

plus considérable que d'habitude, la cloison et le plancher des fosses nasales. Le cornet inférieur, extrêmement peu développé, ne forme plus qu'un bourrelet mince, laissant apercevoir l'orifice pharyngien de la trompe et ses mouvements pendant la déglutition. Le cornet moyen est quelquefois aussi atrophié.

Ces caractères n'ont pas seulement été établis sur le résultat de l'examen rhinoscopique, ils s'appuient aussi sur des autopsies pratiquées par Zaufal, Hartmann et Gottstein, dans lesquelles on a pu constater l'absence d'ulcérations de la muqueuse et la largeur anormale des cavités nasales. On constate, en outre, l'atrophie de la muqueuse.

Pour Zaufal, dont la théorie paraît généralement adoptée aujourd'hui, c'est à ce vice de conformation qu'est due la fétidité caractéristique de l'ozène. A l'état normal, en effet, le courant d'air d'inspiration n'a que peu d'influence sur le nettoyage des mucosités formées dans les fosses nasales. Le courant d'expiration, au contraire, les entraîne en avant, où elles s'accumulent et sont expulsées de temps en temps par l'action de se moucher. Le cornet inférieur, en rétrécissant par son volume la cavité nasale, imprime au courant d'air d'expiration une force plus grande. Ce cornet vient-il à manquer, les fosses nasales forment une large cavité que le courant d'air d'expiration n'arrive plus à balayer complètement, et dans laquelle stagnent les mucosités. Elles s'y accumulent, s'y dessèchent sous forme de croûtes extrêmement fétides, qui adhèrent fortement à la muqueuse ; et la preuve que telle est bien la véritable cause de l'affection, c'est qu'une fois ces croûtes entraînées complètement par le lavage, toute odeur fétide de l'haleine disparaît. Toutefois la théorie de Zaufal a été combattue par certains auteurs, notamment par Zuckerkandl et Habermann. Pour ce dernier auteur, l'affection ne serait autre chose qu'une variété de catarrhe chronique; il y aurait d'abord des altérations glandulaires et un gonflement de la muqueuse. Plus tard, à la période hypertrophique ferait suite une transformation fibreuse avec atrophie progressive de la muqueuse.

De son côté, la bactériologie a cherché à préciser l'agent qui donne à l'ozène sa fétidité spéciale. En 1885, M. Læwenberg a décrit dans le mucus de l'ozène un gros coccus, se trouvant tantôt en chaînettes courtes, tantôt en amas, et plus souvent encore sous la forme de diplocoque. Cultivé sur la gélatine, ce microbe donnerait naissance à

l'odeur caractéristique. Les recherches de Læwenberg ont été confirmées par M. Cornil. Dernièrement M. Marano a décrit un bacille en capsule qu'il croit identique au microbe de Læwenberg, mais n'a pu reproduire par les cultures l'odeur spéciale. La question n'est donc pas encore définitivement tranchée.

Diagnostic. — D'après cela, le diagnostic ne présente pas de sérieuses difficultés. Il repose sur l'examen rhinoscopique qui permet de constater la configuration particulière des fosses nasales que nous avons indiquée, et l'absence d'ulcérations. Une fois les croûtes qui tapissaient la muqueuse enlevées, on constate que celle-ci est rouge, mince et lisse, en un mot atrophiée.

Pronostic. — Avant la connaissance des faits précédents, le pronostic de l'ozène simple ou idiopathique était extrêmement grave. La guérison, en effet, ne s'obtenait que d'une façon exceptionnelle, et après un temps considérable. Toutefois Trousseau note que l'ozène qui n'apparaît qu'après la première enfance a souvent tendance à diminuer pendant l'âge adulte et dans la vieillesse. Aujourd'hui la connaissance plus exacte des causes qui le produisent, permet, sinon de le guérir, puisque les conditions qui lui donnent naissance tiennent à un vice de conformation persistant, du moins de pallier très heureusement ses inconvénients, et par là de débarrasser les malades d'une horrible infirmité.

