

2^o 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

dans cette cavité et y séjourner plus ou moins longtemps. Déjà nous avons cité le fait d'Urbantschitsch, dans lequel un épi d'avoine aurait pénétré dans l'arrière-cavité des fosses nasales et, de là, dans la trompe. Hickman a observé le cas d'un anneau d'acier qui était resté logé pendant treize ans et demi dans la cavité naso-pharyngienne. C'est l'examen rhinoscopique et le toucher avec le doigt introduit derrière le voile du palais, qui permettront de reconnaître la présence et le siège exact de ces corps étrangers.

II

LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

L'inflammation aiguë de la cavité naso-pharyngienne se montre habituellement dans le cours d'une angine ou d'un coryza aigu. Nous insisterons seulement ici sur les inflammations chroniques, et nous décrirons : 1° le catarrhe naso-pharyngien ; 2° les tumeurs adénoïdes ; 3° les ulcérations de la cavité naso-pharyngienne.

1° CATARRHE NASO-PHARYNGIEN.

Étiologie. — Dans un grand nombre de cas, l'inflammation chronique de la cavité naso-pharyngienne succède à un catarrhe chronique des fosses nasales ou à une angine granuleuse. Mais il peut se faire aussi que l'inflammation débute par l'arrière-cavité des fosses nasales pour se propager ensuite au pharynx et aux fosses nasales. Les causes générales de cette inflammation sont la scrofule, l'arthritisme ou l'herpétisme ; quant aux causes locales, ce sont le froid humide, l'abus de l'alcool, du tabac, l'action de toutes les substances irritantes.

Symptômes. — Les malades accusent une sensation de sécheresse et de chatouillement dans la gorge et à la partie supérieure du voile du palais. La région malade est le siège d'une augmentation de sécrétion qui se dessèche et forme des croûtes qui sont expulsées le matin surtout, avec de violents efforts, déterminant parfois le vomissement. Quelquefois les croûtes rejetées par les malades revêtent la forme de godets, de concrétions moulées sur certaines dé-

pressions de la cavité naso-pharyngienne, telles que l'ouverture des trompes, la fossette de Rosenmüller.

Assez souvent on observe de la céphalalgie, de la gêne respiratoire, forçant le malade à respirer presque constamment par la bouche ; il y a aussi de la fétidité de l'haleine, des bourdonnements, et un affaiblissement plus ou moins marqué de l'ouïe, tenant tantôt à l'obstruction de la trompe par des bouchons muqueux, tantôt à la propagation de l'inflammation à l'intérieur de ce conduit. Enfin on note aussi de la gêne de la prononciation, surtout marquée pour les consonnes nasales.

Très souvent on constate en même temps que le catarrhe naso-pharyngien tous les signes de l'angine granuleuse, rougeur, granulations, veines variqueuses de la paroi postérieure du pharynx et des piliers du voile. Par l'examen rhinoscopique, on constate la rougeur et le gonflement de la muqueuse, les dilatations variqueuses de ses veines, les concrétions muqueuses qui la recouvrent. Le gonflement de la muqueuse rétrécit la cavité naso-pharyngienne : quelquefois elle présente de petites ulcérations ; enfin l'hypertrophie de ses éléments lymphoïdes, et surtout de cet amas de tissu adénoïde siégeant à la paroi supérieure du pharynx, et appelé glande de Luschka, donne naissance à de véritables tumeurs granuleuses. Quelquefois même, d'après Wendt, on rencontre dans ces masses des kystes glandulaires.

La marche de la maladie est essentiellement chronique ; elle se termine, soit par l'atrophie de la muqueuse et de ses organes glandulaires, soit, au contraire, par l'hypertrophie totale du tissu adénoïde du pharynx, donnant naissance aux tumeurs adénoïdes dont nous parlerons bientôt.

