

Le *raclage* ou le *curettage* suivis de cautérisations diverses, surtout à l'acide lactique.

L'*extirpation complète avec ou sans autoplastie*, avec ou sans cautérisation des surfaces cruentées.

Le plus souvent la récurrence est au bout de ces guérisons temporaires. Si les moyens curatifs ont échoué, restent les moyens palliatifs, dont les bénéfiques sont moins hypothétiques.

II. TRAITEMENT PALLIATIF. — Dilatation du nez et du larynx pour conserver le fonctionnement de ces deux organes.

On dilate les fosses nasales avec la laminaria (Kaposi). On va même jusqu'à curetter l'intérieur des fosses nasales, jusqu'à le cautériser au thermocautère, pour y placer des tubes métalliques ou en caoutchouc.

Le cathétérisme laryngien assure suffisamment la béance de la glotte. On le pratique avec le jeu des tubes de Schrötter. Le malade, comme ceux que j'ai vus à Vienne, arrive à se sonder lui-même et, sous ces pressions renouvelées, les bourrelets durs finissent par s'effacer un peu.

La trachéotomie doit être mentionnée dans les ressources palliatives.

Je résumerai comme suit la conduite à tenir :

Si le rhinosclérome est encore opérable, l'extirper et faire de l'autoplastie, non sans avoir essayé des injections interstitielles.

Si le rhinosclérome n'est plus opérable, dilater mécaniquement le nez et le larynx.

IV

TUMEURS DES FOSSES NASALES

On doit séparer les tumeurs *benignes* et les tumeurs *malignes*.

Parmi les premières figurent les *polypes muqueux*, *ostéomes*, *chondromes* et *angiomes*. Servant d'intermédiaires, au point de vue de la gravité, figurent les *fibromes naso-pharyngiens*.

Enfin viennent les diverses variétés de *tumeur maligne* (sarcome, épithéliome, carcinome).

Nous étudierons particulièrement :

- 1° Les polypes muqueux ;
- 2° Les fibromes naso-pharyngiens ;
- 3° Les tumeurs malignes.

POLYPES MUQUEUX

(*Myxomes*).

Les polypes muqueux des fosses nasales sont des tumeurs bénignes, plus ou moins pédiculées, généralement mobiles, translucides et opalines, de consistance molle et constituées histologiquement par du tissu myxomateux (1).

Étiologie. — Ces polypes sont les tumeurs qu'on rencontre le plus souvent dans les fosses nasales. Zuckerkandl en a trouvé dans le huitième des autopsies qu'il a pratiquées.

Ils s'observent principalement chez les adultes.

L'importante statistique de Hopmann, appuyée par celle de Natier et de Ripault, établit que sur 100 malades, 3 ou 4 seulement n'ont pas encore atteint l'âge de quinze ans. Krakauer a présenté en 1885, à la Société de médecine interne de Berlin, un enfant de quatre mois et demi auquel il avait enlevé onze polypes. Chez un nouveau-né, Le Roy en a vu saillir un hors de la fosse nasale. D'après Morell-Mackenzie, la majeure partie s'observe entre vingt et trente ans. Ils sont bien plus fréquents chez l'homme que chez la femme.

Leur cause déterminante est encore très discutée. Gerdy invoquait les traumatismes qui atteignent la muqueuse pituitaire, mais leur rôle n'est aucunement démontré.

On tend à admettre aujourd'hui que toute irritation réitérée, entretenant une inflammation ou coryza chronique, amène à la longue la formation de polypes muqueux. W. de Roaldès a remarqué qu'ils sont très rares chez les nègres, sans doute parce qu'ils ont des narines spacieuses et mieux drainées. C'est principalement à la suite des rhinites hypertrophiques qu'on les voit apparaître. Cette corrélation s'explique bien par ce fait que Chatellier et Barbier ont trouvé dans les coupes histologiques des rhinites hypertrophiques les caractères du tissu myxomateux (myxoangiome). Ce seraient les deux formes, *diffuse* et *circonscrite*, d'une même dégénérescence. Le rôle des diathèses dans leur apparition n'est pas positivement établi.

