

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

le croire tout d'abord; ainsi s'expliquerait la présence en cette région d'un certain nombre de corps étrangers qui avaient pu passer inaperçus.

§ 2. — Lésions inflammatoires

La cavité naso-pharyngienne est presque toujours envahie par l'inflammation en même temps que les fosses nasales. Les symptômes de l'inflammation aiguë passent le plus souvent inaperçus, et se confondent avec ceux du coryza aigu. L'inflammation chronique, au contraire, se fait remarquer par son caractère de ténacité, elle acquiert à cause du voisinage de la trompe, une importance toute particulière.

1° CORYZA CHRONIQUE. — CATARRHE NASO-PHARYNGIEN

Bibliographie. — TRELTSCH, *Trait. des mal. de l'oreille et du pharynx*. — H. WENDT, in *H. V. Ziemssen's Handb. der Spec. Path. u. Therap.*, Bd. VII, Leipzig, 1874. — A. HARTMANN, *Berl. klin. Wochens.*, n° 14, 1878. — MARTIN, F. COOMES, *Journ. of Ot.*, 1882. — MAX BRESGEN, *Berlin klin. Woch.*, n° 36, p. 552 et n° 37, p. 566, 1882.

Étiologie. — Le catarrhe naso-pharyngien peut succéder au coryza aigu ou chronique des fosses nasales, à une angine, et mieux à une lésion inflammatoire de la trompe et de l'oreille. Très souvent son existence coïncide avec celle de l'angine granuleuse dont il est, dans bien des cas, la conséquence. Maladie des climats froids, mais surtout des climats humides, ce catarrhe paraît spécial aux arthritiques; l'abus de l'alcool et du tabac a une influence considérable tant sur son apparition que sur sa persistance.

Symptômes. — Les malades se plaignent de chatouillements dont la persistance est des plus désagréables, ils accusent une sensation d'obstruction, de plénitude, comme celle que produirait l'accolement de diverses parties de la muqueuse; de là résultent des quintes de toux qui ont un timbre rauque particulier. Les patients ont une manière de tousser caractéristique; ils essaient de diriger le courant d'air expiré de façon à balayer la cavité naso-pharyngienne, de là un ronflement désagréable; ils expulsent ainsi de temps à autre de petites mucosités parsemées de points grisâtres ou noirâtres, formées probablement par les débris de substances diverses contenues en suspension dans l'air, et qui s'arrêtent en cet endroit. Pendant la nuit les matières s'accumulent, le matin leur expulsion nécessite un travail spécial et occasionne des quintes de toux parfois assez violentes pour déterminer des vomissements. L'examen de la gorge fait constater l'existence de lésions propres à l'angine granuleuse; de plus, la rhinoscopie révèle une hypertrophie manifeste de la muqueuse, qui peut, en certains points, obturer complètement le calibre des fosses nasales. « L'extrémité postérieure des cornets, dit K. MICHEL, est inégale, bosselée, d'un gris brillant, ils font saillie hors des choanes, reposent sur le voile du palais, parfois même recouvrent en partie l'orifice des trompes. »

Complications. — Ainsi que nous l'avons vu en étudiant les maladies de l'oreille, le catarrhe chronique peut amener la surdité, occasionner des bourdonnements, soit parce que le gonflement de la muqueuse détermine l'occlusion partielle de l'orifice tubaire, soit parce que les mucosités obstruent cet orifice; dans d'autres cas le catarrhe se propage à l'oreille moyenne, ou entraîne la destruction atrophique des muscles tubaires (URBANTSCHITSCH).

Marche. — Le catarrhe naso-pharyngien a une marche essentiellement lente; les malades ont souvent des périodes d'amélioration qui coïncident la plupart du temps avec l'état de sécheresse ou d'humidité de l'atmosphère. Cette affection peut guérir; il faut bien savoir toutefois que telle n'est pas sa terminaison constante; au bout d'un temps en général assez long, survient la forme atrophique, caractérisée par la disparition des glandes de la région; dans d'autres circonstances, le tissu adénoïde s'hypertrophie (origine des tumeurs adénoïdes, H. WENDT).