Diagnostic. — Les symptômes fonctionnels que nous avons énumérés, rapprochés de l'existence d'un coryza chronique, de l'angine granuleuse et de troubles de l'audition, doivent faire penser au catarrhe naso-pharyngien. L'examen rhinoscopique viendra confirmer le diagnostic ; mais, dans un grand nombre de cas, cet examen est difficile. Le toucher avec le doigt introduit derrière le voile du palais fera constater l'existence des granulations.

Pronostic. — Il est assez fâcheux, en ce que la maladie est tenace, difficile à guérir, et qu'elle détermine souvent des troubles de l'audition.

Traitement. — C'est ici surtout que la douche naso-pharyngienne a une supériorité incontestable sur tous les autres moyens conseillés pour faire pénétrer des liquides médicamenteux dans l'arrière-cavité des fosses nasales. On peut employer dans ce but l'eau salée, l'alun, les eaux sulfureuses, l'eau de Saint-Christeau, etc. Aux douches on joindra d'ailleurs les pulvérisations de liquides et les insufflations de poudre. Avec le traitement local on combinera le traitement général qui s'adressera aux diathèses scrofuleuse, herpétique ou syphilitique, suivant que l'une ou l'autre d'entre elles pourra être incriminée.

2° TUMEURS ADÉNOÏDES DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE.

L'hypertrophie des follicules clos nombreux de la cavité naso-pharyngienne, et spécialement de la glande de Luschka, peut donner naissance à des productions morbides qui ont été bien étudiées par Meyer (de Copenhague) sous le nom de tumeurs adénoïdes du pharynx.

Anatomie pathologique. — Ces petites excroissances ou végétations se montrent surtout à la partie supérieure et postérieure de la cavité naso-pharyngienne, là où les follicules clos sont particulièrement abondants. Elles affectent la forme de lamelles ou de bâtonnets. Leur structure histologique est absolument celle du tissu adénoïde; stroma réticulé, à mailles plus ou moins étroites, et remplies de corpuscules lymphatiques. Il existe dans leur intérieur un développement veineux considérable, et à leur surface une couche de cellules cylindriques à cils vibratiles.

Étiologie. — C'est surtout dans les climats froids et humides, tels que ceux de l'Angleterre, du Danemark et de l'Allemagne, que la maladie a été observée. On la rencontre surtout chez les enfants et les jeunes gens, de préférence dans le sexe féminin; elle a tendance à diminuer avec les progrès de l'âge. L'hérédité, la constitution scrofuleuse, les catarrhes naso-pharyngiens répétés, l'exercice longtemps prolongé de la voix, sont les différentes causes qu'on peut invoquer.

Symptômes. — Au début, les symptômes sont ceux du catarrhe naso-pharyngien. Le gonflement de la muqueuse et la présence des végétations adénoïdes amènent de la difficulté de la respiration, une sensation de sécheresse et de gêne dans l'arrière-cavité des fosses

nasales, des douleurs dans l'oreille et un peu de surdité. Au fur et à mesure que les tumeurs se développent, tous les symptômes s'exagèrent. Les malades en arrivent à ne plus pouvoir respirer que la bouche ouverte. De là, une sécheresse très marquée du pharynx; de là aussi, peut-être, le développement de granulations pharyngées. Les fosses nasales cessant d'être traversées par l'air présentent une inflammation chronique de leur muqueuse produisant une altération de l'odorat. Le chant, la prononciation des consonnes nasales est difficile, ce qui est dû, d'après Meyer, à la tuméfaction du voile du palais. Dans la plupart des cas, il existe de la surdité, due soit à la propagation de l'inflammation aux trompes, soit à l'obstruction de ces conduits par du mucus ou par des végétations adénoïdes.

Un symptôme qui effraye parfois beaucoup les malades, c'est le crachement de sang qui provient du pharynx, et qui se reproduit surtout le matin, au réveil. Quelquefois on note de la céphalalgie habituelle; on a vu aussi l'engorgement des ganglions cervicaux.

Diagnostic. — Il repose sur l'examen direct à l'aide du spéculum et du rhinoscope; mais parfois cet examen est rendu difficile par le gonflement de la muqueuse. Le toucher avec le doigt sera alors le meilleur moyen de se renseigner sur l'existence de ces végétations molles qui remplissent plus ou moins la cavité naso-pharyngienne.

