

2° OSTÉOMES DES FOSSES NASALES

Bibliographie. — LENOIR, CLOQUET, GIRALDÈS, LARREY, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1856. — MAISONNEUVE, *Ac. des sc. et Gaz. des Hôp.*, 1863. — DOLBEAU, *Bull. acad. de méd.*, t. XXXI, 1865-66. — LEGUEST, *cod. loc.* — RENDU, *Arch. gén. de méd.*, août 1870. — DOLBEAU, PAMARD, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1872. — BORNHAUPT, *Arch. f. klin. Chirurgie*, Bd XXVI, Heft 3, p. 588, 1881.

Définition. — On désigne sous ce nom une variété de tumeurs osseuses qui se développent dans l'intérieur des fosses nasales ou de leurs annexes, et sont caractérisées par leur peu d'adhérence ou leur absence complète d'adhérence au squelette.

Historique. — L'étude de cette affection est de date récente. A la thèse

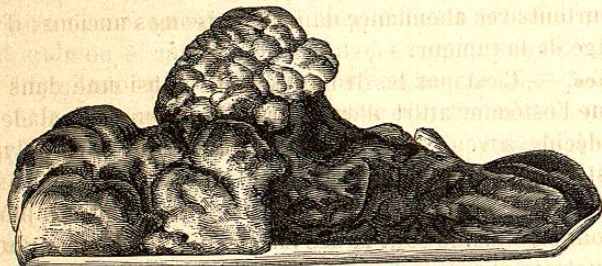


Fig. 105. — Ostéome des fosses nasales. — Pièce déposée au musée du Val-de-Grâce par LEGUEST. La tumeur sectionnée par le milieu, repose sur sa coupe.

d'OLLIVIER (1869), au mémoire de RENDU (1870), travaux qui fixèrent à l'époque l'état de la question, il faut ajouter les recherches de LEGUEST et DOLBEAU, et une remarquable étude de BORNHAUPT.

Anatomie pathologique. — Il existe deux classes bien distinctes d'ostéomes, les uns dits éburnés dont le tissu a une dureté excessive, supérieure à celle de l'ivoire; les autres cellulaires, constitués par des aiguilles osseuses, qui renferment dans leur intérieur une matière rougeâtre et gélatineuse. Les premiers, plus fréquents que les derniers, sont généralement hérissés de saillies et mamelonnés; le volume de ces tumeurs, très variable, est en rapport avec leur âge.

Leur forme, ovoïde au début, devient ensuite comme celles des polypes, des plus irrégulières (fig. 105). Ces productions osseuses sont enveloppées de toutes parts par la muqueuse nasale. Bien que d'ordinaire les ostéomes soient solidement enclavés dans les fosses nasales, on a vu des cas dans lesquels il n'y avait aucune adhérence entre la masse et le squelette; le pédicule, quand il existe, est toujours fort grêle.

Étiologie. — Les différences que nous venons de signaler dans l'implantation de ces tumeurs expliquent les divergences d'opinion qui existent encore entre les auteurs au sujet du mode de développement des ostéomes. CLOQUET

les considérait comme des polypes ossifiés. ROKITANSKY en faisait des enchondromes également ossifiés. Ces deux théories sont abandonnées, et la plupart des auteurs supposent qu'il s'agit d'une variété particulière d'exostoses. VIRCHOW les désigne sous le nom d'*Enostoses*, et les fait dériver du diploé osseux. Pour MICHEL (de Nancy), les exostoses éburnées proviennent du périoste, les exostoses cellulaires, de la moelle. L'opinion de ces deux auteurs ne peut être défendue, les os de la face n'ayant pas de substance médullaire. D'autres auteurs, parmi lesquels il convient de citer VERNEUIL, DOLBEAU, DUPLAY, ne tenant aucun compte des faits dans lesquels on a constaté l'existence d'un pédicule, font dériver directement les ostéomes de la membrane de Schneider; ils se formeraient par une déviation de nutrition parfaitement inconnue (DUPLAY). D'après BORNHAUPT, l'hypothèse la plus plausible est la suivante: Les ostéomes de l'orbite, comme ceux des cavités de la face en général, prendraient naissance dans le périoste qui tapisse les os de cette région. D'abord complètement formé de substance osseuse compacte, l'ostéome devient spongieux au centre par suite du travail de résorption intérieure. Le tissu spongieux se rencontre surtout avec abondance dans les ostéomes anciens; il serait en rapport avec l'âge de la tumeur.