Traitement. — Il consiste tout d'abord dans l'expulsion des mucosités concrètes au moyen de la douche naso-pharyngienne employée comme nous l'avons indiqué précédemment. On peut se servir pour les lavages, soit d'eau salée, soit de liquides médicamenteux, et, en particulier, du chlorate de potasse à la dose de 4 à 5 grammes pour 100. Ces douches doivent être répétées trois fois dans les vingt-quatre heures, puis on ne les fera plus que deux fois, et enfin une seule fois. Il est nécessaire de faire passer à chaque séance 1 ou 2 litres d'eau à travers les fosses nasales. Puis, pour empêcher la reproduction des croûtes et de l'ozène, on place dans les fosses nasales un petit tampon d'ouate. Ce tampon, du volume d'une plume d'oie environ, est enroulé sur une tige et introduit au niveau du cornet inférieur, c'est-à-dire un peu en haut et en arrière, dans la direction de l'angle externe de l'œil. On s'assure qu'il est bien placé lorsque le malade, en soufflant par la narine correspondante, ne rejette pas le tampon. Dès que ce moyen est employé, le malade commence à

expulser en se mouchant des mucosités liquides, il ne se forme plus de croûtes, et toute odeur fétide disparaît. Le tampon peut rester en place pendant deux ou trois jours; au bout de ce temps, il tombe chargé de mucosités, pendant les efforts faits en se mouchant, et doit être renouvelé. Pour empêcher le dessèchement de la muqueuse et des sécrétions, M. Ruault conseille d'employer, dans l'intervalle des lavages, des pommades à base de vaseline renfermant un antiseptique, tel que le naphthol ou le salol camphré, dans la proportion de 10 centigrammes pour 1000

III

NÉOPLASMES OU TUMEURS DES FOSSES NASALES

1^o MYXOMES OU POLYPES MUQUEUX

Les myxomes ou polypes muqueux sont les tumeurs les plus fréquentes des cavités nasales. Ils se rencontrent surtout dans l'âge adulte, et un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs sont molles et tremblotantes, d'aspect gélatineux. Elles appartiennent au tissu muqueux, ce sont donc des myxomes. Elles prennent naissance dans le tissu conjonctif de la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux. Leur surface est recouverte par la couche d'épithélium cylindrique stratifié et à cils vibratiles qui appartient normalement à la muqueuse des fosses nasales. Dans quelques-unes d'entre elles, on trouve des glandes muqueuses qui ont subi une hypertrophie considérable, et dont les culs-de-sac et les conduits excréteurs présentent des dilations kystiques. Ce sont là des tumeurs mixtes ou myxo-adénomes. L'implantation se fait habituellement sur la partie antérieure des fosses nasales et sur sa partie externe, surtout au niveau du cornet moyen, plus rarement sur le cornet inférieur; on ne les trouve jamais sur la cloison. Quelquefois aussi l'implantation a lieu près de la partie inférieure des fosses nasales, auquel cas les tumeurs proéminent dans la cavité naso-pharyngienne. Habituellement multiples, les polypes muqueux des fosses nasales peuvent occuper une seule, ou les deux narines à la fois. Leur volume est extrêmement variable, et à côté de polypes volumineux, on trouve à la surface de la muqueuse

de petites masses de la grosseur d'un pois ou d'un grain de millet qui expliquent bien la fréquence des récidives. Le pédicule est tantôt très étroit, tantôt assez large. Il renferme des vaisseaux peu abondants, mais pas de nerfs.

Étiologie. — On sait peu de chose sur l'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales. On a incriminé le traumatisme, le froid humide, les coryzas répétés. Encore faut-il faire remarquer à ce propos que, dans beaucoup de cas de doute, le coryza était déjà symptomatique de l'existence d'un polype méconnu.