Pronostic. — Il est fâcheux, car les altérations fonctionnelles, et particulièrement celles du côté de l'audition sont quelquefois persistantes. Dans d'autres cas, cependant, l'ablation des végétations adénoïdes suffit à faire disparaître tous les symptômes.

Traitement. — Les médications topiques utiles dans le catarrhe naso-pharyngien se montrent ici insuffisantes, et il faut recourir à la destruction des végétations adénoïdes, soit par les caustiques, soit par une opération.

Les cautérisations sont faites le plus souvent avec le nitrate d'argent mitigé porté derrière le voile du palais à l'aide d'un porte-caustique coudé. On les fait suivre d'une douche naso-pharyngienne avec l'eau salée pour neutraliser l'excès du caustique. On a employé également le galvano-cautère.

Quant à l'ablation des tumeurs, elle se fait, soit avec un couteau annulaire conseillé par Meyer, et analogue à l'anneau tranchant de l'amygdalotome, soit avec une curette tranchante. On a eu recours

aussi à divers serre-nœuds, et à l'écrasement des tumeurs pédiculées, soit avec le doigt, soit avec des pinces à polypes.

5° ULCÉRATIONS DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE.

Les ulcérations de la cavité naso-pharyngienne dues à la scrofule ou à la syphilis coïncident le plus souvent avec des altérations semblables du pharynx ou des fosses nasales.

a. Ulcérations scrofuleuses. — On peut retrouver ici les deux formes d'ulcérations, superficielles ou bénignes, profondes ou malignes, décrites dans le pharynx. D'après Wendt, les ulcérations scrofuleuses profondes siègeraient surtout au niveau de la tonsille pharyngienne et de la paroi postérieure du pharynx : elles seraient dues à l'ulcération du tissu lymphoïde, très développé dans ces régions. Ces ulcères grisâtres, à bords quelquefois nets, parfois décollés, atteignent une grande profondeur, et peuvent détruire le pavillon de la trompe.

C'est surtout chez les enfants et les jeunes gens, de préférence dans le sexe féminin, qu'on observe ces ulcérations dues à la scrofule. Non seulement elles détruisent les parties voisines, mais elles peuvent, en se cicatrisant, oblitérer les trompes et le pharynx, et par là entraîner la perte plus ou moins complète de l'audition, de la respiration nasale et de l'olfaction.

b. Ulcérations syphilitiques. — Elles constituent des accidents tertiaires de la syphilis et résultent, soit de syphildes ulcéreuses, soit de l'ulcération de gommages du pharynx.

Anatomie pathologique. — Les ulcères syphilitiques se montrent de préférence au niveau des orifices des trompes et de l'amygdale pharyngienne. Ces ulcères sont taillés à pic, à fond grisâtre, parfois recouverts de croûtes noirâtres. Pour quelques auteurs, ils pourraient atteindre même les os sous-jacents et se propager aux méninges et aux gros vaisseaux.

En se cicatrisant, ils amènent le rétrécissement de la cavité naso-pharyngienne et l'oblitération de l'orifice des trompes; d'où production d'une surdité incurable,

Symptômes. — On note tous les signes du coryza concomitant, la sécheresse du pharynx, le nasonnement de la voix, la gêne de la respiration, l'altération de l'ouïe. L'examen de la gorge fait consta-

ter la rougeur et l'épaississement du voile du palais qui est tendu et luisant. Le toucher permet de reconnaître le rétrécissement de la cavité naso-pharyngienne. Les ulcérations donnent lieu à un écoulement sanieux, purulent, ou même sanguinolent par les narines.

Diagnostic. — L'examen doit être complété par l'emploi du rhinoscope, qui permet de voir les ulcérations et d'apprécier leurs caractères. Toutefois ceux-ci ne sont pas toujours assez tranchés pour permettre de distinguer d'une façon certaine ce qui revient à la scrofule ou à la syphilis. De là, la nécessité de tenir le plus grand compte des antécédents et des lésions concomitantes.