Symptômes. — C'est par les troubles qu'il occasionne dans l'exercice des fonctions que l'ostéome attire d'ordinaire l'attention du malade. Alors seulement il se décide à venir demander les secours de l'art; la masse à cette époque existe déjà depuis longtemps.

Pendant les premiers temps de son développement, les symptômes auxquels l'ostéome donne lieu sont ceux du coryza chronique ulcéreux; on observe parfois des démangeaisons insupportables et de l'épistaxis. La gêne respiratoire, peu marquée au début, augmente à mesure que la masse se développe; en même temps se produisent des phénomènes de compression. Ce sont d'abord des douleurs assez vives, reparaisant par accès, puis plus tard des déformations, des troubles fonctionnels: déviation de la cloison, larmoiement, diplopie, exophtalmos. A l'examen on constate l'existence d'une masse dure, rénitente, rosée lorsqu'elle est recouverte par la muqueuse, grisâtre si elle est déjà dénudée.

Diagnostic. — Le diagnostic se fait par exclusion. Nous n'insisterons pas sur les signes qui différencient ces tumeurs des exostoses développées sous l'influence d'un traumatisme ou de la syphilis, pas plus que sur la confusion possible avec un polype ou une tumeur de mauvaise nature, l'erreur ici ne saurait être possible. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'un corps étranger, d'un calcul; les symptômes sont absolument les mêmes, l'exploration directe peut seule donner des renseignements sérieux sur la dureté excessive de la tumeur, signe caractéristique.

Marche et pronostic. — La marche de la tumeur, tout en étant lente et chronique, est essentiellement progressive; parfois ces productions restent longtemps stationnaires, puis soudain, sous l'influence de causes encore mal connues, elles prennent un développement inaccoutumé. On les voit alors déformer complètement la face et constituer, au milieu des os écartés, une saillie mamelonnée. Il faut éviter de confondre ces tumeurs avec les hypertrophies que présentent parfois les os de la face (voyez *Maxillaires*).

De cet exposé on peut conclure que, sans mettre directement en danger les jours du malade, les ostéomes constituent néanmoins une affection grave.

Traitement. — Il faut enlever ces tumeurs. Nous conseillons d'abattre d'emblée la pyramide nasale afin d'ouvrir une voie large et spacieuse, car jamais jusqu'ici on n'a pu morceler ces productions. Les délabrements que l'on est obligé de faire sont souvent assez considérables ; mais on doit hésiter d'autant moins que les suites de l'opération sont d'ordinaire bénignes. Dès que la voie est assez large, l'extraction se fait avec la plus grande facilité. Avec le tour employé par les dentistes, il serait possible de forer la tumeur. On pourrait alors passer une scie à chaîne pour la diviser.

3° TUMEURS DIVERSES

Différentes tumeurs peuvent encore se rencontrer dans les fosses nasales ; nous allons les décrire par ordre de fréquence. Les sarcomes et les épithéliomes tiennent tout d'abord le premier rang, ils se montrent en général consécutivement à une affection semblable de la lèvre et du nez. Lorsqu'ils sont primitifs, le diagnostic est souvent difficile, on a pu les confondre avec des polypes et même avec des tumeurs sanguines (RENDU). L'examen histologique d'une partie de la tumeur devra être fait dans les cas douteux. DE CASABIANCA a recueilli quelques faits de chondromes observés par RICHET, ERICHSEN, BRYANT. Il s'agissait toujours de jeunes sujets, et toujours aussi la tumeur avait pris naissance aux dépens du cartilage de la cloison. MICHON, VOILLEMIER, VERNEUIL ont constaté des cas d'adénomes. Ces tumeurs ayant une marche et des symptômes analogues à ceux des polypes fibreux, il est nécessaire de les enlever complètement et le plus tôt possible. Signalons encore un cas de tumeur érectile de la cloison, publié par VERNEUIL.

