

tions assez considérables du squelette détruites et éliminées. Il en résulte une déformation caractéristique du nez; dépourvue du soutien que lui fournit normalement le squelette, la base de cet organe s'affaisse, pendant que la pointe se relève. Lorsque la destruction atteint la voûte des fosses nasales, ostéite naso-cranienne (FOURNIER), les accidents les plus graves peuvent survenir du côté des centres nerveux. Ils affectent tantôt une marche aiguë, tantôt une marche chronique, et parfois même aboutissent à la formation d'abcès du cerveau (ROSENTHAL, CHAUVEL).

*Ulcères d'origine herpétique. Ulcères chez les diabétiques.* — Il existe d'autres ulcères que l'on ne peut rattacher à aucune des causes ci-dessus énoncées. Dans ce groupe rentrent les ulcères herpétiques, qui affectent la forme d'éruptions croûteuses, impétigineuses, et s'accompagnent de démangeaisons. BOYER, et plus tard TROUSSEAU, ont particulièrement insisté sur ce genre de lésions.

Enfin TERRIER a observé chez un diabétique des ulcérations circonscrites saignant au moindre contact, et qui disparurent rapidement sous l'influence d'un traitement approprié.

**Diagnostic différentiel des diverses ulcérations.** — Les ulcérations des fosses nasales n'ayant aucun symptôme qui leur soit propre, l'existence de semblable affection ne peut être affirmée qu'après un examen méthodique et complet. L'ulcération étant reconnue, il faut en déterminer la nature. Lorsqu'on est en présence d'ulcères professionnels ou d'origine traumatique, les antécédents du malade, les commémoratifs fourniront des renseignements suffisants. C'est ainsi, en s'aidant des antécédents et par un examen attentif du sujet, que l'on parviendra à rattacher les lésions à la syphilis. Du reste, dans les cas où rien ne vient expliquer l'origine des ulcérations, on doit toujours soupçonner l'existence de cette dernière diathèse et agir comme si l'on était certain de sa présence.

**Pronostic.** — Il est, on le comprend, absolument subordonné à la nature de la maladie, à l'étendue et à la profondeur des parties atteintes. Les ulcères professionnels, si le malade continue à vaquer à ses occupations ordinaires, déterminent des accidents sérieux, et nous avons vu que les lésions syphilitiques pouvaient entraîner la mort.

**Traitement.** — Le traitement local des ulcérations des fosses nasales consiste à laver avec grand soin ces cavités, puis à faire des attouchements avec un pinceau trempé dans une solution médicamenteuse: teinture d'iode, nitrate d'argent, sulfate de zinc, etc. Dans les cas d'ulcérations professionnelles, il faudra éloigner le malade des ateliers jusqu'à la guérison, et ne lui permettre d'y rentrer qu'en se soumettant aux règles strictes de l'hygiène.

Comme traitement général on devra, dans la majorité des cas, souvent même malgré les assertions contraires du malade, recourir à la médication anti-syphilitique.

## 2° SCROFULE DES FOSSES NASALES

**Bibliographie.** — Consulter les différents Traités sur la *Scrofule* et les *Scrofulides*, la bibliographie de l'*Ozène* et du *Coryza* et les *Classiques*.  
Thèse de Paris. — 1877, MOINEL.

La scrofule se localise fréquemment dans les fosses nasales où elle trahit sa présence par différentes manifestations: le catarrhe chronique, les ulcérations simples et le lupus.

a. *Catarrhe chronique.* — Le catarrhe nasal des scrofuleux affecte le plus souvent d'emblée la forme chronique: il est simple ou compliqué d'impétigo des fosses nasales, caractérisé par une gêne considérable de la respiration nasale; le malade, obligé d'avoir constamment la bouche ouverte, a de l'enchi-frènement, du nasonnement de la voix. La muqueuse des fosses nasales sécrète en plus ou moins grande abondance des mucosités purulentes. Celles-ci se dessèchent, forment des croûtes qui contribuent avec la tuméfaction de la pituitaire, symptôme constant, à obturer les cavités nasales. Le nez est gonflé, hypertrophié; si l'on regarde la pituitaire, on la trouve rouge, comme fongueuse. La lèvre supérieure, également augmentée de volume, présente à sa face externe une rougeur plus ou moins vive due à l'irritation de la peau par le liquide excréte. Ce gonflement du nez et de la lèvre supérieure, la gêne apportée à la respiration par l'hypertrophie de la muqueuse, donnent au facies de l'individu une expression caractéristique, qui est comme le cachet du tempérament dit scrofuleux.