Pronostic. — Il est grave, parce que les ulcérations ne se cicatrisent pas sans donner naissance à des difformités persistantes. Déjà nous avons signalé l'oblitération des trompes et la surdité. Les ulcérations syphilitiques coïncident parfois avec une infiltration gommeuse de tout le pharynx nasal. Cette lésion amène la production d'un tissu cicatriciel qui rétrécit la cavité naso-pharyngienne. M. Alphonse Guérin a beaucoup insisté sur cette altération, qu'il compare au rétrécissement du rectum causé par le syphilome ano-rectal. Une autre déformation consiste dans la soudure complète de la face supérieure du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx. Cette difformité a été étudiée dans un mémoire de Julius Paul (de Breslau) traduit par Verneuil. Elle entraîne, on le comprend, la perte complète de la respiration nasale, un trouble de la phonation et de l'olfaction. Ce qui aggrave le pronostic de cette difformité, c'est que toutes les opérations entreprises contre elle n'ont donné jusqu'ici presque que des insuccès.

Traitement. — Il doit s'adresser tout d'abord à la cause générale qui a produit les ulcérations. En cas de syphilis, l'iodure de potassium à haute dose, ou mieux encore le traitement mixte, iodure et frictions mercurielles, ou sirop de Gibert, doivent être employés. Dans la scrofule, ce sont les amers, les toniques, l'huile de foie de morue, qui doivent faire la base du traitement. Il est utile en même temps de toucher directement les ulcérations, soit avec la teinture d'iode, soit avec le nitrate d'argent.

Quand le voile est adhérent au pharynx, on a tenté de l'en décoller par une opération et d'empêcher son agglutination par divers appareils; malgré les soins les mieux entendus, presque toujours l'agglutination des lèvres de la plaie a lieu, et la difformité se reproduit.

III

TUMEURS DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE.

Les plus importantes et les plus nombreuses de ces tumeurs sont les fibromes ou polypes naso-pharyngiens. Mais avant de nous en occuper, nous devons dire quelques mots des myxomes et des sarcomes de la cavité naso-pharyngienne.

1° MYXOMES NASO-PHARYNGIENS.

Déjà nous avons dit que des polypes muqueux des fosses nasales insérés près de la partie postérieure de ces cavités peuvent proéminer dans l'espace naso-pharyngien. Ils peuvent aussi s'implanter sur le pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales et sur le bord libre de la cloison, et même sur l'apophyse basilaire de l'occipital, constituant la paroi supérieure de la cavité naso-pharyngienne. Ce sont là des faits exceptionnels, mais importants à connaître pour le chirurgien. Ces tumeurs, en effet, ne doivent pas être confondues avec les fibromes naso-pharyngiens, car les mêmes procédés opératoires ne leur sont pas applicables. MM. Legouest, Trélat, Panas, ont fait connaître un certain nombre de ces observations. Mais, en changeant de siège, les polypes muqueux changent aussi leur constitution anatomique. Dans les fosses nasales, c'étaient des myxomes purs; dans la cavité naso-pharyngienne, ils constituent des fibro-myxomes. De là, leur consistance et leur aspect extérieur rappelant les fibromes naso-pharyngiens.

Ces fibro-myxomes de l'arrière-cavité des fosses nasales ont été observés à tous les âges, aussi bien dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

Les premiers symptômes qu'ils déterminent sont ceux du coryza postérieur ou catarrhe naso-pharyngien, gêne de la respiration nasale, troubles de l'audition, nasonnement de la voix. Puis, au fur et à mesure que la tumeur augmente de volume, elle proémine à la fois dans l'une des narines et dans la cavité pharyngienne. Elle peut même repousser en avant et déformer le voile du palais; elle arrive

à le dépasser et à faire une saillie apparente dans la cavité pharyngienne. Ce lobe de la tumeur visible dans le pharynx prend généralement une coloration rouge et une consistance plus ferme qui le font ressembler aux fibromes naso-pharyngiens. Mais le toucher permettant d'apprécier la mobilité de ces tumeurs, leur insertion limitée, leur mollesse en certains points, les fera distinguer des polypes naso-pharyngiens. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce diagnostic, à propos de ces dernières tumeurs.

