

laquelle les tumeurs adénoïdes saignent au moindre contact. Quant à la salivation, ce symptôme a surtout été étudié par Couetoux, de Nantes, qui l'attribue à des végétations à saillie médiane provoquant une sorte de titillation de la luette, et à l'application des parties latérales du voile sur la partie postérieure de la voute.

La salive ne peut alors se rendre en arrière au moment de la déglutition, le vide ne se faisant plus. Après une certaine durée d'un tel état, on voit les patients pâlir et s'amaigrir, ils s'essoufflent au moindre travail, deviennent paresseux, ils se réveillent brisés, avec des nausées, un mauvais goût dans la bouche, une perte d'appétit et souvent des maux de tête qui persistent tout le jour.

Nous avons été consultés pour des cas où la persistance des maux de tête avaient fait croire à des manifestations vagues de méningite tuberculeuse, et où le traitement a opéré une guérison aussi rapide que complète. Ménière a aussi signalé des cas très intéressants du même genre.

Ces troubles respiratoires exercent une action remarquable sur le développement de la cage thoracique et même de la colonne vertébrale.

Ces troubles ont déjà été signalés par Dupuytren en rapport avec l'hypertrophie des amygdales palatines. Robert, dans un excellent mémoire sur le même sujet, a fait en 1843, dans le *Bulletin Général de Thérapeutique* (1), un rapprochement de cause à effet entre la respiration buccale d'une part et l'affaiblissement de l'ouïe, l'altération d'attitude, d'expression de la face, le changement du timbre de la voix, la déformation des os de la face et de la cage thoracique de l'autre. Ces faits qu'il attribua alors à l'hypertrophie des amygdales palatines sont encore vrais aujourd'hui, mais on peut aussi les appliquer et à plus forte raison à l'hypertrophie de la glande de Luschka. Voici en quels termes Robert s'exprimait alors :

“ La poitrine, au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est au contraire déprimée, plane et même quelquefois concave, comme si, à l'époque où les côtes étaient molles et flexibles, on les avaient comprimées d'un côté vers l'autre. Cette dépression est plus prononcée vers le milieu de la hauteur du thorax que près de son sommet ou de sa base. Elle est également plus marquée vers le milieu de la longueur des côtes que près de leurs extrémités. Les cartilages costaux forment un angle saillant au point de leur insertion costale. Le sternum dans les cas extrêmes présente à son tiers inférieur un enfoncement très marqué.”

Ceci s'applique exactement à certains cas marqués de végétations adénoïdes. Sous l'effet du tirage, les parois du thorax s'enfoncent au creux épigastrique et on peut se rendre compte sur soi-

(1) Tome XXIV, p. 343.