b. *Ulcérations.* — La forme précédente se complique fréquemment d'ulcérations plus ou moins étendues, mais en général peu profondes; les petites solutions de continuité n'ont aucun siège d'élection particulier, présentent une forme irrégulière, des bords déchiquetés. D'ordinaire elles sont masquées par des croûtes jaunâtres; lorsque, par un traitement approprié, on a fait tomber ces dernières, on aperçoit les ulcérations dont l'aspect est grisâtre. Leur marche est essentiellement chronique, il est fort difficile de débarrasser le malade de cette infirmité.

c. *Lupus des fosses nasales.* — Les ulcérations tuberculo-ulcéreuses que l'on range sous le nom collectif de lupus sont loin d'être rares dans les fosses nasales. Fréquemment elles ne sont que la propagation d'une lésion qui a déjà exercé ses ravages sur le nez, la face, l'arrière-gorge. Parfois cependant, elles débutent manifestement sur place, et, le plus souvent dans ces derniers cas, elles succèdent au coryza chronique.

Chez un certain nombre de sujets, l'origine de la maladie est pour ainsi dire mécanique; elle résulte de la pénétration de poussières irritantes dans les fosses nasales.

**Symptômes. Lésions anatomiques.** — Les symptômes du début sont ceux du coryza chronique. Ils vont en s'accroissant progressivement, la perception des odeurs, d'abord moins nette, ne tarde pas à être nulle, puis bientôt un tubercule indolent gêne et obture l'ouverture des fosses nasales. Ce tubercule ou plutôt cette agglomération tuberculeuse constitue un amas mollassé fongueux. L'examen de la cavité, qui n'est possible qu'après l'excision de cette tumeur, montre la lésion localisée sur la partie antérieure de la cloison. Celle-ci est tuméfiée, couverte de croûtes jaunâtres ou grisâtres, au-dessous desquelles se trouvent de petites masses molles, fongueuses, qui saignent au moindre contact. Entre ces tubercules on constate la présence d'ulcérations torpides peu profondes, dont le fond est recouvert par une couenne jaunâtre caractéristique.

Ces ulcérations gagnent lentement les parties profondes, arrivent au cartilage et le perforent.

Le nez, épaissi, est augmenté de volume; la peau qui le recouvre, lisse, tendue, donne à la palpation une sensation molle; il n'existe du reste aucune douleur; les os sont hypertrophiés. Au début on constate un écoulement de mucosités assez abondant mais qui ne présente jamais, même dans les cas où l'ulcération va jusqu'au squelette, les caractères de fétidité que l'on rencontre d'ordinaire dans les lésions similaires.

**Diagnostic.** — Le lupus des fosses nasales peut être confondu avec différentes affections, les ulcérations syphilitiques entre autres. Cependant les antécédents du malade, la marche de l'ulcération, absolument indolente dans le cas de lésion scrofuleuse, qui au contraire s'accompagne de vives douleurs dans le cas de lésions syphilitiques, enfin l'efficacité du traitement spécifique, serviront de base au diagnostic.

Il faut, au début de la maladie, éviter de confondre le lupus avec les polypes muqueux et l'épaississement de la cloison. On se rappellera que les polypes muqueux sont on ne peut plus rares sur la cloison, on n'en connaît en effet aucune observation authentique. « De plus, on devra s'enquérir des antécédents du malade, et dans tous les cas douteux, lorsqu'on constatera l'existence de la diathèse scrofuleuse, on sera autorisé à porter le diagnostic de lupus scrofuleux des fosses nasales » (MOINEL).

**Marche. Pronostic.** — Les scrofulides des membranes muqueuses, dit BAZIN, toutes choses égales d'ailleurs, sont plus graves, plus opiniâtres, plus difficiles à guérir que celles de la peau. Elles sont plus dangereuses, par leur suite, en ce qu'elles peuvent apporter un trouble aux fonctions des organes des sens. Ajoutez encore que, sur les muqueuses, le travail morbide, et surtout le travail ulcératif marchent plus vite que sur la peau, s'étendent et se propagent aux tissus cartilagineux, fibreux et osseux, laissant toujours à leur suite des difformités ou des infirmités graves; en outre la maladie a une tendance des plus accentuées à se propager au pharynx, surtout au larynx. Enfin, le mal peut gagner de dedans en dehors, détruire le nez et donner lieu à des difformités affreuses.