Symptômes. — Au début, les symptômes ne sont autres que ceux du coryza chronique: enchifrènement, nasonnement de la voix, augmentation de la sécrétion nasale, qui est quelquefois mélangée de filets de sang. Le polype, augmentant de volume, amène une certaine gêne au passage de l'air, et il y a sous ce rapport des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Elles tiennent à ce que le polype étant hygrométrique augmente ou diminue de volume, suivant l'état d'humidité de l'atmosphère. Bientôt le volume de la tumeur est tel que l'air ne peut plus passer par les fosses nasales et que le malade est obligé de respirer la bouche ouverte. Il en résulte pendant le sommeil un ronflement guttural particulier; l'odorat se perd, quelquefois même l'ouïe est altérée par propagation de l'inflammation de la muqueuse nasale à l'ouverture des trompes. Parfois les malades ont eux-mêmes conscience de la présence d'un corps étranger dans les fosses nasales, qui se déplace pendant les mouvements de la respiration.

L'examen des fosses nasales, soit simplement en faisant exécuter au malade un mouvement d'expiration forcé, soit à l'aide du spéculum, permet de reconnaître une tumeur grisâtre, quelquefois rosée, et même, dans certains cas, d'un rouge vif, qui obstrue plus ou moins complètement la fosse nasale. Quelquefois les polypes implantés profondément font saillie dans l'arrière-cavité des fosses nasales où le doigt, recourbé en crochet derrière le voile du palais, permet de les reconnaître.

La marche de la maladie est en général progressive. En se développant, les polypes déjetent en dehors l'aile du nez du côté correspondant. Ils peuvent même comprimer le canal nasal et déterminer un certain degré d'épiphora. Mais les symptômes de compression sont toujours très limités: ils diffèrent singulièrement, comme

nous le verrons, de ceux qu'on observe dans le cas de polypes fibreux. La présence des polypes muqueux entretient un état irritatif continu de la muqueuse nasale. Elle détermine des amygdalites fréquentes, et même des accès d'asthme, ainsi que l'ont indiqué, en France, M. Duplay, en Allemagne, Voltolini; ainsi que cela résulte d'un mémoire intéressant publié par le docteur Joal dans les *Archives de médecine* de 1882. Exceptionnellement on a vu les polypes se résorber graduellement; enfin quelquefois même ils ont été expulsés spontanément. Mais c'est là une terminaison trop rare pour qu'on soit en droit d'y compter.

Diagnostic. — Le diagnostic des polypes muqueux, sans être difficile, peut prêter cependant à de nombreuses erreurs. Souvent l'épaississement de la muqueuse nasale au niveau du cornet inférieur a été pris pour un polype. Mais ici la couleur rouge et la vascularisation sont beaucoup plus prononcées; la tumeur n'a pas le pédicule nettement circonscrit des polypes, elle n'a pas non plus leur mobilité.

La déviation de la cloison peut être également prise pour un polype; mais l'examen avec le stylet permet de constater que, tandis que la cloison des fosses nasales forme une convexité dans l'une des narines, elle présente du côté opposé une concavité correspondante.

Les corps étrangers, les calculs des fosses nasales, lorsqu'ils sont recouverts de mucus, pourraient aussi donner lieu à l'erreur; mais l'examen à l'aide du stylet permettra de reconnaître leur consistance dure, très différente de celle des polypes.

Souvent aussi les tumeurs malignes des fosses nasales, sarcomes, épithéliomas, ont été prises à tort pour des polypes muqueux. Mais leur développement et leur marche progressive excessivement rapides, les hémorrhagies abondantes auxquelles elles donnent lieu, l'engorgement ganglionnaire concomitant les en feront distinguer.

Quant au diagnostic entre les polypes muqueux et les polypes naso-pharyngiens, nous l'exposerons à propos de ces dernières tumeurs.

Pronostic. — Sans être grave, le pronostic des polypes muqueux est fâcheux, en ce qu'ils constituent une affection gênante et qui récidive avec une extrême facilité.

Traitement. — Un très grand nombre de méthodes ont été con-

seillées pour l'ablation des polypes muqueux des fosses nasales; mais la plupart d'entre elles sont complètement tombées en désuétude. De ce nombre sont l'exsiccation à l'aide de poudres astringentes, la compression, la cautérisation, la ligature. Restent aujourd'hui seulement l'excision et l'arrachement.