Diagnostic. — Il repose sur les différents symptômes énumérés ci-dessus, principalement sur l'examen au miroir. La coexistence de l'angine granuleuse et de troubles du côté de l'oreille renseigne d'une manière fort utile sur la marche de la maladie.

Pronostic. — Le catarrhe naso-pharyngien constitue une infirmité fort gênante, dont la durée est très longue, et qui peut occasionner des complications sérieuses du côté de l'ouïe.

Traitement. — La médication à employer est à peu près celle que nous avons conseillée pour le catarrhe chronique des fosses nasales. Il faut surtout insister sur les inhalations faites avec des solutions salines ou alunées, envoyer les malades à Marlioz ou Causerets, à la Bourboule, au Mont-Dore. Dans le cas de granulations, on touchera de temps à autre le pharynx avec un crayon de nitrate d'argent mitigé au tiers. Lorsqu'il existe un gonflement de la muqueuse, qu'elle est hypertrophiée, les cautérisations au galvano-cautère sont tout spécialement indiquées. (K. MICHEL.)

2° TUMEURS ADÉNOÏDES DU PHARYNX NASAL

Bibliographie. — MEYER, *The Lancet*, t. II, 1869, p. 771. — WILHEM MEYER, *Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. VII, s. 241 et Bd. VIII, p. 129-241, 1874. — GUSTAV JUSTI, *Samml. klinischer Vorträge*, n° 125, Leipzig, 1878. — B. LÆWENBERG, Paris, 1879 et Congrès international de Londres, 1880. — W. MEYER (de Copenhague), LÆWENBERG, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. VII, 1881. — R. SCHALLE (d'Hambourg), *Annales des maladies de l'oreille*, t. VIII, 1882, *Végétations adénoïdes*, p. 337. — CRESSWEL BABERG, *Ibid.*, t. IX, 1883, p. 100. — R. CALMETTES, *Revue d'otologie, et Gaz. méd. de Paris*, p. 306, 1883. — TH. DAVID, Congrès de Rouen, 1883. — PEYSSON, Thèse de Paris, 1883.

Historique. — C'est à MEYER de Copenhague (1869), que l'on doit le premier travail intéressant sur la question; depuis, plusieurs mémoires remarquables ont été publiés sur ce sujet; citons parmi les principaux, les travaux de MICHEL, LÆWENBERG, SCHALLE, CRESSWEL BABERG, etc.

Pathogénie. Anatomie pathologique. — La lésion anatomique consiste dans l'hypertrophie du tissu adénoïde qui existe dans la muqueuse de l'arrière-cavité nasale, et surtout à la partie postérieure et supérieure du pharynx nasal, où l'abondance de ce tissu lui a fait donner par LUSCHKA le nom d'amygdale pharyngienne. Il se produit ainsi des tumeurs molles, de forme et de volume variables, constituées, comme leur nom l'indique, par un tissu adénoïde contenant un grand nombre de vaisseaux sanguins. Ces tumeurs tantôt plates, tantôt pédiculées ou allongées (LÆWENBERG), sont disséminées ou agglomérées (MEYER); au niveau de l'amygdale pharyngienne elles se rassemblent, de façon à ne plus former qu'une masse souple et élastique à surface inégale. Sur les parties latérales du pharynx, ces petites productions sont écartées les unes des autres, la muqueuse présente un aspect tomenteux; elle est comme hérissée. D'après LÆWENBERG, l'affection ne serait qu'un degré avancé de la pharyngite granuleuse.

Étiologie. — Certains auteurs admettent l'origine congénitale de ces tumeurs. MEYER, tout en constatant l'influence de l'hérédité, mentionne comme cause accidentelle le coryza, les irritations locales. Les cliniciens sont unanimes pour admettre l'influence des climats froids et brumeux sur le développement de la maladie. D'une façon générale, c'est là une affection de l'adolescence.