**Traitement.** — Le traitement général est ici de la plus haute importance. L'huile de foie de morue, les iodures sont les remèdes les plus efficaces que l'on puisse employer. Les quantités varieront suivant les sujets; il ne faudra pas craindre d'arriver rapidement à des doses fortes. D'après HOMOLLE, l'action de l'iodure se montre surtout favorable et prompte lorsqu'on a tout d'abord gorgé le malade d'huile. On pourra encore utiliser les pilules d'iodoforme et l'iodure d'amidon. Localement, on fera des applications de teinture d'iode pure ou mitigée et d'acide chromique en solutions plus ou moins étendues; le cautère galvanique sera aussi employé avec avantage. Enfin, autant que possible, le malade ira faire usage des bains de mer, des eaux chloro-bromo-iodurées fortes dont les types sont en France: Salies de Béarn, et Salins (Jura).

### § 6. — Ozène

**Bibliographie.** — KARL MICHEL, *Maladies du nez et du pharynx*, Traduct. franc. par A. CAPART, Paris, 1879. — GOTTSSTEIN, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1878. — HARTMANN, *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 13, 1878. — KURZ, *Memorabilien*, 1878. — FRÄNKEL, *Anal. path.*, in *Virchow's Archiv*, t. LXX, 1, 1879. — COZZOLINO, *Revue intern. des sc. méd. de Naples*, 1879; *Formes cliniques*, Naples, 1881, anal., in *Rev. des sc. méd.*, t. XV, p. 618.

Jusque dans ces dernières années, le mot ozène a servi à désigner un symptôme spécial, commun à différentes affections des fosses nasales, et caractérisé par la fétidité de l'air expiré. Suivant que l'on pouvait rattacher la lésion initiale à telle ou telle diathèse, l'ozène recevait des qualificatifs différents: ozène scrofuleux, ozène syphilitique. Dans ces derniers temps, plusieurs chirurgiens se sont particulièrement occupés de cette question. Citons parmi eux: TILLOT, CALMETTES, en France; HARTMANN, GOTTSSTEIN, ZUFAL, en Allemagne; COZZOLINO, à Naples. De leurs recherches, il semble résulter qu'il existerait deux formes d'ozène bien distinctes. La première, seule admise par les auteurs jusqu'à ce jour, comprend les ozènes qui reconnaissent pour cause une lésion de la muqueuse nasale ou du squelette sous-jacent (*Pseudo-ozène*). — La deuxième forme, *ozène vrai*, constitue une entité morbide spéciale, sans perte de substance à la muqueuse, sans lésions osseuses. C'est cette affection dont nous allons essayer de présenter l'histoire.

**Causes de l'ozène.** — Jusqu'à ces dernières années, ainsi que nous l'avons dit, l'ozène impliquait l'existence d'ulcérations de la muqueuse ou de lésions osseuses. Cependant SAUVAGE, au siècle dernier, avait cru pouvoir attribuer la fétidité de l'haleine à la rétention du mucus et de l'air, par suite de l'étroitesse des fosses nasales. DUPLAY et TILLOT, parmi les contemporains, ont admis la même opinion. HARTMANN, ZUFAL pensent aussi que la mauvaise odeur est due au séjour et à la décomposition des mucosités, mais au lieu d'attribuer cette accumulation à l'étroitesse des fosses nasales, ils mettent en avant une opinion diamétralement opposée, et pour eux, l'accumulation des matières résulte de l'excessive largeur des fosses nasales, qui s'oppose au balayage des mucosités par le courant d'air expiré.

Cette largeur des fosses nasales coïncide généralement avec la conformation particulière du nez que l'on nomme *nez camard*. L'organe est aplati, ses parois latérales sont déjetées en dehors; le cornet inférieur, qui par son volume contribue à diminuer le diamètre des fosses nasales, a souvent disparu, en outre le cornet moyen est excessivement petit. Il en résulte qu'au lieu de la fente que l'on observe d'ordinaire dans les fosses nasales d'un individu bien conformé, on trouve une cavité, un véritable antre. Le courant d'air expiré ne peut pas balayer cette cavité, dès lors les mucosités s'y accumulent; se trouvant dans un air humide et chaud, elles ne tardent pas à se décomposer, d'où l'ozène. Comme les auteurs précédents, GOTTSSTEIN admet aussi que la largeur des fosses na-