Cette dernière méthode remonte à Fabrice d'Aquapendente qui imagina la pince à polypes; mais l'arrachement pratiqué à l'aveugle, comme on le faisait autrefois, est une opération brutale et pleine d'inconvénients. La pince, en effet, n'est guidée ni par la vue, ni par la main; on détermine des fractures, des arrachements de la muqueuse et des cornets, des hémorrhagies abondantes. J'ai vu un chirurgien opérant ainsi arracher la totalité du cornet inférieur.

Aussi faut-il suivre le conseil de M. Duplay et s'aider du spéculum et de l'éclairage fourni par le miroir frontal pour guider l'instrument. On peut également pratiquer de la même manière l'excision, à l'aide du polypotome de Wilde.

En général, l'écoulement sanguin cache au bout d'un certain temps le champ opératoire; aussi vaut-il mieux faire l'ablation des polypes en plusieurs temps plutôt que de poursuivre l'opération, sans être guidé par la vue.

Une fois les polypes enlevés, il faut se préoccuper d'empêcher la récidive. Pour cela, il est nécessaire de cautériser le point d'implantation, soit avec le nitrate d'argent, soit avec une solution de chlorure de zinc portée à l'aide d'un pinceau sur les fosses nasales éclairées par le spéculum.

Puis les douches, les insufflations et les pulvérisations de substances astringentes (alun, tanin, sulfate de zinc, etc.) seront conseillées, tant pour traiter le coryza concomitant, que pour détruire ces petites masses polypeuses qui existent toujours dans le voisinage des gros polypes, et qui, échappant à l'instrument, deviennent le point de départ des récidives.

2° FIBROMES OU POLYPES FIBREUX DES FOSSES NASALES

Autrefois on décrivait sous le nom de polypes nasaux les fibromes des fosses nasales, et suivant que ces polypes poussaient des prolongements dans telle ou telle des cavités de la face, on leur donnait les noms des polypes naso-maxillaires, naso-frontaux, et naso-pharyngiens.

ryngiens. Nous savons aujourd'hui que l'implantation primitive de ces polypes dans les fosses nasales est excessivement rare. Presque toujours elle se fait, à la base du crâne, dans la cavité naso-pharyngienne. Lors même que l'insertion se fait dans les fosses nasales, c'est près de leur extrémité postérieure qu'elle a lieu et, de bonne heure, ces tumeurs proéminent dans la cavité naso-pharyngienne. Nous renvoyons donc leur description à celle des polypes naso-pharyngiens dont nous parlerons à propos des maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales.

5° OSTÉOMES DES FOSSES NASALES

Outre les exostoses qui peuvent se développer aux dépens du squelette des fosses nasales, et qui appartiennent le plus souvent à la syphilis, on rencontre encore dans ces cavités des tumeurs osseuses particulières qui ont pour caractères de se montrer chez des sujets jeunes, en dehors de toute cause diathésique, et de n'avoir avec le squelette que des relations très peu marquées. C'est à cette dernière variété de tumeurs qu'on réserve le nom d'ostéomes des fosses nasales.

C'est aux travaux de Follin, de Dolbeau, de Richet, que nous devons la connaissance de ces tumeurs, qui ont été en 1869 l'objet d'une très bonne thèse de M. Ollivier. En 1870, M. Rendu leur a consacré un article dans les *Archives de médecine*.

Anatomie pathologique. — Les ostéomes des fosses nasales sont formés de tissu compact, éburné, ou de tissu spongieux. Les ostéomes éburnés sont les plus fréquents. Leur consistance est tellement dure qu'on a vu les divers instruments s'émauser à leur surface, sans pouvoir les entamer. Ils sont composés de couches concentriques stratifiées, dont la disposition rappelle celle des calculs urinaires.

Les ostéomes spongieux ou cellulux sont enveloppés par une seule couche de tissu compact d'où partent les aiguilles osseuses qui convergent vers leur centre et qui circonscrivent des aréoles remplies d'une matière gélatineuse.