Le myxome de l'arrière-nez est notablement plus rare. On l'observe à tout âge ; chez le vieillard (Panas), comme chez l'enfant (Mac Coy).

(1) ZUCKERKANDL, Anat. norm. et path. des fosses nasales, Paris, 1895. — JOAL, Arch. de méd., Paris, 1882, p. 440. — JALAGUIER et RUAULT, Arch. de rhin., 1887. — CHATELLIER, Soc. de biol., 21 janv. 1888. — BOTTEY, Congrès d'ot. et de laryng., Paris, 1889. — LUC, France méd., 14 nov. 1890. — MILLIGAN, Brit. med. Journ., nov. 1890. — WATSON, Brit. med. Journ., 28 nov. 1891. — RAULIN, Revue de laryng., sept. 1891. — HOPMANN, Berlin. klin. Wochenschr., août 1892. — M. NATIER, Ann. de la polyclin., n° 7, 8, 9, 1892. — GÉRARD MARCHANT, Traité de chir., 1891, t. IV. — MOURE, Manuel des maladies des fosses nasales, 1893. — PANNÉ, Arch. de laryng., août 1893, p. 200. — JOHNSTON, New York med. Journ., août 1893. — RIPAULT, Gaz. des hôp., 3 nov. 1894. — Association médicale britannique (British med. Journ., 1895, p. 472).

Pathogénie. — Je me contente d'indiquer les principales théories. Zuckerkandl voit dans ces néoplasmes l'effet d'une irritation hyperplasique de la muqueuse. Pour Billroth, ce seraient de simples adénomes dérivant des glandes.

Hopmann les considère comme des fibromes infiltrés secondairement (fibromes œdémateux). Enfin Hartmann, Grünwald, Schæffer, Killian, sans être exclusifs dans leur opinion, pensent qu'ils sont souvent sous la dépendance de sinusites maxillaires, frontales ou autres, dont les sécrétions septiques irritent la muqueuse nasale. Cette irritation amène suivant les cas de simples fongosités ou des polypes caractérisés. Comme les principaux sinus (maxillaire et frontal) déversent leur contenu dans le méat moyen, au niveau de l'infundibulum, on ne sera pas surpris que tel soit aussi le siège de prédilection des myxomes.

Anatomie pathologique. — 1° POLYPES NASAUX. — *Nombre.* — Généralement ils sont multiples, parfois même en nombre considérable. Noquet et Browne ont pu en extraire jusqu'à quatre-vingts chez le même individu. Au fur et à mesure qu'on les enlève, ceux qui étaient refoulés par les premiers dans les anfractuosités de la fosse nasale viennent à se montrer. Dans le tiers des cas environ, il en existe des deux côtés du nez.

Siège. — La grande majorité prend naissance sur la paroi externe, dans le méat moyen au voisinage de l'hiatus semi-lunaire et des orifices du sinus maxillaire et frontal. Un assez grand nombre s'insère sur la face inférieure du cornet moyen. Ils sont très rares dans le méat supérieur et n'ont pas été signalés dans l'inférieur. Nous avons cependant soigné, en 1895, une jeune fille qui présentait dans les deux fosses nasales plusieurs myxomes implantés à la face inférieure du cornet inférieur et qui remplissaient le méat sous-jacent. Moldenhauer, Gouguenheim, Natier, Chiari, en ont observé sur la cloison. Luc en a rencontré un qui était télangiectasique. Il n'en a pas été vu sur le plancher. Sur trente-neuf polypes trouvés par Zuckerkandl dans ses recherches cadavériques, vingt-neuf étaient sur la paroi externe.

Forme. — Au début de leur formation, quand ils sont encore petits ils sont sessiles. Plus tard, on les trouve pourvus d'un pédicule plus ou moins long, plus ou moins grêle.

Le polype lui-même est généralement aplati. Il a la forme d'une poire, d'une larme, dit Mackenzie. Puis, en grandissant, ils arrivent à se mouler dans les anfractuosités de la fosse nasale et prennent ainsi le type multilobulé, en crête de coq. Les prolongements en forme de tentacules peuvent gêner l'extraction. Les pédicules multiples n'existent pas. Il s'agit seulement en ce cas d'adhérences contractées secondairement. (Zuckerkandl.)