Symptômes. — La suppression de la respiration nasale, un manque de résonance de la voix, un défaut spécial de prononciation (respiration morte de MEYER) qui force le malade à prononcer *m* et *n* comme *b* et *d*, une expression particulièrement insignifiante de la physionomie, attirent tout d'abord l'attention.

Le malade se plaint de l'existence de mucosités difficiles à expulser et souvent teintées de sang. Comme dans toutes les affections où l'on est obligé de respirer la bouche ouverte, il existe le matin une sensation de mal de tête et de sécheresse du pharynx. L'hypertrophie de la muqueuse qui détermine cette gêne respiratoire entraîne un certain nombre d'autres complications, dont la plus importante est une surdité plus ou moins accentuée. Cette surdité tient à une obstruction des trompes, d'origine mécanique.

La difficulté de la respiration entraverait, au dire de LÆWENBERG, le développement de la poitrine chez les enfants; en tout cas, elle occasionne du côté de la face des déformations spéciales. D'après TH. DAVID: « Cette modification de la physionomie est caractérisée par l'ouverture permanente de la cavité buccale, l'allongement de la face, l'affaissement des joues, par suite, la saillie des pommettes, la projection en avant des incisives supérieures; anatomiquement, cette modification consiste essentiellement dans une déformation du maxillaire supérieur; cet os est aplati transversalement dans sa partie buccale. La parabolé alvéolo-dentaire ne conserve plus ni sa forme ni ses dimensions, les parties latérales sont rentrées au point de diminuer quelquefois de moitié son diamètre transversal (atréisie); par contre, la profondeur de la voûte palatine est exagérée, à ce point que dans certains cas elle peut à peine recevoir la pulpe du doigt. Les dents, dans ces conditions, ne trouvant plus une place suffisante, se projettent en masse en avant. » Il existerait, d'après cet auteur, une corréla-

tion intime entre les végétations adénoïdes et ce masque particulier. Par suite de la gêne apportée au passage de l'air dans les fosses nasales, la respiration ne peut être que buccale, la voûte palatine subit alors une pression constante; comme chez les jeunes enfants elle est encore en voie de développement, et de plus, dans les cas de végétation, spécialement ramollie, elle subit la déformation particulière que nous avons signalée.

Diagnostic. Pronostic. — L'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer mettra le chirurgien sur la voie du diagnostic; mais il est impossible de se prononcer sans recourir à l'examen direct par la vue et le toucher. La palpation est de beaucoup le meilleur des procédés; d'après CRESWEL-BABER, cette manœuvre donnerait une sensation analogue à celle que l'on éprouve en touchant une agglomération de vers. Ajoutons que toutes les fois que la chose sera possible, on devra procéder à l'examen micrographique.

Les troubles qui se produisent du côté de l'ouïe et les déformations du maxillaire, signalées par DAVID, rendent le pronostic assez sérieux.

Traitement. — Il doit être à la fois général et local. Le traitement général aura pour but d'améliorer la constitution du sujet, puis on devra inviter le malade à s'interdire absolument les excès de tabac et d'alcool.

Localement on pourra employer les irrigations, inhalations, et autres méthodes en usage dans le traitement du catarrhe naso-pharyngien. Pour détruire les végétations, une intervention plus radicale est généralement nécessaire. On peut attaquer ces productions par la bouche ou les narines. La voie buccale est généralement préférable. On se sert pour cette petite opération d'instruments spéciaux (curettes à bords tranchants, pinces tranchantes de LÆWENBERG, couteau annulaire de MEYER), ou simplement de l'ongle. Quel que soit le procédé employé, l'instrument doit être guidé par le doigt et la vue.

