

des orifices postérieurs, il faut, pour bien découvrir la tumeur, pratiquer la rhinoscopie postérieure. La présence d'un polype une fois reconnue, il est important, pour diriger l'extirpation, de préciser le siège et l'implantation du myxome : cette exploration se fait avec un stylet coudé qui contourne le pédicule du polype, apprécie la mobilité de la masse et la disposition de ses prolongements.

Pronostic et traitement. — Les myxomes des fosses nasales sont, en général, des tumeurs bénignes. Mais, par leurs progrès, ils créent des accidents respiratoires notables ; par leurs récurrences fréquentes, ils sont une affection parfois rebelle ; par les complications du côté de l'oreille, ils peuvent devenir une maladie grave. Donc, leur extirpation doit être aussi radicale que possible. On ne se sert plus de la pince à polypes, arrachant aveuglément les polypes et, quelquefois, des fragments de cornet. L'ablation se fait avec le fil d'acier d'un serre-nœud ou avec l'anse galvano-caustique, portés directement sur le pédicule, grâce à la rhinoscopie. Il faut savoir et annoncer au malade qu'une guérison définitive ne peut être promise à coup sûr, que la récurrence peut se produire dans quelques mois.

ARTICLE II

FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

Anatomie pathologique. — Le périoste des os de la base du crâne est le lieu d'origine de tumeurs fibreuses, dites fibromes *naso-pharyngiens*.

Un siège d'élection de ces tumeurs est spécial : c'est la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital, recouverte par un épais trousseau fibreux triangulaire, dont le sommet s'engage entre l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde, et dont la base regarde le pharynx : de là, le nom *fibromes basilo-pharyngiens*, proposé par TERRIER.

Né de l'apophyse basilaire, qui est le point de départ fréquent mais non exclusif, ou d'une autre région de la base

du crâne (corps et aile du sphénoïde, base de l'apophyse ptérygoïde ou du vomer) le fibrome obstrue d'abord la portion nasale du pharynx. Puis, il proémine en avant, en repoussant les piliers postérieurs et le voile. Se développant latéralement, il peut envahir la fosse zygomatique à travers la fente ptérygo-maxillaire ; là, arrêté par la branche montante du maxillaire supérieur, il passe sous l'arcade zygomatique et gagne la fosse temporale. A sa phase de développement ultime, on le voit remplir toutes les cavités de la face et pénétrer dans l'orbite même et dans le crâne.

Et, cependant, cette tumeur, capable d'un aussi grave développement, est, histologiquement, bénigne. Elle est constituée par un tissu dense, criant sous le scalpel, formée de faisceaux fibreux entre-croisés, entourés par des cellules con-



Fig. 54.
Origine basilaire du fibrome
naso-pharyngien.

nectives aplaties et ramifiées. Une particularité, toutefois, est à noter : tandis que les vaisseaux sont peu abondants dans les fibromes, les polypes naso-pharyngiens sont le siège d'une forte vascularisation, qui crée, au point de vue opératoire, un grave péril d'hémorragie. De plus, surtout chez les sujets jeunes, le néoplasme n'est point toujours pur : il y a des fibro-sarcomes, qui se comportent comme des tumeurs malignes.

Symptomatologie. — Deux points sont à retenir : 1° ces tumeurs se rencontrent généralement chez des adolescents de quinze à vingt ans ; 2° elles ne s'observent guère que chez les sujets du sexe masculin.

Le tableau est ordinairement le suivant : un jeune homme raconte que, depuis quelque temps, sa respiration nasale est gênée, qu'il a de l'enchiffrement, des envies fréquentes de se moucher, quelques épistaxis. Ces symptômes s'accroissent peu à peu : la déglutition devient difficile, le voile du palais ne pouvant s'élever sans rencontrer la tumeur. Le malade s'essouffle, a de l'insomnie, des accès d'oppression, du ronflement ; les épistaxis se répètent et, peu à peu entraînent une anémie prononcée ; presque toujours, il existe un peu de surdité.

Si l'on examine, à ce moment, les fosses nasales avec le spéculum de Duplay, il arrive assez souvent qu'on découvre, dans la profondeur, une masse arrondie rougeâtre. Le sujet ouvrant largement la bouche, on peut constater que le voile du palais



Fig. 55.

Déformations de la face par un polype naso-pharyngien (Musée DUPUYTREN).