Volume. — Les plus petits rappellent un semis de grains de mil, les moyens sont comme un grain de raisin, les gros dépassent la dimen-

sion du pouce et, parfois, quand on n'a cru saisir qu'un petit polype, on est surpris d'en amener un du volume d'une noix et même plus. Les très volumineux sont près des narines ou des choanes.

Histologie. — Le myxome est tapissé d'une couche de cellules cylindriques à cils vibratiles qui devient pavimenteuse et stratifiée quand il approche de l'air extérieur (Coyne). Sous l'épithélium est une membrane basale. L'ensemble du néoplasme est formé de tissu conjonctif embryonnaire contenant une grande quantité de cellules migratrices et de mucine. Cellules et mucine gélatiniforme sont accumulées dans des espaces aréolaires, irréguliers. Cette structure rappelle celle du cordon ombilical, Chatellier y a signalé des fibrilles particulières, non conjonctives, de nature indéterminée, avides d'hématoxyline et des couleurs d'aniline. A titre exceptionnel, on rencontre dans quelques myxomes des glandes muqueuses. On a trouvé dans leur trame soit des pseudo-kystes sans paroi propre, à contenu séreux ou colloïde, ou graisseux (Virchow), soit des kystes véritables à mucine (kystes par rétention glandulaire) (Zuckerkandl, Jalaguier et Ruault). Dans un cas de Michael, le polype contenait quelques bulles d'air.

Ils sont pauvres en vaisseaux et saignent peu, pauvres encore en muscles nerveux (Billroth en a rencontré seulement dans un polype).

Si on les comprime après leur ablation, il s'en écoule une notable quantité d'un liquide clair qui se coagule par la chaleur.

Le pédicule est plus riche en tissu conjonctif. Il adhère intimement au squelette, dont une portion peut être entraînée avec lui. Zuckerkandl a vu dans deux cas une épine osseuse se prolonger dans le pédicule.

2° POLYPES RÉTRO-NASAUX (FIBRO-MYXOMES). — Ils sont caractérisés par une proportion plus importante de l'élément conjonctif; parce qu'ils se sont développés sur une muqueuse que les recherches du professeur Panas ont montrée riche en tissu conjonctif.

Ils se présentent en général plus volumineux que les myxomes nasaux (œufs de pigeon, œufs de poule). Moure y a signalé d'amples pseudo-kystes à contenu liquide.

Réguliers ou multilobulés, ils sont rarement multiples. On les trouve implantés sur la queue des cornets ou le pourtour des choanes, quelquefois sur le bord postérieur de la cloison (Mac Coy), à la voûte du pharynx (Legouest), sur le dos du voile (Castex). Il importe de ne pas les confondre avec les myxomes nasaux qui plongent dans le *cavum*. (Wagnier.)

3° POLYPES SINUSAUX. — Heymann en a rencontré quatorze fois dans le sinus maxillaire, implantés par une base large au voisinage de l'*ostium*. On en trouve encore dans les sinus frontaux (Péan, Berger); plus rarement dans les sinus sphénoïdaux et cellules ethmoïdales. Les polypes sinusaux accompagnent souvent les sinusites et nécroses des parois osseuses.

Symptomatologie. — *Symptômes fonctionnels.* — Étudions-les d'abord, puisqu'ils sont les premiers par lesquels le malade soupçonne son affection.

Polypes nasaux. — Le début est insidieux. Il peut même être latent. Un hasard d'exploration les fait découvrir. C'est d'abord comme un coryza chronique, avec enchifrènement, poussées aiguës de temps à autre, sensation d'obstruction nasale qui augmente par les temps humides, les myxomes étant hygrométriques; éternuements lorsque la petite tumeur est encore mobile. Le bruit de drapeau (Dupuytren) ne s'observe guère. Il se produit parfois un écoulement séreux ou purulent, mais les épistaxis sont rares. L'odorat et par suite la sensibilité gustative sont diminués.

A la longue, la respiration ne peut plus se faire que par la bouche, d'où le dessèchement et l'irritation persistante du pharynx, l'aspect hébété du malade.