Toutes les opérations dont nous venons de parler s'accompagnant d'un peu de violence, dit SCHALLE, amènent des hémorragies abondantes, sont pénibles, et exigent un grand nombre de séances. Il en est de même des procédés d'écrasement avec les diverses pinces; aussi plusieurs auteurs, en particulier SCHALLE et KARL MICHEL, donnent-ils la préférence au galvano-cautère, dont l'usage, dans ces différents cas, tend à se généraliser de plus en plus.

§ 3. — Ulcérations de l'arrière-cavité des fosses nasales

1° ULCÉRATIONS SCROFULEUSES

Bibliographie. — ISAMBERT, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp.*, 2^e série, t. VIII, p. 107, 1871 et t. IX, 1872. — BUCQUOY, ISAMBERT, HAYEM, FERRÉOL, C. PAUL, *cod. loc.*, 2^e série, t. XI, 1874. — CADIAT, *Soc. anat.*, 1874. — GEE SAMUEL, *St.-Bartholomew's Hospit. Reports*, t. XI, 1875. — RUHLE, *Ub. Pharynx Krankheiten*, in *Sammlung klin. Vorträge*, n° 6, Leipzig, 1876. — PAUL KOCH, *Oblitérat. cicatric. de la nar. gauche (suite probable de pharyngo-laryngite scrofuleuse)*, in *Ann. des mal. de l'oreille*, 1878.

Thèses de Paris. — 1865, JULLIARD. — 1871, FOUGÈRES. — 1873, KOCH. — 1875, LE-PATHOL. EXTERNE. II. — 29

MAISTRE, HOMOLLE. — 1877, SOURRIS. — 1878, GELADE, FAUVERTEIX, LOOTEN (Agrég.), SPILLMANN (Agrég.) — 1880, BARTH, CHASSAGNETTE.

Étiologie. — Les ulcérations scrofuleuses de la gorge sont fréquemment consécutives à d'autres manifestations de la même maladie, érythème, état granuleux. Elles peuvent aussi apparaître d'emblée et primitivement. Toutes les causes qui produisent l'irritation de cette région, usage immodéré de la voix, abus du tabac, favorisent leur développement.

Formes. — La maladie se présente sous deux formes bien distinctes.

a. *Forme superficielle.* — Elle est caractérisée par des ulcérations de profondeur variable, qui débuteraient toujours sur la paroi du pharynx. Tantôt il y a simplement destruction de l'épithélium, dans d'autres cas la lésion est plus profonde, la muqueuse et les parties sous-jacentes sont atteintes. A l'examen, on constate sur la paroi postérieure du pharynx, l'existence de petites saillies constituées par les follicules hypertrophiés. Les ulcérations siègent tantôt au sommet du cône formé par ces saillies, tantôt dans les interstices qu'elles laissent entre elles. D'après ISAMBERT, quelle que soit la place occupée par ces ulcérations, elles apparaissent constamment au sommet des granulations. L'aspect de ces petites solutions de continuité est assez caractéristique : irrégulières et plus étendues en longueur qu'en largeur, elles présentent un fond blanc-jaunâtre ; lorsqu'elles sont en assez grand nombre, la paroi postérieure du pharynx prend un aspect marbré. Cette variété spéciale a une grande tendance à envahir les fosses nasales. Vu leur peu de profondeur, ces ulcérations, en se cicatrisant, n'entraînent aucun accident.

Les symptômes auxquels donne lieu cet état spécial sont peu importants ; aussi les ulcérations superficielles passent souvent inaperçues. Le malade se plaint cependant de sécheresse de la gorge ; chaque matin, comme dans toutes les affections granuleuses du pharynx, il expulse des crachats moulés, parfois sanguinolents. La déglutition est rarement douloureuse.

b. *Forme grave.* — Les scrofulides graves seraient particulièrement une affection de la jeunesse, qui atteindrait plutôt les femmes que les hommes (HOMOLLE). Elles siègent de préférence sur le voile du palais, le pharynx (C. PAUL), et pour HILLAIRET, débuteraient presque toujours par le fond du pharynx. D'après HOMOLLE « le voile du palais est le point où s'observe presque exclusivement le lupus primitif de la gorge ; les piliers, les amygdales et le fond du pharynx ne seraient envahis que secondairement ».