Le volume de ces tumeurs est extrêmement variable. S'il en est qui ne dépassent pas la grosseur d'une noix, d'autres atteignent celle

du poing. Leur forme, très irrégulière, se moule sur toutes les anfractuosités des fosses nasales. Les exostoses éburnées présentent une surface mamelonnée.

De toutes parts, la tumeur est enveloppée par la muqueuse nasale. En se développant, ces tumeurs déplacent et même perforent les os voisins. C'est à leur enlèvement exact dans les cavités des fosses nasales qu'est due la difficulté de leur extraction; car, ainsi que nous l'avons noté déjà, elles n'ont que très peu de connexions avec le squelette. Ce point a été surtout mis en lumière par les travaux de Follin et de Dolbeau. Mais à cet égard il est entre elles une différence: les unes en effet sont complètement libres dans une cavité tapissée par la muqueuse; les autres adhèrent au squelette par un pédicule très peu volumineux, et plutôt ostéo-fibreux qu'osseux. Parfois les ostéomes déterminent par leur présence des ulcérations de la muqueuse, et même des nécroses des os voisins.

Étiologie et pathogénie. — C'est à tort qu'on a invoqué dans le développement des ostéomes les différentes causes diathésiques, scrofule, syphilis, et le traumatisme. La seule notion étiologique bien établie, c'est celle de l'âge. C'est, en effet, chez des jeunes gens de quinze à vingt ans qu'on rencontre ces tumeurs.

Quant à leur mode de formation, on est loin d'être encore fixé à cet égard. La cause en est que les autopsies sont extrêmement rares, et que, dans le cours des opérations pratiquées, il est toujours très difficile de déterminer les connexions précises de la tumeur avec les os voisins; il est même difficile de dire si ces connexions existent ou non. Toutefois les opinions anciennes de J. Cloquet, qui faisait de ces tumeurs des polypes ossifiés, et de Rokitansky, qui les regardait comme des enchondromes ossifiés, ne sauraient être admises. Les deux opinions qui ont cours à l'heure actuelle sont celle qui place l'origine des ostéomes dans la muqueuse des fosses nasales, et celle qui les fait venir du squelette.

Virchow fait de ces tumeurs des énostoses, c'est-à-dire des productions qui, nées du diploé, perforent la table externe de l'os pour devenir libres au dehors. Dans quelques cas, en effet, on a constaté des adhérences évidentes entre la tumeur et l'os sous-jacent. Mais, dans d'autres, il semblait que l'ostéomè fût complètement libre dans la cavité qui le contenait. C'est pour ces cas que les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont mis en avant l'hypothèse du dévelop-

pement de la tumeur aux dépens « de ces concrétions, sorte de stalactites » rencontrées quelquefois par eux sur les parois des sinus. L'opinion du *Compendium*, à laquelle s'est rangé Dolbeau, semble recevoir une confirmation des faits observés par MM. Verneuil et Sappey. En 1855, en effet, M. Verneuil a présenté à la Société de biologie le sinus maxillaire d'un jeune homme de vingt-cinq ans sur la muqueuse duquel on voyait de petites concrétions osseuses très adhérentes. Deux fois M. Sappey dit avoir constaté dans l'épaisseur du périoste, intimement uni au derme de la muqueuse, une mince lamelle osseuse. Il semble donc bien que, la membrane de Schneider se confondant par sa couche profonde avec le périoste, ce soit la couche profonde de cette muqueuse qui donne véritablement naissance aux ostéomes des fosses nasales. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, le point le plus important à retenir pour le chirurgien, c'est le peu d'adhérence entre ces tumeurs et l'os sous-jacent.