La voix est nasonnée (rhinolalie), il ronfle en dormant. Il peut se produire de la dysphonie et même de l'aphonie (Brébion) par extension de l'inflammation pharyngée. Les troubles auditifs sont peu marqués. A signaler encore : des névralgies du nerf maxillaire supérieur, de la céphalalgie frontale, de l'inaptitude au travail cérébral (aproxie) et de l'insomnie.

Les accidents de compression sont peu marqués : disjonction des os propres du nez (Colles), déjettement de la cloison (Stark, Mackenzie), sa perforation (Luc), refoulement en dehors des ailes du nez, atrophie des cornets, enfin obstruction de l'orifice inférieur du canal lacrymo-nasal (Péan) avec épiphora.

Signes physiques. — Il est exceptionnel que les myxomes viennent se montrer au dehors des narines. Le spéculum mis en place, on aperçoit de petites tumeurs d'un gris rosé, translucides et glissant d'arrière en avant, quand le malade exécute l'expiration par le nez. Avec le stylet coudé on apprécie la consistance et le degré de mobilité du polype, le siège de son point d'implantation. Zuckerkandl fait remarquer que cette implantation est toujours plus profonde qu'on ne pense. Le stylet coudé indique encore les prolongements qu'on a pu trouver entre-croisés. (Watson.)

Pour découvrir les petits polypes qui se dissimulent dans le méat moyen, il faut refouler le cornet inférieur avec le stylet coudé ou le faire rétracter par des applications de cocaïne. S'ils sont à leur début, on les voit petits, sessiles, dans le méat moyen, ne se rétractant pas sous la cocaïne.

La rhinoscopie postérieure doit compléter les données de l'examen antérieur.

Polypes rétro-nasaux. — Ils se révèlent par de l'obstruction nasale avec parésie du voile. Les liquides peuvent refluer par le nez. La tumeur descendant entre les piliers provoquera parfois des spasmes

pharyngiens ou même laryngiens. Le malade accuse quelquefois un ballotement rétro-nasal. Les troubles auditifs et vocaux sont plus accentués que pour les polypes nasaux (Johnston). C'est surtout par la rhinoscopie postérieure qu'on voit bien le néoplasme, ou encore par l'application d'un releveur du voile, si la rhinoscopie est impossible à cause de l'intolérance du sujet.

Ces tumeurs sont lisses et régulières, quelquefois mamelonnées et kystiques (Ruault, Moure). Le toucher pharyngien renseigne sur leur consistance généralement plus marquée que dans les myxomes intranasaux et sur la place du pédicule. Pour peu qu'ils soient volumineux, ces fibro-myxomes empruntent les caractères cliniques des fibromes naso-pharyngiens. (Legouest, Panas, Trélat.)

Polypes sinusaux. — On ne peut que les soupçonner quand il existe des symptômes de sinusite. Leur diagnostic reste toujours incertain. L'éclairage des sinus par transparence n'indique rien de certain, car d'une part l'opacité peut être due à des emphyèmes, à des épaississements de la paroi sinusale, et d'autre part la transparence a pu exister avec la présence de myxomes. Des myxomes de l'antre d'Highmore ont pu révéler leur présence en défonçant le plancher orbitaire. (Espada, Pignatari, Milligan.)

Complications. — Les plus importantes consistent en troubles d'ordre réflexe, qui peuvent apparaître soit dans l'extrémité céphalique, soit dans l'appareil respiratoire.

Les premiers, plus fréquents, consistent en névralgies sus et sous-orbitaires tenaces, migraines, congestions cérébrales, tics convulsifs de la face et même accès épileptiformes (Löwe), congestions de la peau du nez et des joues, quintes de toux par irritation du pneumogastrique; larmolement, blépharospasmes, asthénopies même (Trousseau) qu'on explique malaisément.