Le travail de destruction gagne profondément, ulcérant la muqueuse et envahissant parfois la couche musculaire du pharynx. Le fond de l'ulcère, jaunâtre, comme lardacé, offre un aspect comparable à celui du tissu graisseux sous-cutané ou à du mastic. Les bords en sont mal arrêtés, beaucoup moins franchement taillés que ceux de l'ulcère syphilitique ; ils sont pâles et ne présentent pas de liseré spécial.

Les phénomènes fonctionnels sont aussi peu marqués que dans le cas précédent, et les symptômes auxquels donne lieu la maladie diffèrent peu de ceux du catarrhe naso-pharyngien. Signalons cependant de temps à autre l'apparition de douleurs vives, excessivement aiguës, s'irradiant d'un côté à l'autre

jusque dans l'oreille. La marche de ces ulcérations est essentiellement envahissante, elles détruisent les piliers, la luette, gagnent la face supérieure et se propagent du côté des fosses nasales.

2° ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES

Bibliographie. — H. WENDT, in *Ziemssen's Handb. d. Speciell. Path. u. Therap.*, Bd. VII, S. 299, Leipzig, 1874. — CH. MAURIAC, *Syphilose pharyngo-nasale*, Paris, 1877. — FOURNIER, *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1879. Thèses de Paris. — 1874, MACHON. — 1875, CHABOUX.

Les ulcérations syphilitiques de l'arrière-cavité des fosses nasales se développent d'ordinaire sur le voile du palais, et débutent fréquemment par la partie postéro-supérieure. De là elles s'étendent sur la luette, les piliers, quelquefois atteignent l'épiglotte et le larynx.

Leur forme est caractéristique, elles sont semi-circulaires ou elliptiques ; leurs bords, nettement taillés, comme à l'emporte-pièce, sont entourés d'un liseré rouge sombre luisant, couleur maigre de jambon ; leur fond présente une teinte gris perle, une mince couche de pus adhérent le recouvre. Les parties sont infiltrées, épaissies ; le voile du palais, rougeâtre, semble être tendu. D'après FOURNIER, ces ulcérations se font remarquer par leur tendance spéciale à envahir les parties sous-jacentes. A la longue une série de bourgeons charnus viennent recouvrir ces pertes de substance, il se fait enfin une cicatrice radiée blanchâtre, souvent vicieuse ; il n'est pas rare de voir la cicatrisation déterminer une atrésie du conduit palato-pharyngien, l'obstruction de l'orifice tubaire, quelquefois même l'occlusion complète de l'arrière-cavité des fosses nasales. Les symptômes fonctionnels sont beaucoup plus accusés que dans les cas précédents : la voix est enrouée, il existe de l'enchifrènement, les malades se plaignent de douleurs très intenses que la déglutition augmente. Lorsque les ulcérations intéressent les bords du pavillon de la trompe, outre le caractère particulier que prend alors la douleur, on constate des troubles divers du côté de l'ouïe : bourdonnements, surdité. Ces phénomènes sont dus, soit au rétrécissement de l'orifice tubaire, soit à la propagation des accidents inflammatoires du côté de la caisse (H. WENDT). D'une façon presque constante, l'air respiré a une odeur fétide ; de temps à autre il s'écoule des narines un muco-pus également fétide, parfois sanguinolent qui se concrète en croûtes très étendues. L'accumulation de ces croûtes dans la région naso-pharyngienne occasionne de fréquents accès de toux.

Diagnostic différentiel. — Malgré l'examen le plus sérieux, reconnaître la nature des ulcérations de l'arrière-gorge est souvent difficile. Il faut se baser sur l'ensemble des symptômes locaux et généraux, sur les commémoratifs, enfin sur les résultats fournis par le traitement déjà employé. Le tableau ci-après facilitera les recherches.