

C. Maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales. — L'arrière-cavité des fosses nasales est encore désignée sous le nom de portion nasale du pharynx, de pharynx nasal.

C'est un espace quadrilatère limité en arrière par l'apophyse basilaire, en avant par l'orifice postérieur des fosses nasales et le bord tranchant du vomer, de chaque côté par l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, en bas par le voile du palais. Cet espace mesure environ 3 centimètres en hauteur et en largeur. Quant à sa profondeur, elle est très variable : chez certains sujets, la face dorsale du palais touche presque la paroi postérieure du pharynx, de telle sorte qu'il est très difficile d'explorer la région avec le doigt recourbé en crochet derrière le voile. Je rappelle que la paroi postérieure de cette cavité est exclusivement formée par l'apophyse basilaire, l'arc antérieur de l'atlas correspondant exactement au prolongement de la voûte osseuse du palais. L'apophyse est très obliquement dirigée en bas et en arrière, circonstance qu'il ne faut pas oublier, quand il s'agit d'enlever une tumeur développée à sa surface avec l'écraseur linéaire ou une anse métallique quelconque. L'angle que forme l'apophyse basilaire avec l'arc antérieur de l'atlas est comblé par un trousseau fibreux d'une grande épaisseur et d'où naissent dans la majorité des cas les polypes naso-pharyngiens (Voir *Anat. topogr.*, fig. 94, 4^e édit.).

Un autre détail anatomique d'une haute importance est relatif aux glandes de cette région. On trouve, en effet, une couche épaisse de plusieurs millimètres de follicules lymphatiques simples ou composés, comme ceux des amygdales. Il existe en outre une couche épaisse de glandes en grappe visibles à l'œil nu. Leur existence rend compte de phénomènes pathologiques absolument spéciaux à cette région et que je signalerai plus loin.

En raison de la profondeur à laquelle siège la portion nasale du pharynx, les blessures de cette région sont rares. Je ne parle pas des fractures de l'apophyse basilaire, qui font partie des fractures de la base du crâne. Des instruments piquants peuvent y pénétrer par la bouche et par les fosses nasales, mais ce sont principalement des plaies par armes à feu qu'on y observe à la suite de tentatives de suicide. Le diagnostic en est fort difficile, et la blessure ne peut être en général que soupçonnée.

Le traitement est à peu près nul et ne saurait être dirigé que

contre les complications inflammatoires qui peuvent se développer à la suite.

La portion nasale du pharynx est le siège fréquent d'une inflammation chronique qui porte le nom de *catarrhe naso-pharyngien*; on y rencontre des *ulcérations* de nature diverse; des *adénomes*; une tumeur spéciale connue sous le nom de *polype naso-pharyngien* et le *fibro-myxome*.

Catarrhe naso-pharyngien. — Les sujets atteints de cette affection présentent un nasonnement habituel; ils respirent avec difficulté par les fosses nasales et dorment ordinairement la bouche ouverte, d'où résulte une certaine sécheresse de la gorge. La trompe d'Eustache participe souvent à l'inflammation: aussi les malades ont-ils l'ouïe moins fine et souvent même sont atteints d'un certain degré de surdité. J'ai déjà dit plus haut que le catarrhe sec de la caisse du tympan était la conséquence ultime de cette affection.

La guérison s'obtient très difficilement parce que le catarrhe est souvent lié à un état constitutionnel: scrofule, herpétisme, etc. Aussi l'usage des eaux sulfureuses et arsenicales est-il indiqué. Comme traitement local, on aura recours aux douches liquides nasales, sur lesquelles j'ai insisté en étudiant l'ozène.

