

ULCÉRATIONS SCROFULEUSES

- 1° Les ulcérations scrofuleuses se développent de bas en haut, d'arrière en avant.
- 2° Le début est lent, insidieux, sans douleur, sans réaction fébrile.
- 3° L'ulcère n'a aucune forme caractéristique, ses bords sont irréguliers, déchiquetés, décollés.
- 4° L'ulcère scrofuleux se rencontre le plus souvent sur le voile du palais et la partie postérieure du pharynx, rarement sur les amygdales.
- 5° L'ulcération est peu profonde, les troubles fonctionnels à peine accusés.
- 6° Rarement il existe un engorgement ganglionnaire. Les ganglions atteints sont considérablement hypertrophiés, se ramollissent et fatalement arrivent à la suppuration (ganglions strumeux).
- 7° Les cicatrices sont mates, tendues, superficielles, irrégulières. Il existe, en général, des symptômes manifestes de scrofule.

Pronostic. — Dans les deux cas, le pronostic est sérieux. Ces ulcérations, par les désordres qu'elles produisent, par les cicatrices vicieuses qu'elles laissent après elles, entraînent des troubles graves dans les différentes fonctions, en particulier compromettent l'audition. Les ulcérations spécifiques sont plus facilement curables que les autres; mais il faut se rappeler que leur marche est rapide, et qu'en peu de temps des désordres irrémédiables peuvent se produire.

Traitement. — Il doit être naturellement subordonné à la nature des ulcérations. Lorsqu'il s'agit de lésions scrofuleuses, on fera suivre au malade le traitement que nous avons déjà indiqué à propos des ulcérations scrofuleuses des fosses nasales. Les attouchements avec la teinture d'iode pure ou mitigée sont particulièrement indiqués. Lorsqu'il s'agit d'ulcères spécifiques, c'est à l'iode de potassium que l'on doit s'adresser; il faut prescrire d'emblée des doses assez élevées, en ayant soin, pour ne pas fatiguer le malade, de faire prendre le médicament au milieu du repas.

Nous avons signalé l'existence de douleurs fort intenses, contre lesquelles on emploiera une des préparations suivantes; laudanum pur ou étendu, teinture de coca concentrée, glycérine, morphine, etc. Les pulvérisations faites avec la solution: Bromure de potassium, 10 grammes. Hypochlorite de morphine, 0^{gr} 20. Eau, 100 grammes, donneront aussi de bons résultats.

ULCÉRATIONS SYPHILITIQUES

- 1° Les ulcérations syphilitiques se développent de haut en bas, d'avant en arrière.
- 2° Le début est rapide, les douleurs sont souvent très vives, les poussées inflammatoires fréquentes.
- 3° L'ulcère est arrondi, taillé à pic. Ses bords faits à l'emporte-pièce sont indurés, œdématisés.
- 4° L'ulcère syphilitique affectionne particulièrement les amygdales ou leur voisinage.
- 5° Les tissus semblent fondre sous l'influence du travail ulcératif; en vingt-quatre heures la déglutition et la phonation peuvent être très gênées.
- 6° L'engorgement ganglionnaire est constant, les ganglions sont petits, durs; ils n'arrivent jamais à la suppuration (ganglions syphilitiques).
- 7° Les cicatrices sont plus régulières, radiées, profondes. L'examen du malade, surtout les commémoratifs, permettent ordinairement d'établir l'existence de la syphilis.

Enfin, la période aiguë étant terminée, le malade aura tout intérêt à aller faire une saison aux eaux de Challes.

§ 4. — Tumeurs de l'arrière-cavité des fosses nasales

1° MYXOMES ET FIBRO-MYXOMES

Bibliographie. — LEGUEST, *Soc. de chir.*, 1879. — U. TRÉLAT, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1874 et 1877.
Thèses de Paris. — 1874, GUICHET. — 1875, MATHIEU. — 1883, NIGOT.
Thèse de Nancy. — 1882, GEHIN.

Les myxomes et fibro-myxomes, bien qu'ils soient beaucoup moins fréquents dans l'arrière-cavité des fosses nasales que dans les fosses nasales proprement dites, ont cependant été observés quelquefois en cette région (LEGUEST, TRÉLAT, DUPLAY).

