

l'eau salée, chloralée, du chlorate de potasse, etc., des eaux minérales sulfureuses, l'eau de la Bourboule, etc. Ces injections rendent un énorme service aux malades, elles détergent les fosses nasales et masquent la mauvaise odeur, si elles ne la détruisent pas. Cependant, malgré ce courant de liquide balayant plusieurs fois par jour les produits de sécrétion, les croûtes ne s'en forment pas moins et sont expulsées quand elles ont acquis un certain volume. Par conséquent les injections, même très bien faites, ne guérissent pas les malades, à moins peut-être qu'elles ne soient employées tout à fait au début de l'affection. On est donc autorisé à tenter quelque chose de plus, afin de modifier la muqueuse : c'est ce que j'appelle le traitement curatif.

Je me sers en général de la teinture d'iode, au moins au début du traitement, et je l'applique de la façon suivante : le sujet étant endormi (cette petite opération est très douloureuse et serait absolument impraticable sans le secours du chloroforme), un pinceau de charpie ou de blaireau bien imbibé de teinture d'iode est introduit dans les fosses nasales ; je touche successivement le méat inférieur, le méat moyen, le méat supérieur de l'un et de l'autre côté. J'ai soin pendant la durée du traitement de suspendre l'usage des injections afin de mieux apprécier le résultat produit. Un lavage complet des fosses nasales est seulement pratiqué un instant avant la cautérisation, pour que l'action de la teinture d'iode sur la muqueuse soit plus immédiate. Cette manœuvre est répétée à quatre ou cinq jours de distance huit à dix fois de suite. On peut remplacer la teinture d'iode par la liqueur de van Swieten, une solution concentrée de nitrate d'argent, du chlorure de zinc, etc.

Est-on certain de guérir ainsi l'ozène essentiel? non certainement, cependant je suis certain d'avoir obtenu des guérisons et presque toujours de l'amélioration.

Quant à l'ozène tuberculeux et syphilitique, si les injections ne suffisaient pas à amener la guérison et qu'une extraction des séquestres et une cautérisation au fer rouge fussent jugées nécessaires, il faudrait recourir à l'opération du D^r Rouge, c'est-à-dire détacher préalablement le nez de bas en haut, afin d'agir directement sur les fosses nasales, ce que j'ai pratiqué tout récemment à l'Hôtel-Dieu (1885) avec un plein succès sur une élève sage-femme.

Se basant sur la théorie qu'ils ont proposée pour expliquer la production de l'ozène essentiel, les auteurs allemands conseillent l'introduction dans la fosse nasale d'un cylindre de coton qui a

pour but d'en rétrécir le calibre : la sécrétion, disent-ils, est modifiée et ne porte plus aucune odeur. Je ne suis pas à même d'apprécier l'efficacité de ce traitement que je n'ai pas encore employé, mais on conviendra qu'il est loin de constituer une guérison et que des injections bien faites arriveront probablement au même but.

Tumeurs des fosses nasales. — On rencontre dans les fosses nasales un certain nombre de tumeurs (je ne parle que de celles qui s'y développent primitivement) fort différentes les unes des autres. Parmi ces tumeurs, l'une d'elles est remarquable par sa fréquence et par la prédilection qu'elle affecte pour cette région : je veux parler du myxome désigné sous le nom de polype des fosses nasales ; c'est par là que je commencerai cette étude.

Polypes ou myxomes des fosses nasales. — Les polypes des fosses nasales se présentent sous la forme de tumeurs arrondies dont la couleur blanc rosé caractéristique se détache nettement sur le fond rouge de la pituitaire. Ils sont pédiculés, s'implantent en général dans le méat moyen vers la voûte de la cavité. Presque constamment ils se portent vers l'ouverture antérieure des fosses nasales, cependant, exceptionnellement, les polypes peuvent faire saillie à l'orifice postérieur et déprimer le voile du palais.

Mobile sur son pédicule, la tumeur est agitée de mouvements de propulsion en avant, si l'on fait expirer le malade en fermant l'autre narine.

Le nombre des polypes ainsi que leur volume sont extrêmement variables : tantôt il n'existe qu'un seul polype ramifié comme une grappe ou bien mamelonné comme une tomate ; ce cas est le plus heureux, car on peut guérir le malade d'un coup ; le plus souvent il en existe plusieurs, c'est un véritable semis de polypes implantés un peu sur tous les points de la muqueuse, circonstance très défavorable, car un grand nombre de prises sont nécessaires pour débarrasser les malades et la récurrence est la règle. Dans certains cas, les polypes sont tassés, comme empilés dans les fosses nasales, et le nez élargi se trouve considérablement déformé.

