

de difficultés. Cependant, pour être sûr de ne pas laisser échapper une ulcération des fosses nasales, il importe d'examiner avec soin non seulement la région antérieure, mais aussi, avec le rhinoscope, la région postérieure des fosses nasales. Ce qu'il faut, c'est reconnaître la cause de l'ulcération. Les ulcères simples sont facilement rapportés à leur véritable cause. Les antécédents, l'examen direct permettent de reconnaître la présence de corps étrangers. Cependant nous avons déjà signalé la possibilité de prendre pour des nécroses partielles les corps étrangers ayant séjourné longtemps dans les fosses nasales. Les ulcérations professionnelles seront aussi diagnostiquées d'après les antécédents, l'existence d'ulcérations sur d'autres points du corps, les signes de l'intoxication chronique ou arsenicale. Il est à noter cependant que les ulcérations arsenicales recouvertes de croûtes peuvent simuler des ulcérations syphilitiques.

Le caractère des ulcérations à bords déchiquetés, à fond sanieux, grisâtre ou recouvert de croûtes noirâtres, devra faire penser à la syphilis. Les altérations osseuses seront encore une preuve en faveur de cette idée. Cette circonstance que les ulcérations se présentent chez des malades adultes, n'ayant aucun des attributs de la diathèse scrofuleuse, enfin les antécédents, et par-dessus tout, la coexistence d'autres lésions, manifestement syphilitiques, trancheront le diagnostic.

Quant à la scrofule, le jeune âge des malades, l'aspect bouffi de la face propre aux scrofuleux, l'épaississement de la lèvre supérieure, sont autant de caractères qui feront penser à cette diathèse. Le gonflement de la muqueuse au pourtour des ulcérations, leur teinte blafarde, seront encore à prendre en considération. Le lupus de la cloison pourrait être confondu soit avec la syphilis, soit avec des tumeurs de la région. En cas de doute, on pourrait pratiquer l'excision d'une petite portion de la tumeur et en faire l'examen histologique, qui permettrait de reconnaître la constitution tuberculeuse du lupus.

**Pronostic.** — Le pronostic des ulcères des fosses nasales est toujours fâcheux, à cause de la lenteur et de la difficulté de la guérison, à cause de l'ozène qui les accompagne le plus souvent; en outre, ils altèrent l'odorat, et déterminent, lorsqu'ils atteignent le squelette, des déformations du nez persistantes. Les faits terminés par la mort que nous avons cités plus haut, bien qu'exceptionnels, montrent combien la maladie peut acquérir parfois de gravité.

**Traitement.** — Le traitement général a une importance considérable, puisque le plus souvent on a affaire à une affection diathésique. Dans la syphilis surtout, il est indispensable à la guérison.

Le traitement local comprend les divers moyens que nous avons déjà signalés à propos du coryza chronique simple; les injections médicamenteuses, et surtout la douche naso-pharyngienne de Weber, les fumigations, les pulvérisations de liquide, les insufflations de poudres. Lorsque l'examen au spéculum permet de découvrir les ulcérations, on peut les toucher directement avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode, dans une solution de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer, avec des crayons de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre.

S'il existe des os nécrosés, il faudra en pratiquer l'extraction. Rouge (de Lausanne) a conseillé une méthode destinée à ouvrir largement les fosses nasales pour y pratiquer le curage des fongosités, et l'extraction des séquestres. Ce chirurgien pénètre dans les fosses nasales par le sillon gingivo-labial supérieur; on a ainsi l'avantage de n'avoir pas de cicatrice apparente. Mais il faut bien savoir que ces opérations ne sont pas sans danger. Un moyen fort utile pour modifier les surfaces ulcérées et fongueuses, c'est le fer rouge.

##### 5° CORYZA CASÉÉUX.

Sous le nom de coryza casééux, M. Duplay a décrit pour la première fois, une affection caractérisée par l'accumulation dans les fosses nasales d'une matière analogue au contenu de certains kystes sébacés.

Il s'agit là d'une affection rare; des faits observés par Maisonneuve ont été publiés par lui en 1855, sous le nom de kyste butyreux de la face. MM. Verneuil, Reverdin, Guyon, Terrier en ont observé des exemples. En 1879, M. Périer en a communiqué à la Société de chirurgie un cas intéressant.

**Étiologie.** — L'étiologie de cette affection est encore fort mal connue. L'âge ne paraît pas avoir d'importance, car on l'a observée chez des jeunes gens, aussi bien que chez des adultes et des vieillards. Assez souvent on a noté l'existence d'un érysipèle précédant le début de la maladie. Dans le cas de M. Périer, le malade avait eu une bronchite, suivie d'un coryza très intense. Dans l'observation de

M. Verneuil, il existait au milieu de la matière caséuse un corps étranger. M. Terrier est porté à admettre un mode particulier d'inflammation de la pituitaire et de ses annexes déterminant une hyper-sécrétion de l'épithélium et sa desquamation anormale.