§ 8. — Vices de conformation

Les seuls intéressants pour le chirurgien sont : l'étranglement des fosses nasales, et la déviation de la cloison.

L'étranglement des fosses nasales peut résulter d'un manque de développement, soit dans le diamètre vertical, soit dans le diamètre transversal ; ce dernier est de beaucoup le plus gênant. La diminution de hauteur est presque toujours sous la dépendance de cette structure spéciale de la voûte palatine que l'on nomme voûte ogivale. Nous avons déjà insisté sur le facies caractéristique que présentent certains sujets. Fréquemment on observe en même temps chez eux une hypertrophie de la muqueuse, qui vient encore diminuer le calibre des fosses nasales. Aussi la respiration se fait-elle par la bouche, de là des troubles du côté de l'arrière-gorge. Cette affection est incurable à l'âge adulte ; chez les jeunes enfants, on pourrait peut-être, à l'aide d'appareils spéciaux, étaler la voûte palatine et pallier la difformité.

Les déviations de la cloison, dont nous avons déjà parlé, sont communes et

souvent assez développées pour gêner sérieusement l'accomplissement des fonctions. La déviation peut être unilatérale, fréquemment elle existe à droite et à gauche. La cloison présente alors la forme d'un S. Ces incurvations sont dues à un défaut de proportion entre la hauteur des fosses nasales et celle de la cloison qui, ne trouvant pas de place pour se loger, se dévie. Cette conformation spéciale entraîne souvent des erreurs de diagnostic, elle a été prise pour un polype (BOYER, BRYANT, RICHERAND) ; un patient que nous avons examiné croyait avoir un ostéome, un chirurgien avait voulu lui enlever cette tumeur qui était uniquement formée par la cloison déviée.

Il suffit d'être prévenu pour éviter semblables erreurs. On ne doit intervenir que quand la déviation entraîne une gêne sérieuse dans les fonctions. La résection de la cloison (HEYLEN), son évidement suivi de redressement (CHASSAIGNAC), nous semblent les meilleurs moyens à employer.

CHAPITRE III

MALADIES DE L'ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques. — Corps étrangers

Les traumatismes du pharynx nasal sont rares ; on conçoit cependant qu'un projectile, un instrument piquant pénètre cette région. Alors, il existe du côté des fosses nasales ou de la voûte palatine des dégâts assez sérieux avec lesquels se confond la lésion spéciale du pharynx nasal. Ces plaies n'ont du reste aucun symptôme propre ; plus tard, leur cicatrisation peut entraîner des troubles graves : adhérences du voile du palais, occlusion de la trompe, etc.

Les corps étrangers que l'on rencontre dans cette petite cavité y ont pénétré soit par les fosses nasales, soit par le pharynx. C'est de cette façon que des sangsues avalées pendant la déglutition de l'eau, ont pu se fixer au pharynx où cheminer dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Quant aux substances inertes, plusieurs fois elles se sont trouvées projetées dans les fosses nasales de deux façons différentes : ou bien des matières rejetées par l'estomac en grande abondance forcent la barrière naturelle formée par le voile du palais, et quelques parcelles vont s'arrêter dans les sinus, les cornets ou les méats ; ou bien au moment de la déglutition, une surprise, une frayeur, un coup, l'éternuement, le rire, troublent le jeu régulier des muscles ; une expiration involontaire a lieu et repousse brusquement le corps étranger dans l'arrière-cavité des fosses nasales. HICKMANN, LOUWDES ont rapporté des cas de ce genre qui survinrent dans des conditions à peu près identiques ; il s'agissait d'anneaux métalliques assez volumineux. Le premier mode de pénétration pendant les vomissements est peut-être plus commun qu'on ne serait tenté de