Symptômes. — Pendant longtemps les symptômes restent très obscurs; les malades accusent seulement un coryza chronique, et quelquefois des épistaxis. Plus tard la tumeur, augmentant de volume, détermine des douleurs névralgiques dues à la compression qu'elle exerce sur les nerfs du voisinage. Proéminent dans les fosses nasales, elle entrave le passage de l'air et apporte obstacle à l'olfaction et à la respiration. Enfin la tumeur peut faire une saillie visible à l'orifice antérieur des fosses nasales; elle est recouverte par une muqueuse rosée, quelquefois grisâtre et ulcérée. Arrivée à ce degré, la tumeur refoule et détruit les parties voisines. La narine est élargie, la cloison des fosses nasales et le nez lui-même sont déjetés du côté opposé. Le sillon naso-génien se comble et disparaît. Les voies lacrymales et l'œil lui-même sont comprimés et déplacés; de là, de l'épiphora et de l'exophthalmie; la voûte palatine et le voile du palais sont abaissés. Quelquefois en même temps on observe des douleurs violentes, des hémorrhagies répétées et de la suppuration, qui épuisent la constitution du malade.

En général, la marche est chronique et lentement progressive. On a vu exceptionnellement la tumeur être expulsée spontanément, comme dans un cas de Hilton, mais cela grâce à la nécrose des os voisins et au prix d'une déformation persistante.

Diagnostic. — Au début, il est fort obscur; c'est seulement un examen soigneux des fosses nasales à l'aide du spéculum et du

stylet qui permettrait de reconnaître des tumeurs assez petites pour ne faire aucune saillie apparente au dehors.

Plus tard, quand la tumeur est devenue assez visible pour qu'on puisse apprécier aisément tous ses caractères, le diagnostic ne présente pas en réalité de difficultés. Sa consistance la distingue des polypes, son développement très lent la sépare des tumeurs malignes. Quant aux exostoses syphilitiques, l'âge des malades, l'absence d'antécédents, l'absence d'autres manifestations syphilitiques à la surface du corps, et, au besoin, le traitement spécifique, les en distingueraient. Restent les corps étrangers et les calculs; mais ces derniers ne déterminent pas la déformation des cavités de la face causée par les ostéomes, ils ne présentent pas non plus leur marche continue et progressive.

Pronostic. — Sans avoir la gravité des tumeurs malignes, les ostéomes de la face n'en sont pas moins fâcheux, à cause des désordres de voisinage auxquels ils donnent lieu. Aussi faut-il le plus rapidement possible procéder à leur extirpation.

Traitement. — C'est ici qu'il importe de se rappeler les notions fournies par l'anatomie pathologique. Prenant en considération la consistance éburnée de la plupart de ces tumeurs, on n'essayera pas de les fragmenter; mais par des opérations préliminaires convenables, on créera une brèche suffisante pour leur livrer passage; après quoi, il sera très facile de les extraire, en les saisissant avec un fort davier.

4^e ENCHONDROMES

Les enchondromes des fosses nasales sont rares. Toutefois on en a signalé plusieurs exemples sur la cloison, appartenant à Richet, Bryant, Erichsen. M. Verneuil a enlevé un enchondrome implanté sur les cellules ethmoïdales, chez un jeune garçon de onze ans. Enfin M. Heurtaux (de Nantes) a communiqué en 1877, à la Société de chirurgie, l'intéressante observation d'un enchondrome de la fosse nasale gauche, pesant 155 grammes et enlevé par lui sur une jeune femme de vingt-deux ans.

Comme les ostéomes, ces tumeurs ont presque toujours été rencontrées chez de jeunes sujets. Elles déterminent, à l'exemple des exostoses et des polypes fibreux, des phénomènes de compression et

de refoulement sur les organes voisins. Aussi les mêmes opérations leur sont-elles applicables.

5° ADÉNOMES

Déjà nous avons noté dans l'épaisseur de certains polypes muqueux la présence de nombreuses glandes hypertrophiées. Il existe aussi des tumeurs entièrement constituées par l'élément glandulaire, véritables adénomes des fosses nasales. M. Robin le premier en a décrit un exemple. M. Verneuil en a recueilli un cas qui a été le point de départ de la thèse de Pugliese (1862) sur les adénomes des fosses nasales.