Traitement. — Ces myxomes de l'arrière-cavité des fosses nasales ne poussant pas des prolongements dans les diverses cavités de la face, n'appellent pas les graves opérations préliminaires réservées aux polypes naso-pharyngiens. Tout au plus, pour les enlever, a-t-il été nécessaire de pratiquer une incision du voile du palais ou boutonnière palatine. Dans un cas, M. Trélat a eu recours à l'opération de Rouge (de Lausanne), pour aborder plus facilement le polype. Mais dans beaucoup de cas, on pourra se contenter d'une opération simple, consistant à pratiquer l'arrachement de la tumeur avec des pinces courbes portées derrière le voile du palais, ou sa ligature à l'aide d'un serre-nœud introduit par l'une des narines. La cautérisation du point d'implantation devra suivre l'ablation, pour éviter les récidives.

2° SARCOMES NASO-PHARYNGIENS.

Il est possible, disent MM. Cornil et Ranvier, que plusieurs des tumeurs décrites sous le nom de polypes fibreux des fosses nasales soient en réalité des sarcomes. La même opinion a été émise par Spencer Watson. On peut aussi, en présence de la fréquence et de la gravité des récidives, penser à la transformation de certaines tumeurs, primitivement fibreuses, en tissu sarcomateux; c'est là un argument qu'on a fait valoir en faveur des opérations larges, destinées à enlever complètement en une seule fois les fibromes naso-pharyngiens.

Des sarcomes primitivement nés dans les fosses nasales peuvent aussi faire une saillie considérable dans la cavité naso-pharyngienne. Enfin, à côté des tumeurs précédentes, il existe aussi certainement des sarcomes primitivement développés dans la cavité naso-pharyngienne, probablement aux dépens de la tonsille pharyngienne de

Luschka. Le pronostic de ces tumeurs est celui de toutes les tumeurs malignes. Le traitement qu'elles comportent est l'extirpation complète au moyen de larges opérations préliminaires.

3° FIBROMES NASO-PHARYNGIENS.

Les fibromes de l'arrière-cavité des fosses nasales sont habituellement désignés sous le nom de polypes naso-pharyngiens.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs sont constituées par du tissu fibreux, sous forme de faisceaux diversement entre-croisés qui donnent naissance à des lobes séparés par du tissu conjonctif. Muron a trouvé dans leur intérieur une très grande quantité de vaisseaux capillaires à parois embryonnaires, minces, ce qui rend compte de la fréquence des hémorragies. À côté du tissu fibreux, on y trouve des éléments cellulaires jeunes, cellules embryonnaires et fibro-plastiques, semblables à celles qui constituent les sarcomes. C'est à la présence de ces jeunes cellules qu'on attribue la fréquence des récidives, et la dégénérescence possible de ces tumeurs en sarcomes, admise par certains auteurs, entre autres par O. Weber.

Les fibromes naso-pharyngiens peuvent subir diverses dégénérescences; on y a signalé des incrustations calcaires. J. Cloquet a montré, en 1860, à la Société de chirurgie, un polype dont le pédicule renfermait une concrétion calcaire longue et effilée, ressemblant à une arête de poisson. Cruveilhier et Maisonneuve ont cité des cas dans lesquels la tumeur renfermait des kystes. On a signalé aussi la dégénérescence graisseuse. La muqueuse qui recouvre les polypes est généralement épaissie et très vasculaire; aussi présente-t-elle une coloration d'un rouge foncé; quelquefois elle offre des ulcérations.