Les polypes, étant très hygrométriques, se tuméfient par les temps humides et gênent alors beaucoup plus les malades. Ils n'occasionnent d'ailleurs aucune douleur, mais seulement de la gêne qui atteint son maximum lorsque les deux narines sont affectées à la fois et complètement oblitérées. Les malades ne peuvent plus

respirer que la bouche ouverte ; la gorge est constamment sèche, la voix nasonnée, etc. Lorsqu'il passe encore un peu d'air, on perçoit un bruit de drapeau dû à la locomotion du polype. Parfois on observe un écoulement séro-purulent.

Le diagnostic des polypes des fosses nasales est en général très facile à l'aide des signes qui précèdent. Quand le myxome est resté longtemps dans les narines, la partie exposée à l'air subit une modification de texture qui en altère l'aspect : la muqueuse qui le recouvre, au lieu d'être limitée en ce point par une couche d'épithélium cylindrique à cils vibratiles, ainsi que cela a lieu sur le reste de la surface, est tapissée par une couche d'épithélium pavimenteux stratifié. Il en résulte que le polype, de rosé qu'il doit être, devient gris brunâtre, de consistance plus ferme, et on pourrait le confondre avec une tumeur d'une autre nature, un polype glandulaire, par exemple, erreur qui ne peut être évitée que par l'examen histologique. L'erreur n'est pas grave d'ailleurs, puisqu'un même traitement est applicable à ces deux cas dont le pronostic toutefois est différent.

Une erreur plus préjudiciable aux malades consiste à prendre pour un polype l'extrémité antérieure du cornet inférieur ou la saillie formée par la déviation de la cloison : mais la muqueuse pituitaire est rougeâtre ; elle forme une saillie qui n'est nullement mobile et il suffit en général d'être prévenu pour éviter l'erreur.

La *déviatio[n] de la cloison* en a imposé plus d'une fois pour un polype. Elle se présente sous l'aspect d'une tumeur souvent rouge, parfois rosée, qui obstrue la fosse nasale et s'oppose plus ou moins au passage de l'air. Le diagnostic en est facile : dans la narine opposée à celle où existe la saillie se trouve une dépression siégeant au point correspondant. De plus, si on explore la cloison avec un stylet, on voit que la tumeur fait corps avec elle, et qu'on ne peut ni la soulever ni la mobiliser. C'est ce dernier signe d'ailleurs qui sert à différencier les polypes d'une tumeur quelconque développée dans l'épaisseur de la cloison : fibrome, ostéome, chondrome.

Afin de ne pas revenir sur la déviation de la cloison, je dirai que cette petite difformité gêne très peu les malades et que jusqu'à présent je n'ai pas jugé utile de pratiquer d'opération pour y remédier.

Le seul traitement à opposer aux polypes des fosses nasales est l'extirpation, et le meilleur procédé est l'extraction avec des

pincés. Ces pincés sont légèrement recourbés à leur extrémité et les mors aplatis latéralement pour mieux pénétrer dans les fosses nasales. Certains malades sont doués d'une sensibilité tellement vive que l'introduction de la pince cause par elle-même une réelle douleur ; d'autres au contraire n'éprouvent qu'un chatouillement désagréable. Chez les premiers, badigeonnez préalablement les surfaces avec une solution de cocaïne.

La principale difficulté consiste à éviter la prise de la muqueuse et des cornets avec la pince et à ne pas saisir indistinctement tout ce qui se rencontre sous la pince : c'est dans ce but que l'on a conseillé d'éclairer les fosses nasales avec le miroir frontal et de se conduire comme j'ai conseillé de le faire pour l'extraction des corps étrangers du conduit auditif, c'est-à-dire de n'enlever que ce que l'on voit. Ce procédé est rationnel sans doute et met sûrement à l'abri des erreurs, mais il n'est applicable qu'au début de l'opération, lorsque la fosse nasale n'est pas remplie de sang et qu'il n'y a qu'un seul polype à extraire. Lorsqu'il y a de nombreux polypes, lorsqu'ils sont petits et siègent à la partie postérieure des fosses nasales remplies de sang, ce procédé ne donne plus qu'une fausse sécurité, il est même irréalisable parce qu'on ne voit plus rien d'une façon distincte. Il est alors préférable d'agir comme on le fait dans la lithotritie pour rechercher les fragments de la pierre avec le seul secours du toucher. Voici comment je conseille de manœuvrer dans tous les cas.

Le sujet est assis sur une chaise basse, la tête légèrement renversée en arrière. La pince est introduite fermée jusqu'au niveau du polype. Les deux branches sont alors écartées l'une de l'autre et s'appliquent contre les parois des fosses nasales, lesquelles de la sorte ne peuvent être saisies. Bouchant l'autre narine, on ordonne au malade de faire une forte expiration qui a pour but de porter le polype d'arrière en avant et de le pousser entre les mors de la pince ouverte. Les anneaux sont alors rapprochés et maintenus par le cran d'arrêt. Soutenant la pince de la main gauche, on lui imprime de la droite des mouvements de torsion sur place sans aucune traction, et le polype se détache au niveau de son pédicule. Cette même manœuvre est répétée autant de fois qu'il est nécessaire. On détermine de la sorte le minimum de douleur, et il est à peu près impossible de saisir la muqueuse ou les cornets.