Ces tumeurs donnent lieu à des symptômes analogues à ceux des polypes muqueux; en cas de doute, l'examen microscopique trancherait le diagnostic. Il est important, en effet, d'être fixé sur leur véritable nature, car l'arrachement qui convient aux polypes muqueux ne saurait suffire en cas d'adénomes. Il a été plusieurs fois suivi de récidives. Il est donc nécessaire de faire sur le squelette du nez des opérations préliminaires pour mettre largement à nu l'intérieur des fosses nasales et détruire, en même temps que la tumeur, son point d'implantation.

6° TUMEURS MALIGNES (ÉPITHÉLIOMA, SARCOME)

Sous le nom de cancer des fosses nasales, on a décrit tantôt des épithéliomas, tantôt des sarcomes. Quant au carcinome primitif des fosses nasales, nous pouvons dire; avec M. Terrier, avec MM. Cornil et Ranvier, qu'il n'en existe pas d'exemple authentique.

A l'entrée des fosses nasales on rencontre l'épithélioma pavimenteux qui se développe, soit primitivement dans la peau pour envahir ensuite la narine, soit aux dépens de l'épithélium pavimenteux qui tapisse à l'état normal le vestibule des fosses nasales. On rencontre aussi dans les fosses nasales l'épithélioma à cellules cylindriques, qui affecte une grande ressemblance avec les polypes muqueux.

A côté de l'épithélioma, il faut signaler les papillomes; un de ces polypes papillaires, enlevé par M. Tillaux et examiné par MM. Cornil et Ranvier, a récidivé.

Les sarcomes des fosses nasales sont rares, ils peuvent se déve-

opper sur tous les points de ces cavités. On les a rencontrés notamment sur la cloison. Tantôt ils se développent aux dépens de la muqueuse seule, tantôt aux dépens des os, sous forme d'ostéosarcomes.

Le diagnostic de ces tumeurs est surtout à faire, soit avec les polypes muqueux, soit avec les polypes fibreux des fosses nasales. A propos des polypes muqueux, nous rappellerons combien est rare leur insertion sur la cloison, qui est au contraire un fait fréquent dans les tumeurs malignes; les hémorragies abondantes, l'engorgement ganglionnaire sont aussi des signes qui appartiennent seulement à ce dernier groupe de tumeurs. Quant aux polypes fibreux, les conditions d'âge et de sexe ont la plus haute importance, puisqu'on les observe seulement chez des jeunes gens et dans le sexe masculin.

Rappelons en terminant qu'on a pu voir des encéphalocèles et des méningocèles faisant saillie dans l'intérieur des fosses nasales. On devra donc toujours se méfier beaucoup des tumeurs congénitales de cette région.

Le pronostic des tumeurs malignes des fosses nasales est extrêmement grave, tant à cause de la nature même de ces tumeurs que vu leurs rapports avec la cavité encéphalique qu'elles peuvent envahir, donnant lieu à des complications mortelles. Les opérations qu'on leur oppose sont donc pleines d'incertitude, car il peut se faire que déjà la tumeur ait poussé des prolongements du côté du crâne, sans qu'aucun symptôme soit venu en avertir l'observateur. De plus, la profondeur à laquelle on opère, l'abondance de l'hémorragie gênent l'action du chirurgien et rendent parfois bien difficile une ablation complète. Quoi qu'il en soit, nous devons répéter ici ce que nous avons déjà dit à propos des adénomes, l'arrachement de ces tumeurs est toujours insuffisant. Si l'on intervient contre elles, il faut le faire d'une façon radicale, à l'aide de larges opérations préliminaires portant sur le squelette de la face et du nez.

IV

VICES DE CONFORMATION DES FOSSES NASALES

Les difformités acquises des fosses nasales sont très fréquentes, soit à la suite des traumatismes, soit comme conséquence d'altéra-

tions pathologiques des parties molles et du squelette du nez. Nous ne nous en occuperons pas ici; nous dirons seulement quelques mots de deux vices de conformation congénitaux : 1° l'étranglement des fosses nasales; 2° la déviation de la cloison.