Un des points les plus intéressants dans l'étude des polypes naso-pharyngiens est celui qui concerne leur implantation. Autrefois on pensait que ce point d'implantation était extrêmement variable et pouvait se faire sur les différentes parties des fosses nasales et de la cavité pharyngienne. De là la division en polypes nasaux, naso-frontaux, naso-maxillaires et naso-pharyngiens. Ces données ont été singulièrement modifiées par les travaux de Nélaton et de ses élèves, Robin-Massé, Botrel et d'Ornellas. Pour l'école de Nélaton, en effet, le seul point d'implantation primitif des polypes naso-pharyngiens,

c'est la base du crâne au niveau de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde; plus rarement, sur les parties latérales, au niveau du sommet du rocher et des apophyses ptérygoïdes. En un mot, l'insertion de ces tumeurs serait limitée à un espace compris entre l'insertion du muscle grand droit antérieur de l'articulation du sphénoïde avec le vomer d'avant en arrière, et les deux fossés ptérygoïdes latéralement.

Ainsi posée, la question de l'implantation primitive des polypes naso-pharyngiens est résolue d'une façon beaucoup trop exclusive. Il faut tenir compte en effet de ces cas exceptionnels dans lesquels on a vu l'implantation se faire dans les fosses nasales, sur la lame criblée de l'éthmoïde, dans les sinus sphénoïdaux, et même sur les premières vertèbres cervicales. Des faits semblables ont été signalés par Cruveilhier, Robert et Michaux. Toutefois, à propos de l'insertion vertébrale, il importe de tenir compte de la remarque suivante faite par Nélaton. Lorsqu'on examine un malade, la bouche ouverte et la tête renversée en arrière, ce qu'on a devant les yeux au fond du pharynx, ce qu'on touche avec le doigt introduit derrière le voile du palais, c'est l'apophyse basilaire, et non les premières vertèbres cervicales. Il faut tenir compte en effet de l'obliquité normale de l'apophyse basilaire, encore exagérée par le renversement de la tête en arrière. Une autre objection aux divers points d'insertion signalés est faite par Nélaton et ses élèves. Pour eux, en effet, beaucoup de ces points d'insertion ne sont pas primitifs, mais bien secondaires. La muqueuse qui recouvre le polype s'enflamme, s'ulcère et contracte des adhérences avec une autre surface muqueuse. De là des insertions consécutives, au niveau desquelles des communications vasculaires nouvelles fournissent à la nutrition du néoplasme. Toutefois certaines de ces insertions, considérées comme secondaires par Nélaton, présentent une résistance plus considérable que l'insertion primitive. Des faits de cette nature ont été signalés par Michaux.

En résumé donc, en tenant compte de tous les faits observés, il est permis de dire qu'exceptionnellement les polypes fibreux peuvent prendre naissance dans les fosses nasales, mais que, dans l'immense majorité des cas, ils s'insèrent sur la base du crâne. On pourrait donc leur donner le nom, que propose M. Terrier, de polypes basilo-pharyngiens. On a cherché la cause de cette localisation spéciale des polypes fibreux au niveau de l'apophyse basilaire. Lorain a fait

remarquer l'épaisseur du périoste à ce niveau, son adhérence intime à l'os, l'absence presque complète de fibres élastiques, qui en fait un tissu fibreux presque pur.

En se développant, les polypes naso-pharyngiens atteignent un volume considérable, qu'on a pu comparer à celui du poing. Ils forment des masses arrondies, lobulées, qui s'insinuent dans les différentes cavités de la face, les déforment, et détruisent même leurs parois osseuses. Ils peuvent ainsi pénétrer dans l'intérieur même de la cavité crânienne.

Étiologie. — Nous ne savons rien sur les causes qui favorisent le développement des polypes naso-pharyngiens. Les deux seules circonstances étiologiques qu'il importe de bien préciser, vu leur grande importance pour le diagnostic, sont relatives à l'âge et au sexe des malades. C'est, en effet, toujours chez de jeunes sujets que se rencontrent ces tumeurs, exceptionnellement chez de très jeunes enfants, beaucoup plus souvent chez des adolescents et des jeunes gens, par exemple de quinze à vingt ans. On ne les rencontre plus après trente ans. De même aussi, c'est toujours dans le sexe masculin qu'on les voit. Les faits observés chez la femme, tels que ceux de Richard et de M. Verneuil, sont tout à fait exceptionnels.