Ulérations. — Les ulcérations de la portion nasale du pharynx ne sont pas rares, et elles reconnaissent en général pour cause la syphilis à l'état de plaques muqueuses ou de gommes ulcérées; elles peuvent cependant être liées à la scrofule. Si la lésion occupe le voisinage de la trompe d'Eustache, le diagnostic ne peut guère être affirmé qu'à l'aide du rhinoscope dont l'emploi, je l'ai déjà dit, présente des difficultés parfois insurmontables: aussi ne peut-on le plus souvent que les soupçonner. La syphilis peut à la longue déterminer une atrésie de l'isthme du gosier que M. A. Guérin a comparée à celle qu'une cause analogue détermine sur le rectum. On peut même observer la soudure du voile du palais avec la paroi pharyngienne, de telle sorte que toute communication entre les cavités buccale et nasale est interceptée.

Ces ulcérations se traduisent par une sécrétion puriforme, de la douleur, de la difficulté dans la déglutition, souvent par une odeur infecte. L'ouïe peut être plus ou moins altérée.

Le traitement consistera dans l'application de topiques locaux, à l'aide d'une baleine recourbée en crochet et portée derrière le

voile; on emploiera le nitrate d'argent, la teinture d'iode, etc.; les douches nasales pratiquées avec des liquides antiseptiques: acide phénique, thymique, solution de chloral, seront d'un puissant secours. Le traitement général, reconstituant en cas de scrofule ou spécifique dans le cas de syphilis, sera mis concurremment en usage.

Adénome. — La présence de tumeurs adénoïdes dans l'arrière-cavité des fosses nasales est assez commune, mais on conçoit que le diagnostic en soit fort difficile, surtout si la tumeur ne présente qu'un petit volume et siège sur les parties latérales au pourtour des trompes d'Eustache, ce qui est la règle. On peut toutefois en rencontrer dans d'autres points, par exemple, à la face supérieure du voile du palais, ainsi que j'en ai publié un cas dans la *Gazette des hôpitaux* (1885, 19 mars). Il s'agissait d'une femme âgée de quarante ans, mais c'est principalement chez les enfants qu'on les observe. Les follicules clos de la région représentent une sorte d'amygdale diffuse, et ils subissent une hypertrophie comme l'amygdale elle-même.

Les signes auxquels donne lieu cette variété de tumeur adénoïde sont à peu près les mêmes que ceux du catarrhe naso-pharyngien: nasonnement, difficulté à respirer par le nez; les malades dorment la bouche ouverte, ronflent fortement et crachent parfois un peu de sang au réveil. L'ouïe est plus ou moins altérée et en général d'une façon intermittente; l'odorat diminue.

On voit que cet ensemble de signes se rapproche également beaucoup de celui auquel donne lieu l'hypertrophie des amygdales: aussi confond-on très souvent ces deux affections, qui ont d'ailleurs des liens de parenté très étroits, mais un examen attentif démontre que les amygdales ne sont pas tuméfiées ou du moins ne le sont pas suffisamment pour expliquer les accidents. L'un des meilleurs moyens d'établir le diagnostic est d'examiner avec le rhinoscope, si l'on peut, mais surtout d'explorer la région avec le doigt recourbé en crochet derrière le voile du palais.

Au résumé, lorsqu'on voit un enfant, de préférence une jeune fille, présenter les signes de l'hypertrophie des amygdales sans altération appréciable de ces glandes, il est à peu près certain qu'il existe une tumeur adénoïde du pharynx nasal. Ces enfants ont en général une constitution lymphatique, et souvent on trouve en même temps des ganglions cervicaux engorgés.

Le traitement de cette affection présente de réelles difficultés, car il n'y a d'utile en général que le traitement chirurgical, et il n'est pas toujours aisé de manœuvrer dans cette région. Il faut d'ailleurs savoir que ces tumeurs sont susceptibles de diminuer spontanément avec l'âge: aussi ne doit-on pas se hâter d'intervenir. Mais les symptômes sont parfois si accusés, surtout du côté de la trompe d'Eustache, qu'il est plus sage de ne pas attendre l'effet du temps.