sales favorise l'accumulation des croûtes, mais d'après lui, la muqueuse est toujours malade. L'affection serait un catarrhe chronique arrivé à la troisième période (période atrophique). MICHEL ne trouve pas cette explication satisfaisante, et se basant : 1° sur l'insuffisance des lésions des fosses nasales; 2° sur la manière dont les mucosités se déposent sur l'extrémité postérieure des cornets, la voûte du pharynx, et sur leur réapparition constante; 3° sur la ténacité de la maladie qui ne pourrait exister si la muqueuse des fosses nasales en était seule le siège, il pense que l'ozène est la conséquence d'un catarrhe chronique des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux, avec rétention puis décomposition des matières sécrétées.

En somme, de cet exposé rapide il résulte que toutes les causes qui favoriseront l'accumulation des matières, qu'il y ait ou non lésion de la muqueuse, détermineront la formation de l'ozène. Nous dirons donc :

**Définition.** — L'ozène est une affection due à la largeur ou à l'étroitesse exagérée des fosses nasales, avec altération consécutive de la muqueuse enflammée, dont les sécrétions s'accumulent puis se décomposent en produisant une fétidité caractéristique.

**Symptômes.** — L'ozène se développe habituellement de douze à seize ans, au moment de la puberté. Les individus atteints de cette infirmité se plaignent d'un certain nombre de troubles fonctionnels : ils ont le nez bouché par des amas de croûtes verdâtres, moulées en cornets, qu'ils parviennent avec beaucoup de peine à détacher en aspirant un peu d'eau. Ces croûtes obstruent parfois le pharynx nasal et donnent à la voix un timbre nasonné. L'obstruction des fosses nasales est assez complète pour que le malade, pendant la nuit, soit obligé de respirer la bouche ouverte. Les sujets porteurs de cette affection sont tristes, se plaignent de céphalée, de lourdeurs de tête, et éprouvent pour les aliments un dégoût insurmontable; mais jamais ils ne s'aperçoivent par eux-mêmes de la mauvaise odeur qu'ils exhalent. Rien dans l'état général des malades n'est susceptible d'expliquer cette infirmité, il n'y a aucun caractère de strume bien tranché, pas de syphilis le plus souvent. La conformation de la face doit seule être incriminée. En général le nez est camard, la face comme écrasée; la déformation peut être assez accentuée pour entraîner de l'épiphora. Cet aspect spécial se retrouve souvent chez les ascendants du malade.

**Diagnostic. Pronostic.** — Le diagnostic est en général facile. Un enfant n'ayant jamais rien eu du côté des fosses nasales, se plaint au moment de la puberté de sécheresse dans les narines, expulse de temps à autre et toujours avec peine des croûtes verdâtres, infecte son entourage, tels sont les éléments du diagnostic : la rhinoscopie complètera ces renseignements. L'affection est la plupart du temps incurable, elle constitue donc, surtout au point de vue social, une infirmité des plus sérieuses. Une médication appropriée cependant, peut pallier en partie le mal.

**Traitement.** — Une foule de traitements ont été préconisés contre l'ozène. Ne pouvant les passer tous en revue, nous nous bornerons à exposer ceux qui nous paraissent les plus efficaces.

Tout d'abord, il faut débarrasser le nez de ses mucosités par des irrigations. Plusieurs procédés peuvent être employés. Un des plus simples consiste

à faire plonger un siphon dans un vase contenant le liquide tiède, que l'on place au-dessus de la tête du malade; à ce siphon est adapté un caoutchouc qui porte un embout, lequel peut entrer à frottement doux dans une des narines. Le siphon amorcé, le patient introduit l'embout dans une narine, penche la tête en avant, puis tenant la bouche ouverte fait passer le courant d'eau. Le liquide, si l'on a soin de faire un mouvement léger d'inspiration, trouve le pharynx fermé et ressort par la narine opposée. On se sert de préférence des solutions de sel marin et de chlorate de potasse (une cuillerée à café dans un litre d'eau). Contre l'odeur, les injections avec une solution de permanganate au 1/1000<sup>e</sup> nous paraissent spécialement indiquées. Le nez étant ainsi complètement débarrassé de ses croûtes, suivant le procédé conseillé par GOTTSTEIN, on introduira dans les fosses nasales un tampon d'ouate de la grosseur du pouce et de 3 à 5 centimètres de longueur, en s'arrangeant de façon qu'il ne soit pas visible. Ce tampon sera enfoncé d'avant en arrière, parallèlement à la direction du cornet inférieur. Peu de temps après le malade mouche liquide, et toute mauvaise odeur disparaît. Le tampon peut rester en place pendant vingt-quatre heures; qu'il agisse en rétrécissant les fosses nasales ou en irritant la muqueuse, son action n'en est pas moins très efficace. Ce tampon sera changé trois ou quatre fois par jour.