Il est assez commun, lorsque les polypes sont nombreux, de ne pouvoir débarrasser le malade dans une seule séance, et l'on est

parfois surpris de trouver encore des polypes très volumineux que l'on n'avait pas rencontrés. Ces derniers étaient probablement tassés et réfoûlés au niveau de leur attache à la voute des fosses nasales.

Le traitement consécutif est nul.

La récurrence est fréquente, et c'est vainement que j'ai pour mon compte cherché, jusqu'à présent du moins, à m'y opposer en faisant renifler des poudres d'alun, de tannin, etc., en faisant pratiquer des douches nasales avec des solutions liquides.

Au lieu d'être constitués par du tissu myxomateux, les polypes des fosses nasales peuvent se développer aux dépens des glandes qui sont si abondantes dans l'épaisseur de la pituitaire. Ce sont des polyadénomes, et souvent de véritables épithéliomes glandulaires, analogues à ceux que l'on trouve parfois dans la cavité utérine. Ces tumeurs de couleur brunâtre peuvent atteindre un volume considérable, repousser et détruire les cornets, franchir la limite des fosses nasales, soit qu'elles fassent saillie à l'extérieur, dans le pharynx ou vers l'angle interne de l'œil, qui se trouve fortement repoussé en dedans. Ces productions me paraissent devoir être en clinique rapprochées des polypes muqueux, parce qu'elles comme eux sont pédiculées et peuvent être enlevées facilement sans occasionner trop de dégâts. La couleur les fera surtout reconnaître ; cependant il sera parfois utile, pour établir le diagnostic, de porter un fragment sous le champ du microscope. Toutefois les myxomes s'observent souvent des deux côtés à la fois, tandis qu'il m'a semblé que les polyadénomes étaient ordinairement unilatéraux. L'obstruction de la fosse nasale, la déformation du nez, les épistaxis et les douleurs irradiant dans la tête, sont des signes qui leur sont propres.

Le pronostic de cette variété de polypes est beaucoup plus sérieux que celui des myxomes, en raison de leur tendance marquée à la récurrence et aussi du volume considérable qu'ils peuvent atteindre rapidement, les myxomes restant souvent stationnaires pendant de longues années.

Si les polyadénomes sont peu développés, il convient de les extirper par les voies naturelles à l'aide de pinces comme les myxomes, mais, lorsqu'ils sont volumineux et débordent la région, une opération préliminaire est indispensable pour les enlever en totalité et pénétrer jusqu'à leur insertion. Celle qui convient le mieux en

général est une incision verticale partant de l'angle interne de l'œil, descendant dans le sillon naso-jugal et gagnant la commissure en traversant le pli génio-labial. La cicatrice qui en résulte est peu apparente même chez les femmes. Le lambeau comprenant l'aile du nez est détaché et la fosse nasale largement ouverte. Si un prolongement avait traversé l'ethmoïde et pénétré dans l'orbite, il serait nécessaire de réséquer avec la pince de Liston une portion de la branche montante du maxillaire supérieur. La réunion immédiate sera pratiquée avec le plus grand soin pour obtenir le minimum de déformation.

Tumeurs diverses des fosses nasales. — On rencontre dans les fosses nasales, indépendamment des myxomes et des polyadénomes, qui sont de beaucoup les plus communs, des sarcomes, des fibromes et des ostéomes.

Les *sarcomes* évoluent comme les polyadénomes et donnent lieu aux mêmes signes physiques, de telle sorte que le diagnostic anatomique de la tumeur ne peut être fait qu'à l'aide du microscope.

Cependant, si la tumeur présente une marche rapide, si elle n'est pas pédiculée, on est autorisé à soupçonner l'existence du sarcome.

Le traitement est d'ailleurs le même : pratiquer l'extirpation de la tumeur le plus tôt possible, soit par les voies naturelles, si elle n'est pas trop volumineuse, soit en se créant une voie artificielle, ainsi que je l'ai dit précédemment.

Les *fibromes* des fosses nasales méritent une mention spéciale, car ils constituent une variété de tumeur propre à la région et même à une certaine partie de la région. On les a en effet observés au voisinage de l'orifice postérieur, dans le point où la muqueuse pituitaire est doublée par une couche fibreuse très épaisse aux dépens de laquelle se développe la tumeur, ainsi que l'a fait remarquer M. Panas. Ces fibromes donnant lieu à un ensemble de signes qui se rapprochent de ceux que déterminent les polypes naso-pharyngiens, j'y reviendrai à propos de ces derniers.

Les *ostéomes* des fosses nasales prennent en général naissance dans les sinus de la face : aussi les décrirai-je avec les affections de ces cavités.