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs s'insèrent d'habitude dans les parties supérieures, antérieures, latérales et inférieures de cette cavité. Leur implantation à l'apophyse basilaire n'a pas encore été signalée.

Le volume de ces polypes est variable, ils atteignent parfois la grosseur d'une noix, d'un œuf de pigeon; une tumeur de ce genre, extirpée par TRÉLAT, ressemblait par sa forme et son volume à un testicule appendu à son cordon. Leur pédicule est généralement grêle et présente une longueur variable.

La consistance de la masse varie suivant que l'on se trouve en présence d'un myxome pur ou d'un fibro-myxome. Les myxomes purs sont mollasses, rougeâtres, comme charnus. Les fibro-myxomes sont fermes, cependant leur dureté est moindre que celle des fibromes.

Symptômes. — Au début, ces tumeurs donnent lieu à des symptômes analogues à ceux du coryza: gêne de la respiration, enchifrènement, céphalalgie; à mesure que le volume de la masse augmente, la gêne de la respiration croît aussi proportionnellement; puis, lorsqu'elle a dépassé les choanes, surviennent de temps à autre des nausées. Les malades se plaignent d'une gêne mécanique dans l'accomplissement de la déglutition. Quelques-uns accusent une surdité intermittente. Ces phénomènes sont d'autant plus accentués que le polype a acquis un volume plus considérable.

L'examen de l'arrière-cavité des fosses nasales, l'exploration digitale, permettront de reconnaître les caractères principaux de la tumeur.

Diagnostic. — C'est surtout avec les fibromes ou polypes naso-pharyngiens qu'il faut éviter de confondre les polypes mous. Toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une tumeur de l'arrière-cavité des fosses nasales, molle, rouge, qui dans le cours de son développement n'a donné lieu à aucune hémorragie inquiétante, il faut penser à l'existence d'un polype muqueux. Dans les cas douteux, on sera toujours autorisé à enlever une partie de la masse pour en faire l'examen histologique. La présence de productions semblables

dans les fosses nasales, fait assez commun, confirmera les renseignements fournis par l'exploration.

Pronostic. — Le pronostic est généralement bénin, ces tumeurs enlevées récidivent rarement ; leur ablation peut se faire par des procédés simples, et les opérations préliminaires sont la plupart du temps inutiles.

Traitement. — Si l'on parvient à porter un fil sur le pédicule de la tumeur, la ligature ou la section, en faisant passer dans le fil un courant galvanique, sont les procédés les plus simples. TRÉLAT a fait construire des pinces courbes avec lesquelles on peut, en passant par la bouche, aller saisir la production à sa base et l'arracher. Si avec ces procédés on ne parvenait pas à enlever le polype, il faudrait, à l'exemple de LABBÉ, BOECKEL, se créer un chemin par la bou tonnière palatine.

2° POLYPES FIBREUX. — FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

Bibliographie. — VERNEUIL, *Gaz. hebd.*, 1859 et 1860. — LEGUEST, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1853, 1860, 1865, 1866, 1868, 1869. — VERNEUIL, *Ibid.*, 1860, 1862, 1863, 1866, 1868. — RAMPOLLA, *Soc. de chir.*, 1860. — OLLIER, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1864, et *Discussion sur le traitement*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873. — POZZI, *Gaz. hebd.*, 1874. — GOSSELIN, *Clinique chirurg.*, 2^e édit., t. I^{er}, 1879. — E. BECKEL, *Soc. de chir.*, 1879. — MARCHAND, *Soc. de chir.*, 1879. — COLIGNON, *Ablat. des polypes naso-phar. sans op.*, Lyon, 1880. — HARTMANN, *Deutsch. Med. Woch.*, n^o 7, 1881. — J. GRYNFELT, *Gaz. hebd. de Montpellier*, n^o 17, 19, 23, 1882. — P. LINCOLN, *Med. News*, 26 mai 1883.

Thèses de Paris. — 1850, GOSSELIN (Concours). — 1854, VAUTHIER. — 1855, DORNELLAS, (Concours), FERRIER, BREVET. — 1857, BŒUF, E. DESPRÉS. — 1864, ROBIN-MASSÉ. — 1867, POSTEL. — 1869, BAUDRIMONT. — 1872, DUC. — 1875, GOGUEL. — 1878, SAMONDÉS. — 1879, BRULÉ.