Une circonstance favorable au traitement est que ces tumeurs sont facilement énucléables: ainsi dans le cas de ma malade, après avoir fendu le voile du palais (ce qui fut fait sans provoquer aucune douleur, grâce aux applications préalables de cocaïne), je pus détacher la tumeur avec le doigt et l'extraire en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire: mais c'est exceptionnellement qu'il est nécessaire de fendre le voile du palais; il faut agir par-dessus. Voici la marche que je conseille de suivre: commencez le traitement par des douches nasales liquides, si toutefois les deux fosses nasales sont perméables, avec du chlorate de potasse, des eaux sulfureuses, etc.; avec une baignoire recourbée au bout de laquelle est fixée une petite éponge, touchez la partie malade avec une solution de nitrate d'argent (1 gramme pour 10 grammes d'eau). Si ce traitement échoue, il faudra enlever la tumeur. Essayez de la détacher avec l'ongle et, si c'est impossible, servez-vous de l'instrument tranchant. L'enfant sera endormi, la tête fortement renversée en arrière, pour éviter la chute du sang dans le larynx: le voile du palais écarté, la tumeur saisie avec une pince pourra être énucléée avec une curette tranchante ou bien les ciseaux.

Polypes naso-pharyngiens. — On voit quelquefois naître de l'apophyse basilaire, probablement aux dépens du trousseau fibreux que j'ai signalé plus haut, une tumeur de nature fibreuse, contenant cependant dans son épaisseur des éléments fusiformes, à laquelle on donne le nom de polype naso-pharyngien, bien qu'elle ne soit pas nettement pédiculée. Cette tumeur est très remarquable en ce qu'elle ne se développe que dans l'adolescence de quinze à vingt-cinq ans, et qu'elle est spéciale au sexe masculin; on n'en a pas jusqu'ici signalé d'authentiques chez la femme. Cette considération d'âge et de sexe doit donc être prise en très sérieuse considération pour l'établissement du diagnostic.

Autre détail important: le polype fibreux naso-pharyngien

ne s'observe plus après trente ans, parce que, d'après les observations judicieuses de MM. Gosselin et Legouest, il aurait une tendance à disparaître spontanément à partir d'une certaine époque de la vie. Si ce fait était confirmé d'une manière absolue, il serait d'une importance capitale dans le traitement de cette affection, car, au lieu de chercher à faire des opérations radicales toujours très périlleuses pour la vie du malade, il suffirait d'attendre que les accidents fussent menaçants pour opérer, et ensuite d'avoir recours aux méthodes les plus douces qui permettent d'atteindre sans encombre la période de régression; les opérations partielles seraient suffisantes.

Une tumeur siégeant au-dessus du voile du palais et dont le doigt sent nettement l'implantation sur la paroi pharyngienne postérieure, tumeur de couleur en général violacée, ferme au toucher, un peu rénitente, immobile sur son point d'attache, déprimant le voile du palais, tel est l'aspect sous lequel se présente le polype naso-pharyngien. La tumeur peut acquérir un volume considérable et envoyer des prolongements dans diverses directions: en bas vers le larynx; en avant dans les deux fosses nasales, qui se trouvent considérablement élargies; en dehors vers la fosse zygomatique en passant par le trou sphéno-palatin; en haut vers la cavité crânienne, qui peut être ouverte par la destruction successive de l'apophyse basilaire.

Il est facile de deviner tous les troubles qu'apporte, dans la santé du jeune garçon, une tumeur ayant atteint un pareil développement: la respiration ne peut se faire que par la bouche, et encore est-elle très pénible en cas de prolongement laryngien; la déglutition, la phonation, sont altérées; la face est considérablement déformée. Il n'existe pas de troubles cérébraux même dans le cas de communication avec la cavité crânienne.

La tumeur est peu vasculaire par elle-même, mais la muqueuse du pharynx qui la recouvre renferme un grand nombre de vaisseaux. Or la muqueuse, exposée incessamment au contact de l'air, puisque le malade respire la bouche ouverte, finit par s'ulcérer, et il survient des hémorrhagies qui constituent l'un des plus graves accidents des polypes naso-pharyngiens. Ces hémorrhagies se répètent fréquemment et plongent le malade dans l'anémie la plus profonde, à ce point qu'il ne tarde pas à succomber.