Les deuxièmes, signalés d'abord par Voltolini, puis étudiés par Fraenkel, Duplay, Joal (du Mont-Dore), consistent dans une sorte d'asthme (asthme nasal). Les crises d'étouffement se montrent principalement la nuit. Elles ont pu amener à la longue de l'emphysème et de la dilatation du cœur droit (Michel). Chez les enfants, ce réflexe respiratoire se traduit de préférence par des accès de stridulisme avec dysphonie. Heryng a même mentionné chez de jeunes sujets du spasme réflexe de la glotte. Ces complications sont surtout fréquentes chez les neuro-arthritiques.

On voit par là que l'examen méthodique des fosses nasales s'impose chez les asthmatiques.

Quelques myxomes obturant les orifices du sinus maxillaire frontal ou autres y peuvent occasionner une rétention des sécrétions avec ampliation consécutive de ces cavités.

Marche. — **Durée.** — **Terminaisons.** — Les myxomes nasaux ont une marche progressive, mais lente. C'est seulement après des années que

le malade est incommodé par son affection. Quand ils sont très développés, ils peuvent se montrer aux orifices antérieurs des fosses nasales ou derrière le voile du palais. Quelques-uns, devenus kystiques, ont leurs cavités rompues dans un effort pour se moucher et le malade se trouve soulagé pour un temps.

Leur *durée* n'a pas de limites, puisque la guérison spontanée n'existe pas. Cependant Mackenzie a observé quelquefois l'expulsion naturelle du polype par rupture du pédicule dans l'éternuement ou l'acte du moucher.

La terminaison en tumeur maligne n'est plus niable actuellement. On a surtout noté cette transformation chez des gens ayant dépassé la cinquantaine. Hinde l'a pourtant observée chez un homme de vingt-neuf ans. C'est surtout après des opérations incomplètes et multiples qu'on a vu cette dégénérescence. Il s'agit généralement de transformation en sarcomes. Nous connaissons cette évolution, grâce aux observations de Schmiegelow, Bayer, Hinde, Hopmann, Cozzolino, Schiffers, Moure, Gérard Marchant.

Diagnostic. — Il s'établit aisément grâce à la coloration spéciale et à la mobilité de la tumeur, à l'absence de troubles graves dans l'état local comme dans l'état général. Cependant il est rendu parfois difficile par l'étroitesse des fosses nasales, par des déviations du septum, des rhinites hypertrophiques dissimulant de petits polypes. C'est alors que le médecin doit redoubler d'attention pour ne pas méconnaître un polype que le malade sait exister. La réaction par la cocaïne ou le refoulement avec un stylet décèlent le néoplasme.

I. Myxomes nasaux. — Les enchondromes et ostéomes, les hématomes et abcès de la cloison se distinguent par leur consistance et leur immobilité constatées au stylet. L'angiome est bleuâtre, animé de battements. Le papillome est finement multilobé. Les dilatations kystiques du cornet moyen se reconnaissent à leur dureté; elles sont d'ailleurs uniques. Chez les enfants, il faut songer à l'erreur possible avec une méningocèle intranasale. (Mackenzie.)

La rhinose hypertrophique se distingue par sa couleur rouge et son siège plus marqué du cornet inférieur.

Les tumeurs malignes (sarcomes, épithéliomes, etc.) se reconnaissent à ce qu'elles ne sont pas pédiculées, saignent facilement sous le stylet. L'examen microscopique des fragments, les adénopathies et la cachexie achèvent la différenciation.

Il importe de ne pas oublier que les myxomes sont parfois associés à d'autres tumeurs, bénignes ou malignes, qu'ils dissimulent. Le pronostic doit donc être réservé jusqu'après leur ablation. Ne pas oublier d'examiner de parti pris les deux fosses nasales : on risquerait de laisser inaperçu un polype latent.

II. Fibro-myxomes rétro-nasaux. — Ils sont méconnus

surtout par la négligence qu'on apporte parfois à explorer le rhinopharynx.

a. Les fibromes naso-pharyngiens s'insèrent sur la voûte, sont durs, saignent facilement, déforment les parties voisines et sont particulières aux garçons.

b. Les gros kystes de la voûte, signalés par Raulin, y sont immobilisés.

c. Les tumeurs adénoïdes fixées à la voûte donnent au doigt une impression *sui generis* d'un paquet de vers.

d. Signalons encore comme source d'erreur possible les polypes congénitaux du pharynx (Chapoy) et les tumeurs mûrifomes de la queue des cornets. (Chatellier.)

