintenir. Nous conseillons comme anesthésique de choix le bromure d'éthyle; il permet d'opérer dans la position assise; et son action sur le cerveau étant pour ainsi dire instantanée, il fait perdre très rapidement connaissance à l'enfant. Mais, comme tout anesthésique, il demande à être manié avec la plus grande prudence; les règles de son administration sont différentes de celles du chloroforme (administration à dose massive). Nous renvoyons pour les détails aux monographies spéciales.

Chez les nourrissons, on opère uniquement avec la pince et en plusieurs fois, pour éviter un traumatisme trop considérable et écarter tout danger d'hémorragie. L'anesthésie est inutile.

L'opération terminée, l'enfant doit être maintenu au lit les premiers jours, à la chambre pendant une semaine. Le laisser sortir plus tôt est l'exposer à des complications dangereuses (otites). Il faut, pendant ce temps, par des soins antiseptiques méthodiquement institués, nettoyer la plaie; si ces précautions sont négligées, il peut se produire de l'infection dans cette région si facilement accessible aux germes pathogènes.

Y a-t-il des contre-indications à l'opération? Il est évident que chez un malade nettement hémophile il faudra s'abstenir; mais on doit distinguer

L'hémophilie des cas où des épistaxis fréquentes sont sous la dépendance d'une stase sanguine dans la pituitaire, cette stase sanguine résultant elle-même de la compression du plexus pharyngien par les végétations. Il y a aussi les cas d'anomalies artérielles sur la paroi vertébrale du rhino-pharynx (probablement de la vertébrale), rapportés par Gellé et Moure, et dans lesquels il serait plus prudent de s'abstenir. Enfin, il ne faut pas opérer en période d'adénoïdite; s'il y a des complications respiratoires aiguës ou dans un milieu épidémique (coqueluche, rougeole, grippe, scarlatine). Chez les filles déjà réglées, on n'opérera jamais au moment des époques, ni même dans les jours qui précèdent ou qui suivent.

L'opération est-elle dangereuse? Nullement, à notre avis, si elle est habilement menée et si les suites en sont prudemment et antiseptiquement surveillées. Les hémorragies sont très rares chez les enfants; on en observe parfois à l'adolescence, le plus souvent chez les filles. Si les moyens simples (glace, injections chaudes, attouchement à l'antipyrine) ne réussissent pas, on s'en rendra toujours maître avec le tamponnement de l'arrière-cavité.

Une fois les végétations enlevées, il sera bon, dans le mois qui suivra, de faire un certain nombre d'attouchements du rhino-pharynx à la glycérine iodée, pour détruire les reliquats possibles de l'ablation chirurgicale et assurer la cicatrisation parfaite de la muqueuse.

Les végétations adénoïdes complètement enlevées ne récidivent pas. Ce qu'on a observé, ce sont de fausses récidives, dues à un curetage imparfait du pharynx et à l'hypertrophie consécutive des fragments volumineux de végétations qu'on avait laissées. Aussi, est-il nécessaire, pour éviter tout mécompte, de réexaminer l'enfant quelques semaines après l'opération; on s'assurera que la voûte pharyngée est parfaitement lisse, et si l'on trouvait quelque grosse granulation oubliée, un coup de pince ou de curette suffirait à terminer définitivement le nettoyage de la cavité. Les soins antiseptiques des fosses nasales et du pharynx seront utilement continués chez les enfants à tempérament strumeux. On évitera ainsi des poussées de pharyngite granuleuse ou de rhinite hypertrophique, qui, ramenant des accidents d'obstruction nasale, feraient penser à tort à une ablation incomplète des végétations. Mais, la cavité redevenue normale, il reste encore à traiter les lésions secondaires possibles des fosses nasales, des oreilles et du pharynx; les déviations dentaires, si elles existent.

En règle générale, le rythme normal de la respiration se rétablit de lui-même. Cependant, dans un certain nombre de cas, observés surtout chez des sujets à tempérament nerveux, bien que le rhino-pharynx et les cavités nasales soient complètement dégagés, l'habitude vicieuse de respirer par la bouche persiste et la poussée de croissance qu'aurait dû déterminer l'opération ne se produit pas. Il sera nécessaire alors de soumettre l'enfant à une cure de *gymnastique respiratoire*, et les travaux de différents auteurs (Nattier, Rosenthal, *Journal de Physiothérapie*, 1905) ont montré tous les heureux résultats qu'on en pouvait obtenir contre l'insuffisance thoracique.

Ainsi, le bénéfice de l'opération se complétera, et le résultat, quand elle aura été opportunément pratiquée, en sera des plus favorables à l'enfant.

IX

STRIDOR DES NOUVEAU-NÉS

PAR LE D^r JOHN THOMSON

Médecin du Royal Hospital for Sick Children (Edinburgh).

Synonymes. — Cornage laryngien vestibulaire (Variot); obstruction laryngée congénitale (Sutherland et Lambert Lack); stridor laryngé congénital (Suckling); spasme laryngé infantile (Goodhart); spasme respiratoire infantile (Thomson); respiration stridoreuse chez les nouveau-nés (Guilbert).

Définition. — C'est un trouble respiratoire relativement sans danger caractérisé par une respiration bruyante et croassante, une forme particulière du vestibule du larynx, et dans les cas anciens par un peu de déformation thoracique. Il débute au moment de la naissance ou peu après, dure plusieurs mois et ensuite diminue spontanément jusqu'à cesser à la fin de la seconde année au plus tard. Tandis que le nom de « stridor congénital » a été et peut être appliqué à toutes les formes de respiration bruyante qui se montrent à la naissance, il vaut mieux, ce semble, en restreindre l'emploi pour désigner le type clinique bien défini décrit ici.

Historique. — C'est seulement dans les vingt dernières années qu'on a surtout fait attention à cet état morbide. Cependant il n'avait pas échappé à l'observation pénétrante des anciens cliniciens français, car, comme le dit Bruder, Rilliet et Barthez publièrent en 1855 une assez bonne description clinique d'un cas de ce genre. Krishaber aussi relate quatre cas vraisemblablement de cet ordre dans son article sur le « Cornage », dans le « Dictionnaire Dechambre ». Mais c'est à D. B. Lees que revient le mérite d'avoir le premier publié en 1885 un compte rendu des lésions anatomo-pathologiques trouvées dans un cas de stridor du nouveau-né. Son travail fut bientôt suivi par les descriptions cliniques des symptômes faites par Gee, Goodhart, Robertson, Thomson et autres en Angleterre; tandis que Politzer à Vienne et Löri à Budapest publiaient chacun un travail à ce sujet, le premier en 1884, et le second en 1890.

En 1896 Variot décrivait un cas et Refslund publiait sa thèse; la même année Semon écrivait un article à ce sujet pour le manuel de laryngologie de Heymann. L'année suivante Sutherland et Lack faisaient paraître un important travail où ils décrivaient les symptômes et soutenaient la théorie mécanique pour en expliquer la pathogénie. Depuis cette époque il y a eu beaucoup de publications sur cette question. En Allemagne il faut citer celles de Avellis et Stamm, en Angleterre celles de William Hill, Thomson et Logan Turner, et Mc Ilraith. Mais c'est en France que l'on trouve les plus nombreuses publications. Parmi ceux qui ont apporté les plus utiles contributions nous pouvons citer Moure, Variot et le Marc'Hadour,