

*brane muqueuse* elle-même, repoussée par la production morbide et encore recouverte de son *épithélium à cils vibratils*, comme il est facile de s'en assurer en examinant, aussitôt après l'arrachement, un fragment de polype au microscope; le mouvement des cils persiste parfois vingt-quatre heures après l'arrachement, bien qu'il soit alors devenu très-lent; 2° par une trame assez lâche de tissu cellulaire, remplie de sérosité, présentant parfois une ou plusieurs vésicules plus ou moins larges, qui sont des follicules muqueux dont le canal excréteur s'est oblitéré. Dans d'autres cas, on voit partir de l'enveloppe extérieure des prolongements formés de tissu lamineux accompagné de quelques vaisseaux sanguins très-minces, prolongements qui s'entre-croisent en tous sens et divisent la tumeur en lobules plus ou moins volumineux. La surface d'implantation des polypes muqueux est tantôt large et arrondie, tantôt pédiculée; si le pédicule est large, le polype ne peut se déplacer; si au contraire il est mince, long, effilé, la tumeur est mobile et se porte en avant et en arrière pendant les mouvements respiratoires. Quelques auteurs admettent que, par suite de ces mouvements, on entend un bruit spécial, appelé *bruit de drapeau*, et qu'ils considèrent comme un signe pathognomonique de l'affection. Les polypes muqueux sont *solitaires* ou  *multiples*; dans le premier cas, ils s'implantent généralement sur la muqueuse qui tapisse la cloison ou les cornets; dans le second, c'est sur la paroi supérieure. Chaque polype a le plus souvent son point d'implantation isolé; dans certains cas, un seul pédicule supporte plusieurs petites tumeurs (*polypes en grappe*).

Il est fréquent de voir les deux côtés du nez remplis de ces polypes; d'autres fois un seul côté est atteint. En général ils n'occupent que la moitié ou le tiers supérieur de la narine; dans d'autres cas, ils remplissent toute la fosse nasale, ils peuvent même traverser l'orifice postérieur de cette cavité et refouler en bas le voile du palais.

**Causes.** Elles sont fort obscures: l'affection est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, les adultes que les enfants. Dans le jeune âge, on observe surtout des polypes solitaires et gélatiniformes. Le froid, l'humidité, les coryzas répétés semblent être des causes prédisposantes.

**Symptômes.** Ces polypes débutent le plus souvent d'une façon fort insidieuse; le malade est enchifréné et respire difficilement du côté affecté; il éprouve la sensation d'un corps mou, dont il cherche à se débarrasser en se mouchant souvent; la respiration est gênée à un plus haut degré pendant les temps froids et humides, en raison des propriétés hygrométriques de la tumeur. Le plus souvent il n'y a pas de douleur; parfois il se fait par intervalles des épistaxis, soit spontanées, soit à la suite d'attouchements. Plus la tumeur s'accroît, plus la gêne de la respiration devient grande: les malades sont obligés de dormir la bouche ouverte, ils ronflent pendant le sommeil. La voix est nasonnée.

En examinant au grand jour les fosses nasales, on aperçoit une tumeur plus ou moins profondément située, d'un rouge grisâtre, recouverte de mucus, molle, élastique. Lorsque la fosse nasale est complètement obstruée et que le polype continue à s'accroître, il ne tarde pas à déborder

l'ouverture de la narine et à apparaître à l'extérieur. Dans quelques cas, la tumeur proémine en même temps dans le pharynx, refoule le voile du palais en bas et gêne la déglutition. On reconnaît facilement cette complication, en portant dans la bouche le doigt indicateur et en le faisant pénétrer jusque sur la paroi postérieure du pharynx; après quoi on le recourbe en crochet au-dessus du voile du palais.

**Pronostic.** L'affection, bien que très-gênante, ne compromet pas la vie; elle récidive souvent, et à ce point de vue les polypes multiples sont plus graves que les polypes solitaires.

**Traitement.** Les moyens à opposer aux polypes muqueux sont: la *dessiccation*, la *compression*, la *cautérisation*, l'*excision*, l'*arrachement*.