Les polypes naso-pharyngiens comptent parmi les affections graves de la face. Ils ont été bien étudiés par NÉLATON et ses élèves : ROBIN-MASSÉ, DORNELLAS, puis par GOSSELIN, et successivement par la plupart des chirurgiens contemporains.

Étiologie. — La cause de ces singulières productions nous échappe complètement. Tout ce que nous apprend l'observation, c'est que l'on doit classer les polypes parmi les maladies de l'adolescence ; on les a en effet toujours observés de quinze à vingt-cinq ans ; de plus, ils semblent être l'apanage presque exclusif du sexe masculin ; nous ne connaissons que deux observations dans lesquelles leur présence chez la femme soit établie d'une façon indiscutable, elles sont dues à VERNEUIL.

Anatomie pathologique. — a. *Structure.* — Ces polypes sont constitués par de longues fibres parallèles, parfois enroulées sur elles-mêmes ; entre ces fibres on rencontre des cellules plasmatiques, à prolongements étoilés, reliées par un tissu cellulaire excessivement lâche. En général, on ne trouve pas dans ces tumeurs de vaisseaux bien développés, leur ablation cependant occasionne parfois des hémorragies graves. La raison de cette contradic-

tion apparente nous est donnée par la disposition de la muqueuse des fosses nasales, qui enveloppe entièrement la production morbide, et subit une vascularisation anormale.

b. *Point d'implantation.* — Au lieu de s'implanter à la façon des polypes muqueux, par un pédicule grêle et allongé, les polypes fibreux s'insèrent d'ordinaire par une base large. Les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur la question de savoir où se fait l'implantation de ces tumeurs. Pour GOSSELIN, cette insertion peut se faire : 1^o Dans les fosses nasales elles-mêmes, surtout sur la partie la plus reculée de la lame de l'éthmoïde et des cornets, *insertion nasale*. 2^o A la limite du pharynx et des fosses nasales, sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, au bord postérieur de la cloison ou de la face inférieure du sphénoïde, *insertion naso-pharyngienne*. 3^o Sur l'apophyse basilaire et les premières cervicales, *insertion basilaire*.

La possibilité de ces diverses insertions est généralement admise par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question (VERNEUIL, FOLLIN, LAUGIER, SPILLMANN). Si l'on en croit NÉLATON, l'insertion serait unique et fixe. « Les polypes naso-pharyngiens s'implantent toujours dans le même point de la base du crâne, au niveau du périoste très épais qui recouvre la face inférieure de l'apophyse basilaire. » (*Traité de pathologie*, 2^e édit., t. III, p. 750). LORAIN a signalé l'existence en ce point d'un renflement spécial de la fibromuqueuse, dont la présence expliquerait cette origine constante.

L'insertion basilaire est certainement de beaucoup la plus fréquente ; mais qu'elle soit constante, c'est là ce que l'examen exact des faits ne permet pas de soutenir. Les cas rapportés par DUBOIS (d'Abbeville), FLAUBERT, VERNEUIL, FOLLIN, contredisent absolument cette manière de voir. Dans toutes ces observations, outre le point d'insertion basilaire, il existait des adhérences en divers endroits. Ces dernières ne seraient-elles que secondaires, nous ne saurions l'affirmer.

c. *Volume.* — Le volume de la tumeur est variable, en se développant elle envahit l'arrière-cavité des fosses nasales, les narines, les divers sinus, la fosse ptérygoïdienne, luxe, disloque les os de la face, défonce l'orbite, pénètre dans la cavité, expulse le globe de l'œil, et peut même, par un travail lent mais continu, arriver jusque dans la cavité crânienne. On la voit aussi descendre dans le pharynx et parfois jusqu'au larynx.

Symptômes. — Leur étude se divise en trois périodes distinctes. Pendant les premiers temps, les polypes se développent d'une façon insidieuse. Les seuls phénomènes auxquels ils donnent lieu sont ceux du coryza, se compliquant d'épistaxis qui apparaissent d'abord de temps à autre, puis fréquemment. Ces épistaxis sont rebelles, assez sérieuses quelquefois pour mettre en danger la vie du malade. Leur persistance, la facilité avec laquelle elles se reproduisent, déterminent le chirurgien à explorer les fosses nasales, ce qui permet alors de reconnaître dès le début, pour ainsi dire, la présence du polype.