**Symptômes.** — Le début de l'affection est obscur; il y a seulement des signes de coryza et d'ozène. Puis, au bout de quelque temps, l'obstruction de la narine devient de plus en plus complète, l'odorat est perdu; il se forme une véritable tumeur qui déjette en dehors l'aile du nez; l'œil lui-même peut être repoussé en dehors et en haut; il y a de l'exophtalmie, de la diplopie, de l'épiphora. Il se fait des poussées d'inflammation aiguë, les téguments du nez présentent de la rougeur et de l'œdème, des fistules se forment.

L'examen des fosses nasales fait reconnaître une tumeur maligne. Mais un stylet, introduit dans la narine, pénètre très facilement dans la tumeur, sans donner lieu à un écoulement sanguin appréciable; il peut aussi ramener des détritrus caséux.

**Diagnostic.** — Au début, le diagnostic est très difficile, et la maladie se confond avec un coryza chronique simple. Plus tard, quand il existe de la déformation et une tumeur dans les fosses nasales, c'est surtout avec les tumeurs malignes qu'on fait la confusion. Les douleurs, l'amaigrissement, le mauvais état général du malade, contribuent à entretenir l'erreur. Mais l'étude des antécédents apprendra que, dans le début, le malade rejetait de temps en temps des masses caséuses; de plus, on ne constatera pas d'engorgement ganglionnaire, et l'on pourra extraire avec la curette ou le stylet des débris caséux qui, examinés au microscope, trancheront le diagnostic. On les trouve composés de matière grasse, mélangée de leucocytes et de cellules épithéliales.

**Traitement.** — Il consiste dans l'ablation avec la curette et à l'aide de lavages de la matière sébacée accumulée dans les fosses nasales. Il est nécessaire de traiter ensuite, par les irrigations longtemps continuées et par les topiques convenables le coryza qui, abandonné à lui-même, reproduirait la maladie. Le traitement demande donc un temps assez long; mais généralement la guérison est complète; les fonctions de la respiration nasale et de l'odorat se rétablissent. Quelquefois cependant il subsiste des désordres irréparables, résultant de la perte d'un des cornets ou de la perforation de la cloison.

6<sup>o</sup> OZÈNE.

Pendant longtemps le mot ozène est demeuré synonyme de coryza ulcéreux, et la fétidité particulière de l'haleine était mise sur le compte, soit d'altérations des os et des cartilages, soit d'ulcérations de la muqueuse nasale. Mais déjà plusieurs auteurs, et Trousseau surtout, ont fait remarquer que, parmi les malades atteints d'ozène, il en est un bon nombre qui ne présentent ni altérations osseuses, ni ulcérations de la muqueuse. Trousseau compare la fétidité des sécrétions nasales chez ces personnes à la fétidité de la sueur des pieds et des aisselles, à la fétidité des sécrétions vaginales. Il est, dit-il, beaucoup de gens qui ne peuvent contracter un coryza sans que les sécrétions nasales revêtent chez eux une odeur extrêmement désagréable. Cette idée de Trousseau n'a fait que se confirmer par les recherches ultérieures, et aujourd'hui, à côté de l'ozène symptomatique des altérations des os et de la muqueuse, il y a lieu de décrire l'ozène essentiel ou ozène vrai.

L'étude de cette dernière variété a réalisé dans ces dernières années de grands progrès, grâce aux travaux de bon nombre d'auteurs allemands, parmi lesquels nous devons citer surtout Michel (de Cologne), Zaufal (de Prague), Gottstein (de Breslau), Hartmann (de Berlin). Ces travaux ont été vulgarisés en France par M. Calmettes et par la thèse de M. Alfred Martin publiée en 1881. On trouvera le résumé de ces travaux dans l'article OZÈNE du *Dictionnaire encyclopédique*.

**Étiologie et pathogénie.** — C'est surtout chez des enfants, à partir de 8 à 10 ans, et chez des adolescents de 16 à 20 ans, qu'on observe l'ozène vrai. Lorsqu'on le rencontre chez les adultes, on apprend que cette infirmité date chez eux de l'enfance ou de la puberté. On ne constate le plus souvent chez ces malades aucun signe de scrofule ni de syphilis. En revanche, on trouve chez eux une conformation particulière des fosses nasales, et c'est sur cette disposition qu'est fondée la théorie pathogénique nouvelle de l'ozène, édictée par les auteurs allemands. On constate en effet une largeur anormale des fosses nasales, qui permet de voir dans une étendue beaucoup 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.

**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 un ou deux 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.

### III

#### NÉOPLASMES OU TUMEURS DES FOSSES NASALES.

##### 1° 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 paroi 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 postérieure 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 sans 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'inflamma-

tion 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 déjettent en dehors l'aile du nez du côté correspondant. Ils peuvent même comprimer le canal nasal et déterminer un certain degré d'épiphora. Mais ces 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'a indiqué, en France, M. Duplay, en Allemagne, Voltolini; ainsi que cela résulte d'un mémoire intéressant publié par le Dr 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 conseillées 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'implan-

tation, 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 mises à découvert par le spéculum.

Puis les douches, les insufflations et les pulvérisations de substances astringentes (alun, tannin, 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. 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.

### 3° 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 de-

vons 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 celluloux sont enveloppés par une seule couche de tissu compact d'où partent des 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 15 à 20 ans que l'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'ostéome 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 développement 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 25 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'ori-

ficé 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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.