**Dessiccation.** On porte sur la tumeur des substances liquides ou solides capables d'en produire le resserrement et consécutivement l'atrophie. Les *dessiccatifs liquides* sont employés sous forme d'*injections*, ou de *bourdonnets humides*; *solutions d'alun*, de *sulfate de zinc*, *décoctions de ratanhia*, de *noix de galle*, *alcool*, etc. Les *dessiccatifs solides*, réduits au préalable en poudre, sont insufflés à l'aide d'un chalumeau, ou appliqués sur la tumeur à l'aide de bourdonnets humectés d'eau: *poudre d'alun*, de *noix de galle*, de *sabine*, etc. Ces moyens sont peu efficaces; on ne peut guère les employer que comme *palliatifs* chez les sujets trop pusillanimes pour se soumettre à une opération.

**Compression.** On l'exécute, soit en pratiquant le *tamponnement* des fosses nasales, comme dans l'épistaxis (voy. p. 304), tamponnement qu'on renouvelle tous les trois ou quatre jours; soit en étreignant la base du polype dans les mors d'une pince à anneaux. C'est une méthode sur laquelle il y a peu à compter.

**Cautérisation.** Au moyen d'un *speculum nasi*, on introduit une canule qui pénètre jusqu'au polype; et à travers cette canule on porte un fer rouge sur la tumeur; l'escarre une fois détachée, on renouvelle l'opération autant de fois qu'il est nécessaire, jusqu'à ce que toute la masse morbide soit détruite. Sabatier, ayant remarqué que ce procédé donne lieu à des céphalalgies violentes, préfère les *caustiques potentiels*: *nitrate d'argent*, *nitrate acide de mercure*, *beurre d'antimoine*, *potasse caustique*. L'application de ces divers agents doit être faite avec une extrême prudence, et suivie d'injections répétées d'eau tiède.

**Excision.** Elle n'est guère applicable qu'aux polypes solitaires situés peu profondément, qu'on abaisse facilement à l'aide de pincés à griffes ou d'une érigne; on découvre alors le pédicule qu'on sectionne à l'aide de ciseaux, ou d'un bistouri boutonné, concave sur le tranchant. A la suite de cette opération, il peut survenir une *hémorragie* plus ou moins abondante, à laquelle il est facile de remédier par le tamponnement, l'introduction dans la narine de bourdonnets trempés dans une liqueur styptique, ou l'application d'un bouton de feu. Les jours suivants, on pratique des injections astringentes.

**Arrachement.** Cette méthode est généralement préférée de nos jours. Elle a l'avantage de débarrasser promptement le malade, d'exposer moins

aux hémorragies consécutives que l'*excision*, d'être moins effrayante et moins douloureuse que la *cautérisation*, enfin de permettre d'enlever, sinon la totalité, du moins la plus grande partie du mal. Pour la pratiquer, on se sert de pinces droites ou courbes, pourvues d'anneaux à l'une des extrémités; tandis qu'à l'extrémité opposée se trouve, dans une étendue de 1 centimètre environ, une surface large, concave, fenestrée et pourvue de dentelures plus ou moins saillantes. Le malade est assis sur une chaise, en face d'une fenêtre bien éclairée, la tête renversée en arrière, appuyée sur la poitrine d'un aide; la pince est introduite fermée dans la narine et portée jusque sur le polype, que l'on saisit entre les mors de l'instrument. Alors on tire la pince à soi, en ayant soin de lui imprimer un mouvement de rotation autour de l'axe, de façon à tordre le pédicule. Le plus souvent le polype se déchire, et on l'arrache par fragments; dans ce cas, après avoir laissé le malade se reposer un instant, on introduit la pince et on enlève une nouvelle partie de la tumeur; on répète cette manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire; on est assuré que le polype a été enlevé en entier, quand l'air passe librement à travers la narine et produit un bruit net et franc, lorsque l'opéré fait une forte expiration, la bouche étant fermée. S'il survient consécutivement une *hémorragie*, on la combat par les moyens que nous avons indiqués page 303. Si le polype remplit les fosses nasales de façon à rendre l'introduction de la pince impossible, on en saisit un fragment que l'on attire à soi en l'allongeant; on place une seconde pince au-dessus de la première, et on procède alors à la torsion et à l'arrachement. A la suite de l'opération, le malade accuse parfois de la *céphalalgie*; mais celle-ci est généralement de courte durée. Pendant les quelques jours qui suivent, le patient doit renifler fréquemment une solution astringente pour prévenir une phlegmasie de la pituitaire; plus tard, il use, pendant trois ou quatre semaines, d'*injections de sulfate de zinc* en solution, en vue de prévenir la récurrence.