Plus tard, lorsque le fibrome a déformé la face, son origine pharyngée initiale peut être méconnue, l'attention du médecin étant dirigée du côté des prolongements maxillaire, temporal ou orbitaire. En pareil cas, on tiendra compte des symptômes d'obstruction naso-pharyngée qui ont marqué les premières phases de l'affection. Le toucher digital fixe sur l'implantation basale de la tumeur. L'âge du malade doit entrer en considération importante, les tumeurs malignes des

sinus et des fosses nasales s'observant surtout chez les sujets âgés.

Pronostic et traitement. — En 1865, LEGUEST signala un fait curieux : les fibromes naso-pharyngiens subissent, au delà de l'adolescence, un arrêt de développement et même une rétrocession. Ce fait est indéniable, mais il est loin d'être constant.

On peut aborder, pour l'extirpation, les fibromes naso-pharyngiens à la faveur d'opérations préliminaires, créant un large accès vers l'implantation de la tumeur : 1^o voie palatine (MANNE), à travers une large incision du voile ; 2^o voie nasale (CHASSAIGNAC et OLLIER) après détachement temporaire du nez ; 3^o voie maxillaire après résection provisoire du maxillaire supérieur (FLAUBERT). Actuellement la tendance est d'extirper les fibromes naso-pharyngiens par les voies naturelles, c'est-à-dire par la bouche et le nez, grâce au morcellement par la pince et à l'abrasion par de longues rugines.

ARTICLE III

DES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DU NASO-PHARYNX

Historique et définition. — Il y a trente-cinq ans à peine, cette question était totalement inconnue : elle a été créée d'un coup par le mémoire fondamental que WILHELM MEYER publia en 1868. A ce mémoire, modèle de précision clinique et d'esprit critique, les recherches ultérieures n'ont à peu près rien ajouté.

La découverte de MEYER était fondée sur un total de 2.000 examens, pratiqués chez les élèves des écoles de Copenhague. Une fois sur cent le médecin danois avait constaté, par le toucher digital, la présence, dans le naso-pharynx, de masses hypertrophiques dues au gonflement de la couche lymphoïde qui constitue la glande de LUSCHKA, et qui forme dans le pharynx nasal une troisième amygdale. A cette lésion constante se rattachent des symptômes nettement établis par MEYER : l'air hébété ; la bouche ouverte ; les déformations de la face ; l'arrêt du développement thoracique ; les déviations dentaires ; l'otite moyenne chronique avec tous ses dégâts.

Symptômes. — Le malade est un enfant, ordinairement au-dessous de quinze ans, plus souvent un garçon qu'une fille. L'attention des parents a été attirée par les faits suivants : l'enfant, gêné dans sa respiration normale, ronfle bruyamment la

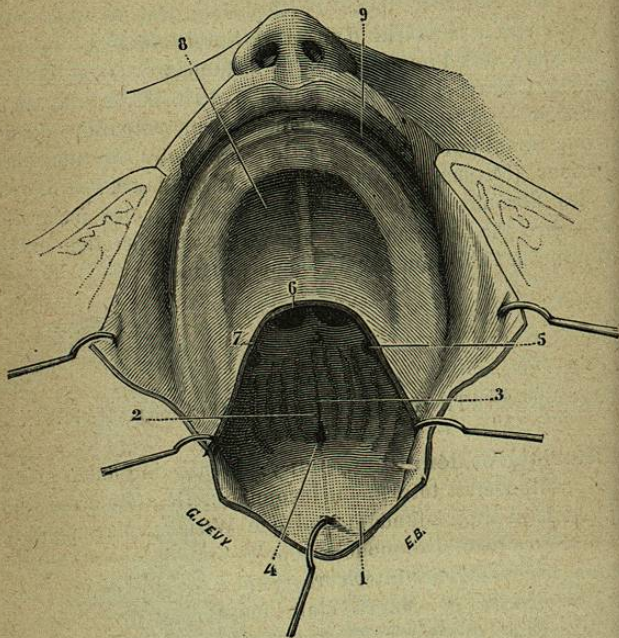


Fig. 56.

Amygdale pharyngienne chez le nouveau-né.

nuit, se réveille plusieurs fois, a des cauchemars ; il se développe mal, est étroit de poitrine, s'enrhume souvent, entend mal, et a une prononciation défectueuse, l'M est articulé comme un B, et l'N comme un D ; les sons nasaux AN, IN, ON, UN disparaissent ; il dit *do* au lieu de *non*, *bato* au lieu de *menton*, *do baba* au lieu de *non maman*. L'expression de son visage

est caractéristique ; c'est le facies adénoïdien : l'enfant a la bouche entr'ouverte, la mâchoire inférieure pendante, la lèvre supérieure épaisse.