Le diagnostic des polypes fibreux naso-pharyngiens est en gé-

néral facile. On pourrait toutefois les confondre avec une autre tumeur de cette région, décrite seulement depuis 1869, sous le nom de *fibro-myxome*, et dont je m'occuperai plus loin.

S'il est aisé de reconnaître un polype naso-pharyngien, il l'est beaucoup moins de le traiter. Ce point de médecine opératoire a vivement préoccupé, et à juste titre, les chirurgiens de notre temps.

Et d'abord, faut-il opérer un polype naso-pharyngien? On conçoit que la question puisse être posée après ce que je viens de dire de l'opinion de MM. Gosselin et Legouest. D'une façon générale, on peut répondre par l'affirmative. Cependant, si le sujet avait dépassé une vingtaine d'années, si la tumeur était peu volumineuse, ne provoquait pas d'hémorrhagies, on pourrait se contenter d'une expectation armée.

Le chirurgien mis en demeure d'opérer un polype naso-pharyngien doit choisir entre plusieurs méthodes. On peut diviser ces dernières en méthodes non sanglantes et méthodes sanglantes. Les premières consistent dans la destruction de la tumeur avec des caustiques, le chlorure de zinc, par exemple, et dans l'emploi de l'électrolyse. Les secondes comprennent l'ablation de la tumeur avec l'instrument tranchant ou un autre mode de diérèse tel que l'écraseur linéaire, le galvano ou le thermo-cautère; l'écoulement sanguin est sans doute moins abondant avec ces instruments spéciaux, mais il s'en produit toujours une certaine quantité.

Trois voies ont été suivies pour arriver jusqu'au polype: la voie buccale avec ou sans division de la voûte palatine; la voie nasale avec réclinaison du nez, et la voie génienne avec résection du maxillaire supérieur.

Quelle est la meilleure méthode, la méthode de choix? La réponse à cette question est impossible à faire, parce que chaque méthode convient, selon moi, à des cas particuliers.

Il me paraît utile d'admettre sous ce rapport les trois cas cliniques suivants: 1° la tumeur forme saillie dans le pharynx et ne déborde pas cette cavité; 2° la tumeur envoie des prolongements dans les fosses nasales; 3° la tumeur envoie des prolongements dans la fosse zygomatique.

Dans le premier cas, lorsque le polype est limité au pharynx, la voie buccale est celle qui se trouve tout indiquée. Il sera le plus souvent nécessaire de fendre le voile du palais dans son milieu et

même d'intéresser la voûte suivant la pratique de Nélaton, ce qui permet d'arriver directement sur le point d'implantation du polype. M. E. Bœckel a eu l'idée de couper le voile en travers au lieu de le couper en long, mais je doute qu'on ait ainsi autant de facilités pour atteindre le but principal, c'est-à-dire la découverte du polype.

L'incision de Nélaton donne un jour très large, et le chirurgien peut alors employer directement divers moyens de destruction. C'est dans ces cas que convient surtout la méthode électrolytique qui donna de bons résultats à Nélaton, mais a l'inconvénient d'agir très lentement. Il faut se servir d'une pile composée de 6 à 12 éléments, enfoncer dans le sein de la tumeur une aiguille correspondant au pôle négatif (Nélaton enfonçait les deux aiguilles), laisser en place l'aiguille pendant 5 à 10 minutes et renouveler cette manœuvre tous les 4 ou 5 jours.

A. Richard préférerait enfoncer dans la tumeur des flèches de pâte de Canquoin.

Enfin on pourrait se servir de l'anse galvanique, du thermocautère. L'anse galvanique, de même que la chaîne de l'écraseur, seraient des moyens très indiqués dans ce cas, mais, comme il n'est pas possible de faire manœuvrer ces instruments de bas en haut, mais seulement de haut en bas, il résulte de la direction très oblique en bas et en arrière de l'apophyse basilaire qu'une bonne partie du polype n'est pas enlevée. Rampola avait eu jadis l'idée ingénieuse, pour vaincre cette difficulté, de faire agir la chaîne de l'écraseur de bas en haut, en faisant pénétrer celle-ci par l'angle interne de l'œil jusque dans le pharynx : mais je pus m'assurer en 1861, avec Rampola lui-même, que l'exécution de cette manœuvre est à peu près impossible. En dernier ressort, on aurait recours au bistouri, aux ciseaux, aux rugines tranchantes.