#### B. POLYPE FIBREUX.

Ils sont formés par une substance dure, résistante, peu extensible, peu élastique, recouverte par la membrane muqueuse, à laquelle ils doivent leur coloration externe rosée, tandis qu'ils offrent une couleur blanche ou grisâtre à l'intérieur. Ils sont exclusivement composés de tissu fibreux, avec des vaisseaux capillaires plus apparents que dans les polypes muqueux. Ils naissent du périoste par une base assez large; quelquefois ils sont pédiculés. Les symptômes et les indications thérapeutiques qu'ils fournissent sont différents, suivant la région qu'ils occupent; aussi convient-il d'étudier successivement les polypes *nasaux proprement dits*, les polypes *naso-maxillaires*, les polypes *naso-frontaux* et les polypes *naso-pharyngiens*.

1° **Polypes nasaux.** Ils naissent de la paroi supérieure ou de la paroi externe de la fosse nasale. Ils se développent d'abord dans la cavité nasale qu'ils remplissent, et, continuant à s'accroître, ils s'avancent vers les orifices antérieur et postérieur des fosses nasales. Bientôt, par la pression

qu'ils exercent, ils refoulent, écartent, détruisent même les os propres du nez, et arrivent parfois à se faire jour sous la peau. Dans d'autres cas, ils repoussent en bas la voûte palatine, ou, détruisant la cloison, ils font saillie dans l'autre narine; ou bien ils s'étendent par en haut et se mettent en contact avec la dure-mère. Les troubles fonctionnels sont identiques à ceux des polypes muqueux: il y a anosmie, gêne de la respiration; la voix est nasonnée, l'expiration par les narines difficile, parfois même impossible; en explorant directement les fosses nasales, on aperçoit une tumeur plus ou moins volumineuse. Dans le plus grand nombre des cas, ces polypes sont uniques; la sensation qu'ils donnent au toucher est bien différente de celle des polypes *muqueux*; ils sont durs, résistants, peu élastiques; tous ces signes réunis en rendent le diagnostic facile.

Les polypes *fibreux* sont plus graves que les polypes *muqueux*; ils peuvent acquérir un plus grand développement et produire des déformations plus ou moins considérables des os et des parties voisines. Quand ils se portent du côté de la cavité crânienne, ils provoquent tous les accidents de la *compression cérébrale* et déterminent parfois une *méningite* ou une *encéphalite* consécutives.

Les modes opératoires applicables à ces sortes de tumeurs sont: l'*arrachement*, l'*excision* et la *ligature* (voy. plus loin, p. 316). La *compression*, la *dessiccation* et la *cautérisation* sont insuffisantes.

2° **Polypes fibreux naso-maxillaires.** Ils occupent à la fois la fosse nasale et le sinus maxillaire; ils se développent d'abord dans l'une des deux cavités et se portent vers l'autre à mesure qu'ils s'accroissent. Le plus souvent, la tumeur naît dans l'une des fosses nasales et arrive dans le sinus correspondant, en passant à travers l'ouverture naturelle de communication; la partie qui a pénétré dans le sinus et celle qui reste engagée dans la fosse nasale, continuant à se développer, bientôt le polype se trouve comme étranglé au niveau de l'orifice de l'antra d'Highmore, et il est impossible de dégager la tumeur du sinus, en la retirant par le point où elle s'est introduite dans la cavité; parfois la substance osseuse est détruite, usée, sous l'influence de la pression exercée par le polype, et l'ouverture naturelle se trouve très-agrandie. Si la tumeur continue alors à s'accroître, elle peut détruire ou perforer la cloison, pénétrer dans l'autre fosse nasale, et même se faire jour jusque dans le sinus maxillaire du côté opposé. On a vu de ces tumeurs détruire la portion de l'os maxillaire qui forme la partie inférieure et interne de l'orbite, repousser le globe oculaire en avant, produire l'*exophthalmos*, et proéminer sous la conjonctive. La tumeur peut encore pénétrer dans l'intérieur du crâne à travers la lame criblée de l'ethmoïde, dans la bouche à travers la voûte palatine, ou bien détruire la paroi antérieure du sinus maxillaire pour arriver sous la muqueuse buccale. Au début, les symptômes sont ceux des polypes nasaux; plus tard, quand la tumeur a envahi le sinus maxillaire, il existe des déformations plus ou moins considérables de la face qui varient selon le sens dans lequel le polype s'est porté. Nous étudierons plus loin les moyens chirurgicaux à opposer à ces sortes de tumeurs (voy. p. 315).