

## 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 développer 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'hémorrhagie 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'altérations 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<sup>o</sup> 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, que l'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.

## ARTICLE III

## MALADIES DE L'ARRIÈRE CAVITÉ DES FOSSES NASALES OU CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE.

Déjà, à plusieurs reprises, nous avons signalé l'importance des maladies de la cavité naso-pharyngienne dans le développement des affections de l'oreille. Aussi tous les auteurs qui s'occupent d'otologie consacrent-ils un chapitre spécial aux maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales. Jusqu'ici les *Traité de chirurgie* étudiaient ces maladies avec celles des fosses nasales. M. Terrier, le premier, leur a consacré un chapitre à part ; nous imiterons cet exemple.

## I

## LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Les lésions traumatiques de l'arrière-cavité des fosses nasales sont rares et accompagnent celles des fosses nasales ou de la cavité buccale. Tantôt elles résultent de coups de feu, tantôt ce sont des instruments piquants, qui, après avoir perforé le palais, pénètrent dans la cavité naso-pharyngienne. Des corps étrangers peuvent s'introduire