La tumeur ne tarde pas à grossir ; elle occasionne du côté de la respiration une gêne graduellement croissante ; le malade perçoit manifestement la sensation d'un corps étranger, peu à peu les sécrétions deviennent purulentes, fétides, la masse se développe de plus en plus, fait saillie à l'arrière-gorge, à la

partie antérieure des fosses nasales, pénètre dans la cavité orbitaire, disloque la face et occasionne des déformations caractéristiques (fig. 106). Enfin, si l'on n'intervient pas, apparaissent par suite du développement incessant du mal, les divers phénomènes ci-dessus mentionnés; les hémorragies sont de plus en plus fréquentes et la mort vient parfois terminer ce lugubre tableau.

Marche. — Chacune de ces périodes a une durée assez longue. Les polypes mettent d'ordinaire plusieurs mois avant de déterminer des désor-

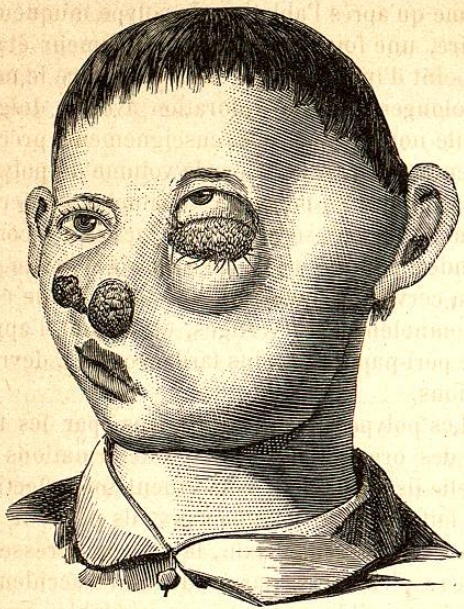


Fig. 106. — Déformations de la face par un polype naso-pharyngien. (Musée DEPUYTREN.)

dres graves. D'après LEGUEST, les polypes fibreux auraient une tendance naturelle à s'arrêter dans leur développement et même à rétrocéder, lorsque les malades arrivent à l'âge adulte. Quelques faits rapportés par GOSSELIN, LAFONT, GUYON, confirment cette manière de voir. Ces observations ont une conséquence pratique importante; si, en effet, il était permis d'affirmer que les polypes naso-pharyngiens rétrocedent seuls à certaines époques, le chirurgien devrait se borner à s'opposer à l'accroissement exagéré du mal, et toute intervention radicale exigeant de grands délabrements serait inutile; il suffirait de mettre le malade dans un état qui lui permit d'attendre la période de rétraction de la tumeur.

Diagnostic. — Pendant les premiers temps de leur développement, les polypes fibreux sont souvent pris pour un simple coryza. L'examen méthodique de l'arrière-cavité des fosses nasales peut seul permettre d'éviter l'erreur; à une période plus avancée, les polypes ont été confondus avec des tumeurs cancéreuses; mais, si l'on hésite, on se rappellera que le cancer ne se développe guère que dans la deuxième période de la vie, qu'il s'accompagne tou-

jours de douleurs, de retentissement ganglionnaire, d'altération de la santé, qu'il forme une masse molle, tandis que le polype est dur et résistant.

D'après S. DUPLAY, les abcès rétro-pharyngiens présenteraient parfois des symptômes qui auraient permis de les confondre avec des polypes; dans ces circonstances, la recherche de la fluctuation, surtout la ponction exploratrice, suffiront à lever tous les doutes.

Enfin, il est rare que l'on prenne un polype muqueux pour un fibrome; cependant il peut arriver que les deux tumeurs existent ensemble, et que l'on ne découvre le fibrome qu'après l'ablation du polype muqueux.