Cette bouche bée, cet air hébété, dirigent le diagnostic : il est probable que le pharynx nasal est encombré par des masses adénoïdes. L'examen local va le confirmer. Vous constaterez d'abord un rétrécissement transversal de la face,



Fig. 57.

Facies adénoïdien (d'après une photographie de Castex).

comme si le [massif osseux avait été de chaque côté refoulé en dedans : les pommettes sont aplaties ; la voûte palatine est en ogive, un creux profond se montre derrière les incisives supérieures ; la courbe circulaire que forme normalement l'arcade dentaire supérieure est devenue une parabole allongée.

Ne comptez pas sur la rhinoscopie postérieure pour découvrir les masses adénoïdes : chez les enfants adénoïdiens, à pharynx encombré, qui ne respirent que par la bouche, cette explora-

tion crée une dyspnée mal supportée. C'est par le toucher digital que vous ferez le diagnostic : placez-vous à la droite et en arrière de l'enfant, et de votre bras gauche fixez sa tête; dites-lui d'ouvrir largement la bouche; poussez l'index, les deux dernières phalanges fléchies, face palmaire en haut, jusqu'en arrière du voile du palais. Si l'enfant est porteur

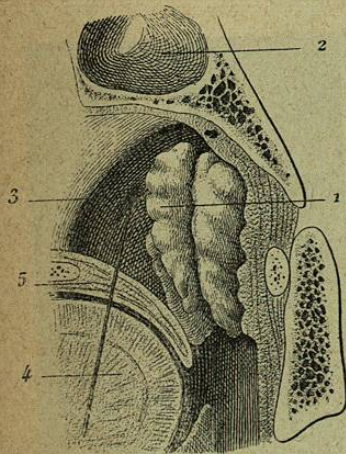


Fig. 58.

Végétations adénoïdes (d'après CASTEX).

de végétations adénoïdes, vous sentirez une masse molle et mamelonnée, formée par un tissu fongueux et mou, qui donne au doigt une impression comparable à celle de la substance cérébrale ou d'un amas de vers de terre; ce toucher cause souvent une légère hémorragie et l'index revient un peu rougi. Pour compléter l'exploration, examinez les oreilles souvent atteintes d'otite.

Pronostic. — Avant la découverte de MEYER, les adénoïdiens étaient exposés à d'inévitables complications. La diminution et souvent l'abolition de la respiration nasale, qui est la conséquence de l'encombrement du pharynx par les masses adénoïdes, avaient de graves effets : 1° sur le développement du squelette (déformation de la cage thoracique, due à l'entrée insuffisante de l'air dans les cavités pulmonaires; déformations de la voûte palatine et de la face, par aplatissement transversal du maxillaire supérieur); 2° sur l'oreille (obturation de l'entrée des trompes par les tumeurs adénoïdes, catarrhe tubaire, sclérose de l'oreille moyenne et surdité, suppuration de la caisse); 3° sur la constitution générale (arrêt du développement par la

gène de l'hématose; diminution intellectuelle; insuffisance de la croissance). — Actuellement toutes ces complications sont prévenues si l'on intervient, dès le jeune âge, par l'ablation des masses adénoïdes.

Traitement. — L'ablation des tumeurs adénoïdes se pratique par la voie buccale, avec l'un ou l'autre de ces deux instruments : 1° la pince, dont les extrémités sont terminées par deux cuillères tranchantes; 2° les couteaux annulaires dont le modèle de Schmidt est le plus parfait. — La pince, dont les divers types dérivent de celui de Lœwenberg, a l'inconvénient de mordre parfois trop profondément et de faire une ablation



Fig. 59.

Couteau de Schmidt.

moins radicale. Le couteau de Schmidt, qui a la forme d'un anneau, tranchant sur son bord interne, peut débayer le naso-pharynx sans entamer sa muqueuse.

Le petit malade, saisi entre les jambes d'un aide, est endormi au bromure d'éthyle : la bouche étant largement ouverte avec l'abaisse-langue, on insinue le couteau de Schmidt derrière le voile du palais; à trois ou quatre reprises, la main s'abaisse et s'élève pendant que l'arête tranchante de l'anneau, qui ne coupe que ce qui dépasse, racle les divers points de la surface naso-pharyngienne, au milieu, à droite, à gauche. Cela dure quinze secondes au plus.