## § 7. — Tumeurs des fosses nasales

### 1° POLYPES

Ce mot a servi à désigner pendant longtemps les diverses tumeurs développées dans les fosses nasales. Les études histologiques ont permis une division plus rationnelle, et le mot polype est spécialement réservé aujourd'hui aux myxomes, ou polypes muqueux, et aux fibromes ou polypes fibreux. Ces derniers seront étudiés ultérieurement.

### POLYPES MUQUEUX. — MYXOMES

**Bibliographie.** — GOSSELIN, Th. de concours, 1850. — BILLROTH, *Über den Bau der Schleim Polypen*, Berlin, 1855. — POZZI, *Myxome polype ulcéré*, in *Bull. de la Soc. an.*, 1872. — TERRILLON, *Bull. gén. de thérap.*, t. XXXVII, 1874. — JOAL, *Arch. gén. de méd.*, 7<sup>e</sup> série, t. IX, 1882.

Thèses de Paris. — 1872, KUEHNEMANN. — 1874, GUICHET. — 1877, LEMÉRÉ.

**Étiologie.** — Les causes qui déterminent le développement des polypes dans les fosses nasales nous sont absolument inconnues. Les uns invoquent l'influence d'un traumatisme, d'autres le froid humide, les coryza répétés, etc., une déviation de nutrition (ROKITANSKY). Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que, contrairement aux polypes fibreux, ces tumeurs se rencontrent de préfé-

rence à l'âge adulte, qu'elles sont fréquentes dans les deux sexes; cependant on les observerait plus souvent chez l'homme que chez la femme.

**Anatomie pathologique.** — Les polypes muqueux constituent d'habitude des tumeurs molles, demi-transparentes, de consistance pulpeuse ou gélatineuse. Leur forme dépend de leur volume et de leur nombre. Lorsqu'ils sont uniques et peu développés, ils sont globuleux, ovoïdes; mais, par suite de leur accroissement, ils s'adaptent à la cavité qui les contient, se moulent sur ses parois, se divisent en plusieurs lobes (polypes en grappe, rares). Ils peuvent du reste acquérir un volume considérable, dépasser l'orifice des narines, et pendre sur la lèvre ou dans le pharynx. Très rarement ces tumeurs sont uniques, rarement aussi on les rencontre dans une seule des fosses nasales. Le nombre des polypes peut s'élever jusqu'à trente ou quarante (KARL MICHEL).

Chaque tumeur a un point d'attache isolé, le plus ordinairement l'implantation se fait par un pédicule long et étroit, ce qui donne à la masse enlevée l'aspect d'une poire. Dans d'autres cas, le point d'implantation est large et épais, la tumeur semble alors, dit DUPLAY, un bourgeonnement de la muqueuse. Les polypes sont le plus habituellement attachés à la paroi externe des fosses nasales, en particulier au cornet moyen; rarement on les rencontre sur le cornet inférieur ou la voûte, jamais sur le plancher ni sur la cloison. Au point de vue histologique, ces tumeurs sont des myxomes. Plus ils sont anciens, plus ils renferment de tissu conjonctif, partant plus ils sont durs. Ceux dont le développement est récent offrent une consistance molle, presque liquide. Leur surface est recouverte par une couche de cellules épithéliales à cils vibratiles, et par des papilles toujours hypertrophiées, absolument semblables à celles de la pituitaire; tantôt ils présentent une grande vascularité, tantôt ils contiennent très peu de vaisseaux et sont dépourvus de nerfs.

**Symptômes.** — Pendant la première période de leur développement, les symptômes des polypes sont ceux du coryza chronique: sécheresse de la muqueuse, enchifrènement, voix nasonnée. Les changements de température ont sur ce prétendu coryza une influence des plus marquées. Pour expliquer ce fait, on prétend que les polypes sont hygrométriques. De temps à autre se produit une sécrétion profuse, soit muqueuse, soit purulente. Peu à peu la masse augmente de volume, occasionne une gêne respiratoire qui va en croissant; le malade a parfaitement la sensation d'un corps étranger qui se déplace pendant l'inspiration et l'expiration. Parfois le polype est peu accessible à la vue par l'orifice antérieur des fosses nasales, il faut alors examiner l'arrière-gorge avec le miroir et le doigt.