Il est nécessaire, une fois la nature de la tumeur établie, de déterminer exactement son point d'implantation, de reconnaître le nombre et la situation de ses divers prolongements. L'exploration avec le doigt ou avec les sondes mousses peut seule nous donner des renseignements précis à ce sujet; comme souvent elle est rendue bien difficile par le volume du polype, il en résulte que, dans bien des cas, on doit se borner à de simples conjectures. Les prolongements pharyngiens et faciaux sont toujours faciles à reconnaître, mais les difficultés sont grandes lorsqu'il s'agit de savoir s'il existe un prolongement du côté de la base du cerveau. Cependant l'existence d'une céphalalgie intense et persistante, la somnolence, les vertiges, et surtout l'apparition de troubles oculaires (œdème péri-papillaire, plus tard atrophie), devront faire craindre de graves complications.

Pronostic. — Les polypes naso-pharyngiens, par les troubles qu'ils occasionnent du côté des organes des sens, les déformations qu'ils entraînent, la facilité avec laquelle ils récidivent, constituent une affection des plus graves; enfin, comme le fait remarquer SPILLMANN, ils peuvent déterminer la mort de différentes façons: 1° par asphyxie, la tumeur presse sur la base de la langue et arrête la respiration; 2° par production d'accidents cérébraux; 3° par des hémorragies incoercibles; 4° par un véritable empoisonnement, dû à l'absorption des sécrétions fétides qui arrivent dans l'estomac.

Traitement. — La gravité d'une semblable lésion nécessite une intervention active et aussi radicale que possible. La première idée qui vient à l'esprit consiste à attaquer le polype par les voies naturelles; malheureusement, c'est toujours difficile et fréquemment impossible. En présence de ces difficultés, les chirurgiens ont cherché à s'ouvrir une voie artificielle pour aller attaquer la tumeur; de là divers procédés dont nous partagerons l'étude en deux groupes distincts: 1° moyens employés pour détruire le polype lui-même; 2° opérations préliminaires destinées à faciliter l'accès de la tumeur.

A. *Moyens employés pour détruire le polype.* — Avec SPILLMANN, nous rangerons dans ce groupe: l'arrachement, le broiement, la ligature, l'excision, la rugination, la destruction du néoplasme par l'anse galvanique ou le thermo-cautère.

1° *Arrachement.* — Ce procédé a rendu de grands services; il était particulièrement employé par les chirurgiens du siècle dernier, et convient spécialement aux polypes dont la base d'implantation est bien circonscrite. Des pincettes solides et partant assez volumineuses sont nécessaires, on comprend dès lors qu'il est difficile de passer avec ces instruments par les voies naturelles. Après

semblable opération, il n'est pas rare d'observer des hémorragies rebelles qui se montrent parfois tardivement; en outre, au point d'insertion de la tumeur, il y a souvent arrachement de fragments osseux; comme le fait remarquer FORGET, cet arrachement est d'autant plus à craindre, qu'au niveau de l'insertion des polypes le tissu osseux est toujours partiellement aminci et détruit. A la suite de lésions de ce genre, on a vu survenir des accidents cérébraux qui ont entraîné la mort (GOSSELIN, FLEURY, OLLIER).

2° *Broïement*. — Employé par VELPEAU, ce procédé est aujourd'hui abandonné.

3° *Ligature*. — L'origine de cette méthode opératoire remonte à GUILLAUME DE SALICET; elle consiste à prendre dans une anse de fil le pédicule de la tumeur, puis à l'écraser. La ligature convient aux tumeurs peu volumineuses, à pédicule bien limité; on l'emploie surtout lorsqu'on peut opérer par les voies naturelles, mais malgré l'aide d'instruments spécialement construits dans ce but, on a beaucoup de peine, lorsque le polype a un certain développement et présente une insertion basilaire, à passer l'anse du fil.

4° *Compression par les pinces*. — Il est évident que si l'on arrive à saisir la base de la tumeur dans des pinces à pression solides, en les laissant en place, les parties comprimées se mortifieront rapidement. Au lieu de détruire ainsi le polype en une seule fois, on peut le morceler progressivement. Ce procédé a donné un bon résultat à LETENNEUR (de Nantes) qui s'est servi de pinces analogues à l'entérotome de DUPUYTREN.

5° *Écrasement*. — CHASSAIGNAC a proposé d'employer la chaîne d'écraseur, elle est difficile à passer, nécessite toujours une opération préalable, de plus on ne peut ainsi faire une ablation complète.

6° *Excision*. — Procédé à rejeter car il détermine parfois des hémorragies graves.