1° ÉTROITESSE CONGÉNITALE DES FOSSES NASALES

Le rétrécissement des fosses nasales peut porter soit sur leur diamètre transversal, soit sur le diamètre vertical. Quand c'est le diamètre transversal qui est rétréci, les cornets arrivent au contact de la cloison, et ce n'est qu'en suivant le méat inférieur qu'un instrument peut être introduit dans le pharynx. Le rétrécissement porte-t-il, au contraire, sur le diamètre vertical, il peut tenir à l'aplatissement de la base du nez, ou, plus souvent encore, à l'exagération de convexité du plancher des fosses nasales. Ces différents vices de conformation paraissent prédisposer aux maladies de la pituitaire et de la cavité naso-pharyngienne, et, par là, aux maladies de l'appareil auditif.

2° DÉVIATIONS DE LA CLOISON

Rien n'est plus fréquent que la déviation de la cloison; bien rarement, en effet, elle affecte une disposition tout à fait verticale. Le plus souvent elle s'incline légèrement vers l'une des deux fosses nasales, surtout du côté gauche. Lorsque cette déviation est peu marquée, elle n'a que l'intérêt d'une disposition anatomique particulière; rappelons toutefois que c'est à cette déviation de la cloison à gauche qu'on a attribué la fréquence plus grande de la tumeur lacrymale de ce côté.

Mais lorsque la déviation est très prononcée, elle met obstacle au passage de l'air et elle peut même être assez marquée pour que la partie antérieure de la cloison fasse une saillie visible au dehors et constitue une difformité persistante.

Tantôt la déviation existe d'un seul côté, tantôt elle est en forme d'S et occupe à la fois les deux narines en des points différents. Souvent on rencontre, dans ces faits, une exagération de la convexité du plancher des fosses nasales. Il semble que la hauteur des cavités nasales étant insuffisante, la cloison a dû se recourber sur elle-même.

On comprend que cette disposition apporte une gêne considérable à la respiration dans les cas où elle est bilatérale; de plus, comme le rétrécissement simple des fosses nasales, elle expose aux maladies de la cavité naso-pharyngienne et de l'audition.

Cette déformation est encore intéressante à connaître, vu les erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu. On peut, en effet, prendre la saillie formée par la cloison déviée pour une tumeur; un examen attentif fera reconnaître que la déviation existe en sens inverse dans la fosse nasale du côté opposé, et permettra d'éviter l'erreur.

C'est seulement dans les cas où il y aura une difformité apparente et une gêne très grande à la pénétration de l'air, qu'on devra intervenir. Cette question a été, de la part de M. Berger, l'occasion d'une intéressante communication à la Société de chirurgie, en 1884. Jusqu'ici les diverses opérations faites pour combattre cette difformité avaient porté sur la portion cartilagineuse de la cloison. Un chirurgien belge, Heylen, cité par les auteurs du *Compendium*, avait réséqué une partie de ce cartilage. Chassaignac en avait pratiqué l'évidement, de façon à l'amincir et à pouvoir le redresser. Blandin avait enlevé à l'emporte-pièce une partie de la cloison cartilagineuse. M. Berger, se fondant sur la remarque de M. Duplay, que la tumeur visible constituée par la cloison déviée comprend à la fois une portion cartilagineuse appartenant à la cloison et une portion osseuse appartenant au vomer, a pratiqué une résection de cette portion osseuse, et cela avec succès. C'est donc à la tumeur osseuse située près du plancher des fosses nasales, et facile à distinguer à sa consistance spéciale de la portion cartilagineuse, qu'il faut s'adresser. À l'aide du ciseau, on enlève des copeaux successifs de la substance osseuse avec la muqueuse qui la recouvre. Ces sections sont faites parallèlement à la direction de la cloison; une dilatation ultérieure de la narine complète la guérison. On a conseillé également de détruire par l'électrolyse la partie saillante de la cloison; d'après Miot, trois séances de galvanopuncture seraient suffisantes pour obtenir la guérison.