L'ouverture palatine est maintenue jusqu'à guérison et on l'oblitére ensuite par une opération complémentaire. Rappelons que la destruction absolument complète du pédicule n'est peut-être pas indispensable.

Dans le second cas clinique, la tumeur a envoyé des prolongements dans les fosses nasales : or il arrive que ces dernières sont distendues, que la cloison et les cornets sont refoulés et détruits, ce qui permet un libre accès sur le polype. La voie nasale, combinée ou non avec une boutonnière palatine, est alors indiquée. Remarquez, d'ailleurs, qu'en égard aux dispositions anatomiques cette voie est la meilleure, puisque l'apophyse basilaire se trouve

exactement dans l'axe des fosses nasales. Cette méthode, conseillée par Chassaignac et Ollier, consiste à détacher le nez à sa base et à le rabattre sur la bouche. Les fragments du polype sont arrachés, et à l'aide d'une curette tranchante on pénètre sur le pédicule que l'on détache. Une pince de Museux préalablement implantée par la bouche dans la tumeur sert à attirer celle-ci au dehors quand elle est détachée et l'empêche de tomber sur l'orifice supérieur du larynx.

Enfin, lorsque le polype a atteint un volume considérable, lorsqu'il envoie des prolongements dans toutes les directions et en particulier dans la fosse zygomatique, les méthodes précédentes ne sont pas suffisantes : une mutilation préalable est nécessaire pour arriver jusque sur la tumeur ; pour en faire l'extirpation complète, il faut suivre la voie génienne et pratiquer la résection du maxillaire supérieur. C'est un sacrifice à coup sûr pénible que d'enlever un maxillaire sain sur un jeune garçon, aussi a-t-on songé à détacher seulement le maxillaire en conservant les principaux moyens de nutrition, à le récliner, à l'écarter, à pratiquer, en un mot, une résection temporaire. Huguier eut le premier cette pensée ingénieuse. Je ne saurais me prononcer sur la valeur clinique de cette opération ; ce que je puis dire, c'est qu'elle est, sur le cadavre, d'une exécution très difficile, et qu'elle ne donne peut-être pas un jour suffisant pour mener à bien l'opération dont elle n'est que le prélude. Le sacrifice du maxillaire supérieur est douloureux sans doute, mais, en somme, je pense qu'il ne faut pas s'arrêter à cette considération, car c'est la vie du jeune homme qui est immédiatement en péril. Une condition de succès dans ce genre d'opérations est d'aller vite : or la résection temporaire est plus pénible, plus longue que la résection définitive : aussi je préfère cette dernière jusqu'à nouvel ordre, d'autant plus qu'il n'est pas démontré que le maxillaire supérieur ainsi détaché puisse reprendre vie lorsqu'il a été remis en place.

Fibro-myxome du pharynx nasal. — On désigne sous ce nom une tumeur composée, ainsi que l'indique son nom, de tissu fibreux et de tissu myxomateux. Depuis le cas présenté en 1869 par M. Legouest, les exemples se sont multipliés, et j'en ai moi-même publié (*Gaz. des hôp.*, 5 janvier 1886) une observation bien typique. La figure 21 représente exactement la tumeur, et le schéma (fig. 22) donne une idée fidèle de la situation qu'elle occu-

pait. Ces dessins ont été faits par M. Loïsnel, un des élèves de mon service.

