

se défendre contre l'enthousiasme que soulèvent invariablement les découvertes nouvelles. On crut d'abord qu'il y avait exagération quelque part, que cette affection n'était vue qu'avec des yeux de spécialiste et n'était que le lot de ces privilégiés; cependant la maladie existe aujourd'hui comme elle existait à l'époque où Meyer la fit connaître, et comme elle a existé de tout temps avec la seule différence qu'aujourd'hui elle est mieux reconnue et observée par un plus grand nombre de médecins. Cette question a reçu de toute part la sanction d'une vaste expérience, et nous pouvons dire sans hésiter que la connaissance des tumeurs adénoïdes a plus contribué à la guérison et à la prévention des maladies de l'oreille que toute autre découverte dans le domaine de l'otologie depuis vingt ans.

Les nombreux cas qui ont passé ici sous vos yeux, les phénomènes qui les ont accompagnés et les modifications que le traitement y a apportées doivent justifier à nos yeux ce qui précède et expliquer suffisamment la place importante que je consacre aujourd'hui à cette question dans cette leçon clinique.

Les études anatomopathologiques de Chatellier ont démontré que l'hypertrophie du tissu adénoïde revêt plusieurs formes microscopiques: dans un cas, il existe une infiltration hypertrophique sur tous les points du pharynx nasal; dans un autre les végétations se présentent tantôt agglomérées en masses, tantôt appendues à la voûte à la façon des stalactites, tantôt enfin, sur la partie postérieure, médiane ou latérale du pharynx nasal, sous forme de tumeurs arrondies, sessiles, à large base.

Au point de vue microscopique, ces tumeurs présentent un revêtement épithélial à cellules vibratiles. La tumeur est formée par un tissu plus ou moins dense selon l'âge du sujet, et à son centre cheminent de nombreux vaisseaux. La surface mamelonée de la tumeur est due à la présence de follicules clos.

Chez l'adulte, la tumeur devient plus consistante, les éléments ronds se résorbent et font place à un tissu fibreux adulte (Luc).

Le mot tumeur dont on se sert habituellement pour désigner la maladie est impropre, il ne s'applique pas plus à l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne qu'à l'hypertrophie des amygdales palatines. La seule différence qui existe entre ces deux hypertrophies, c'est que dans cette dernière le tissu fibreux est plus abondant; c'est là l'opinion généralement admise, quoique certains auteurs et parmi ceux-là Woakes aient des vues différentes sur la question. On a aussi prétendu (Bosworth) que la pharyngite granuleuse était une affection identique à l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngées; ce qui porte à admettre cette analogie, c'est que souvent avec ces hypertrophies tonsillaires on remarque une hypertrophie de follicules siégeant soit en arrière et de chaque côté des piliers du voile du palais, disséminée sur la surface inférieure du pharynx.