**Complications.** — La présence des polypes, en certains points des fosses nasales, occasionne parfois des accidents de compression: ainsi, en pressant sur la paroi antérieure des fosses nasales, ils peuvent déterminer des troubles du côté des voies lacrymales; de même, quand ils pénètrent dans l'arrière-cavité des fosses nasales, leur présence gêne parfois les mouvements de la trompe ou obture son orifice, de là une altération mécanique et passagère de l'ouïe. On observe aussi un abaissement du voile du palais. Enfin on a signalé l'influence spéciale qu'exerce l'existence des polypes du nez sur l'apparition des accès d'asthme. D'après JOAL, cet asthme symptomatique se manifesterait principale-

ment chez les sujets arthritiques, il résulterait d'une action réflexe consécutive à une irritation de la muqueuse nasale; les accidents s'amenderaient et disparaîtraient en partie par suite de l'ablation de la tumeur. On constaterait encore des troubles nerveux provoqués par les tumeurs polypeuses du nez (éternuements spasmodiques se montrant par accès).

**Diagnostic.** — Il est généralement simple; cependant il n'est pas rare de voir prendre pour un polype la saillie formée par les replis de la muqueuse sur les bords des cornets. Dans certains cas même, ces derniers ont été, par suite de semblable erreur, fracturés et arrachés. Les déviations de la cloison peuvent encore donner le change; cependant, dans les cas de ce genre, un examen attentif et l'exploration au stylet permettent d'éviter l'erreur. On se gardera aussi de confondre avec un polype les collections sanguines ou purulentes dont nous avons signalé la fréquence sur la cloison; leur siège seul doit mettre ici le chirurgien en éveil. Lorsqu'un corps étranger a pénétré dans les fosses nasales, lorsque surtout il y a séjourné quelque temps, qu'il est enveloppé de fongosités, l'hésitation est possible et l'erreur facile. Comme le traitement applicable dans les deux cas est identique, la méprise ne saurait avoir aucune conséquence. Il n'est pas toujours facile de déterminer le nombre des polypes et leur point d'implantation exact. Ce dernier devra être recherché à l'aide d'un stylet que l'on glissera entre la paroi nasale et la tumeur.

**Marche et pronostic.** — Abandonnés à eux-mêmes, les polypes ont une marche lente mais progressive pendant un certain temps, puis ils restent stationnaires. Ils peuvent se détacher spontanément dans un effort d'éternuement par exemple, mais ce sont là des faits rares. L'existence de polypes muqueux constitue une simple infirmité qui ne met jamais en danger les jours du malade; cependant la gêne qu'ils occasionnent, la facilité de la récurrence, en font une infirmité désagréable.

**Traitement.** — Les seuls procédés commodes sont: l'excision et l'arrachement. L'excision avec les instruments tranchants est abandonnée, on la pratique à l'aide du polypotome de WILDE (fig. 102) ou de l'anse galvanique. Cette dernière méthode a été introduite dans la pratique par VOLTOLINI; MICHEL en fait les plus grands éloges. L'arrachement, procédé fort ancien, a été pendant longtemps exécuté un peu à l'aveugle. Il n'était pas rare alors de ramener une portion plus ou moins considérable de la muqueuse, de fracturer un cornet ou l'ethmoïde (TILLAUX); aujourd'hui, suivant les conseils de DUPLAY, on peut, avec un bon éclairage et des petites pinces, régulariser l'opération et éviter ces dégâts. Une fois le polype enlevé, il faut examiner avec soin les narines et voir s'il n'existe pas d'autres tumeurs qui seraient attaquées de la même façon. Pendant ces manœuvres il s'écoule toujours une assez grande quantité de sang, cette hémorragie est loin de faciliter les recherches. Après avoir fait ainsi un nettoyage complet de ces cavités, on touchera durant quelques jours le point d'implantation des polypes avec une solution caustique; il est indiqué aussi de prescrire au malade des injections ou des pulvérisations avec des substances astringentes. Malgré ces précautions les récurrences sont fréquentes.