Symptômes. — Le début de la maladie est très obscur; les symptômes sont ceux d'un coryza chronique, auquel se joignent parfois de petites épistaxis. La tumeur augmentant de volume, le malade a la sensation d'un corps étranger qui s'oppose au passage de l'air pendant la respiration. Les deux fosses nasales sont quelquefois oblitérées en même temps; aussi le malade est obligé de respirer par la bouche. Il dort la bouche ouverte, en faisant entendre un ronchus particulier; il en résulte quelquefois une vive irritation des amygdales et du pharynx.

Les sécrétions des fosses nasales deviennent de plus en plus abondantes, muco-purulentes, quelquefois fétides. Les hémorrhagies se reproduisent fréquemment et atteignent quelquefois une telle gravité qu'on a pu être obligé de lier la carotide. Même lorsqu'elles sont moins abondantes, elles amènent par leur répétition un état très fâcheux d'anémie. Les malades accusent en général des douleurs frontales très intenses.

Si l'on pratique l'examen à ce moment, en faisant ouvrir la bouche du malade, on constate parfois que le voile du palais est déformé.

Tantôt il est abaissé en masse au point de présenter une convexité inférieure au lieu de sa concavité normale; tantôt, la tumeur étant surtout prononcée d'un côté, le voile du palais est asymétrique. Dans d'autres cas, le polype est assez volumineux pour faire saillie au-dessous du bord libre du voile du palais et être visible au fond de la cavité pharyngienne. Le doigt recourbé en crochet et porté derrière le voile du palais permet de reconnaître la forme et la consistance du polype, il renseigne aussi sur son volume et sur son point d'implantation. L'examen des fosses nasales à l'aide du spéculum fait constater, tantôt dans l'une des narines, tantôt dans les deux à la fois, une tumeur rosée, vasculaire. Une sonde conduite par la narine, en même temps que le doigt est introduit dans le pharynx, renseigne sur le point d'implantation et sur le volume du pédicule. Tous ces examens doivent être faits avec beaucoup de délicatesse, dans la crainte de provoquer des hémorrhagies.

Mais la tumeur ne reste pas stationnaire, et si on n'intervient pas, elle pousse bientôt des prolongements dans tous les sens. Elle avance de plus en plus dans les narines, au point de devenir facilement visible au niveau de l'orifice antérieur de ces cavités; elle refoule et détruit la cloison, et, grâce à la perforation ainsi établie, elle remplit la totalité des deux narines. Le squelette du nez est rejeté en dehors, d'où l'élargissement de l'aile du nez, la compression du canal lacrymal et l'épiphora. La tumeur pénétrant dans le sinus maxillaire refoule toutes les parois de cette cavité; elle proémine donc en avant, du côté de la joue, en bas vers la voûte palatine osseuse, dont elle efface la concavité, qu'elle détruit même, pour faire saillie sous la muqueuse palatine. Enfin, repoussant en haut la paroi supérieure du sinus, elle détermine de l'exophtalmie. La tumeur peut aussi pénétrer dans la cavité orbitaire, par plusieurs mécanismes. Dans quelques cas, elle refoule et détruit l'unguis, et pénètre dans l'orbite par son côté interne. Dans d'autres, le polype sort du pharynx par la fente ptérygo-maxillaire, il remplit la fosse du même nom, et, passant par la fente sphéno-maxillaire, il arrive dans la cavité de l'orbite. Il peut même s'insinuer au-dessous de l'apophyse zygomatique et former tumeur dans la fosse temporale; ou bien, s'épanouissant au-devant de la face antérieure du maxillaire supérieur, il distend et repousse en avant la paroi de la joue.

Enfin la tumeur peut pousser des prolongements par en haut et