Le fibro-myxome du pharynx nasal est bien en réalité un polype naso-pharyngien dans le sens grammatical du mot, puisqu'il est pédiculé et siège partie dans les fosses nasales, partie dans le pharynx, mais il diffère essentiellement du polype purement



Fig. 21. — Fibro-myxome du pharynx nasal.
Grandeur naturelle.

fibreux. On peut dire que, sauf le siège commun aux deux genres de tumeurs, tous les autres caractères sont différents. Le pronostic en particulier est loin d'être identique, le fibrome étant infiniment plus grave que le fibro-myxome. Voici les principaux signes cliniques qui permettent de les différencier :

Le fibrome est spécial au sexe masculin et aux adolescents; — le fibro-myxome s'observe chez les femmes et à tous les âges de la vie. Le fibrome est très ferme au toucher, — le fibro-myxome est presque mou. Le fibrome attaque les os, pénètre dans les cavités de la face et les détruit; — le fibro-myxome n'attaque jamais les os, même après plusieurs années d'existence. Le fibrome s'implante

toujours sur l'apophyse basilaire; — le fibro-myxome s'insère de préférence au pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales; la paroi pharyngienne est libre. L'implantation du fibrome est très large, c'est une tumeur sessile; — le fibro-myxome est beaucoup plus nettement pédiculé, on lui imprime des mouvements dans le sens transversal, il pend dans le pharynx comme un battant de cloche. Le fibrome provoque toujours des hémorrhagies qui compromettent la vie du malade; — le fibro-myxome n'en provoque jamais.

Il résulte de ces différences nombreuses que le traitement des fibro-myxomes est beaucoup plus simple que celui des fibromes. Dans le cas qui m'est personnel, je fendis le voile du palais sur la ligne médiane et, après avoir passé un fil dans la tumeur pour qu'elle ne pût tomber sur l'orifice supérieur du larynx, je la dé-

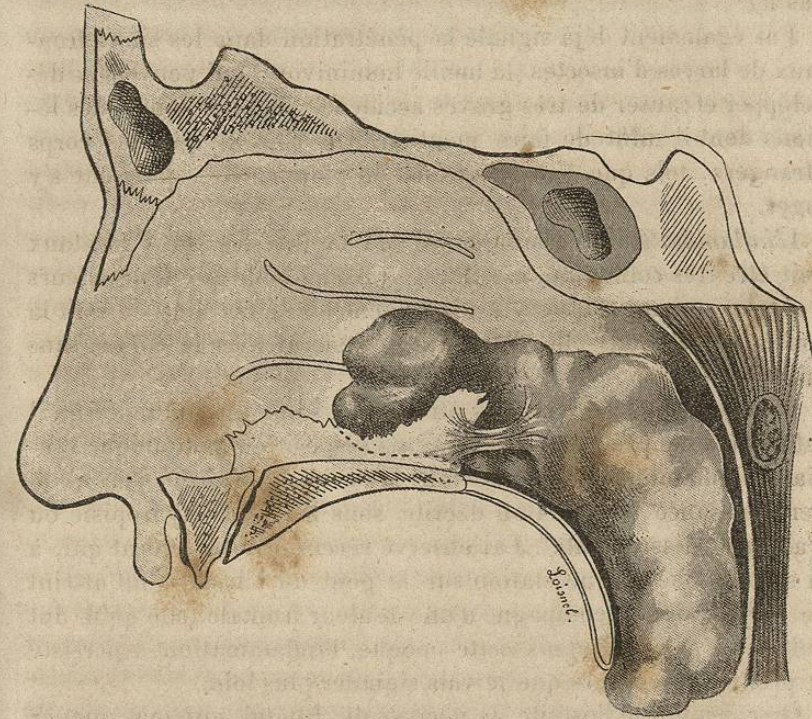


Fig. 22. — Schéma reproduisant la disposition et le mode d'implantation du fibro-myxome nasal représenté fig. 21.

tachai facilement avec une curette tranchante; le voile du palais fut aussitôt recousu. Il me paraît très probable que j'aurais pu arracher la tumeur en la saisissant avec des pinces courbes portées derrière le voile resté intact, et c'est ce que je tenterais d'abord dans un cas analogue.

D. Maladies des sinus de la face. — Au nombre de trois, les sinus sphénoïdal, frontal et maxillaire, sont loin de présenter chacun la même importance pathologique. Le premier n'a pas de maladies qui lui soient propres; le second est très rarement atteint;