7° *Rugination*. — La rugination est le plus souvent une opération complémentaire; elle permet, lorsque la majorité de la masse a été enlevée par un des procédés précédents, de détruire les derniers vestiges du mal. BORELLI, A. GUÉRIN, HERGOTT ont attaqué d'emblée les polypes avec la rugine; l'index gauche introduit dans l'arrière-gorge guide la pointe de l'instrument. Cette méthode est rarement applicable.

8° *Caustiques. Galvano-cautère. Thermo-cautère*. — Après s'être ouvert une large voie pour arriver jusqu'au polype, plusieurs chirurgiens l'ont attaqué à l'aide du caustique de Canquoin, employé sous forme de flèches (DENUCÉ), ou de pâte que l'on introduit dans des trous faits au préalable dans la tumeur (RICHARD).

Le galvano-cautère a rendu et rend encore ici de grands services, on peut en effet donner à l'anse galvanique les formes les plus bizarres, la pousser jusqu'au point d'implantation du néoplasme, puis, faisant plonger graduellement la pile, on porte le fil à une température variable. Il est ainsi possible de faire des sections rapides ou lentes, et de se mettre à l'abri du sang. Le thermo-cautère peut être également mis en usage, mais il est d'un emploi peu commode.

B. *Opérations destinées à faciliter l'accès du polype*. — Les procédés principaux employés par les chirurgiens pour arriver plus facilement sur la base

de la tumeur, sont classés de la façon suivante en tenant compte de la région qu'ils intéressent :

1° *Voie nasale*. — Cette méthode consiste à se frayer un passage à travers le nez : *a.* en agrandissant simplement son orifice antérieur (LEGOUEST); *b.* en faisant une incision sur la partie médiane (VERNEUIL); *c.* en détachant le nez à sa racine sur un de ses côtés pour le renverser sur l'autre comme une tabatière (CHASSAIGNAC); *d.* en abattant l'auvent nasal (OLLIER).

2° *Voie maxillaire ou jugale*. — SYME, FLOBERT, OLLIER, dans le but de s'ouvrir un passage, conseillent l'ablation du maxillaire supérieur. La gravité de cette opération préliminaire est moins considérable qu'on pourrait être

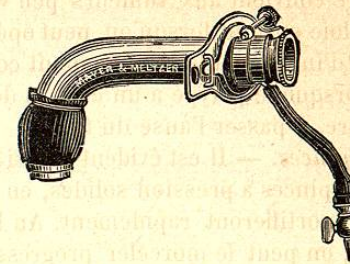


Fig. 107. — Canule de TRENDELEBURG, modifiée par F. SEMON.

tenté de le croire. Sur vingt-sept cas qu'il a réunis, MICHAUX (de Louvain) ne compte que trois morts.

Pour éviter les difformités, MICHAUX en 1843 a proposé de substituer les résections partielles aux résections totales. Plusieurs chirurgiens, en particulier GUÉRIN, MAISONNEUVE, DEMARQUAY, ont pratiqué des opérations de ce genre.

3° *Voie palatine*. — Au commencement du siècle dernier, un chirurgien d'Avignon, MANNE, incisa le voile du palais pour atteindre le polype; DIFFENBACH, MAISONNEUVE, FOUCHER, HUGUIER ont repris cette opération, NÉLATON en 1848 ajouta à l'incision de MANNE l'ablation de la moitié postérieure de la voûte osseuse, et créa la voie palatine. C'est de tous les procédés celui dans lequel on commet le moins de dégâts; de plus, l'ouverture peut être maintenue béante pendant un certain temps, ce qui permet de détruire la tumeur lentement mais sûrement. BOECKEL s'est servi avantageusement de l'incision transversale du voile du palais. Dans le cours de ces diverses opérations, il coule toujours dans la bouche une quantité considérable de sang, qui, si le malade est endormi, pénètre dans les voies aériennes. Cette menace incessante d'asphyxie a fait renoncer en partie à l'emploi du chloroforme. Afin de faire bénéficier le malade des avantages du sommeil anesthésique, tout en le mettant à l'abri des accidents, les chirurgiens allemands font la trachéotomie et emploient la canule à tamponnement de TRENDELEBURG (fig. 107).