III. Polypes sinusaux. — Il est difficile d'affirmer leur présence. L'opacité du sinus dans l'éclairage par transparence, l'ampliation des parois osseuses, quelquefois la crépitation parcheminée pourront les faire soupçonner, mais, ainsi que l'a dit justement Heymann, comme certitude il n'est que l'opération ou l'autopsie.

Pronostic. — Il est bénin, car l'état général ne souffre pas de leur présence, et même les complications qui rendent cette infirmité plus gênante disparaissent avec l'ablation de ces néoplasmes.

Il faut cependant compter avec les récurrences fréquentes. Plusieurs années ne se passent guère sans que l'opéré ait besoin de recourir à son chirurgien, soit que des polypes trop petits pour être accessibles à la vue arrivent à se développer, soit que des ablations incomplètes aient permis la poussée d'un autre myxome, soit surtout que la muqueuse nasale, ayant subi la transformation myxomateuse, fasse germer d'autres polypes.

Les malades seront prévenus de la nécessité de plusieurs séances et de la fréquence des récurrences.

Traitement. — **A. PROPHYLACTIQUE.** — Il consiste à traiter par les moyens connus la rhinite chronique sur laquelle germent les myxomes.

B. CURATIF. — Un traitement simplement médical (poudres astringentes de tanin et d'alun, cautérisations au chlorure de zinc, injections interstitielles au perchlorure de fer) est illusoire. Seule une intervention chirurgicale se trouve indiquée.

A. Polypes nasaux. — 1° L'arrachement, qu'on a longtemps utilisé, est justement abandonné par l'ensemble des spécialistes. C'est en effet une méthode aveugle, douloureuse rien que par l'introduction des pinces qui expose à l'arrachement des cornets, aux lacérations de la muqueuse avec hémorragies et accidents infectieux graves à la suite. Si néanmoins cette méthode s'impose pour une raison quelconque, il faut, suivant le conseil du professeur Duplay, opérer toujours en s'éclairant du *speculum nasi* ou du miroir rhinoscopique. 2° Le serre-nœud est l'instrument de choix. Le meilleur

est celui de Blake (de Boston) (fig. 107). Chatellier et Beausoleil l'ont perfectionné, le premier par une vis de pression qui permet de sectionner lentement, et le second par une disposition qui permet d'élargir l'anse à volonté sur place. Le choix peut encore se porter sur les polypotomes de Knight, sur celui de Ruault qui en est une heureuse modification, enfin sur celui de Baratoux, dont les branches peuvent s'écarter pour embrasser les gros polypes.

Le serre-nœud de Blake, le plus simple, se termine, près de l'anse, par deux orifices séparés par une cloison qui dépasse un peu leur niveau. Il en résulte que la section du pédicule est souvent incomplète et qu'on a le polype par arrachement, mais par contre l'anse est plus facile à reformer que si cette cloison proéminente n'existait pas, comme dans le serre-nœud de Schech. Le meilleur fil est d'acier recuit.

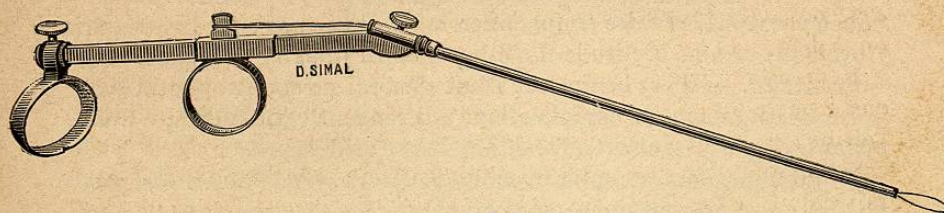


Fig. 107. — Serre-nœud de Blake, avec deux tiges.

L'opérateur met à sa portée plusieurs serre-nœuds (ou anses froides) baignant dans une solution antiseptique. Les fosses nasales ayant été lavées à la solution boriquée ou phéniquée chaude, il place le spéculum et cocaïnise soit à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile trempé dans la solution à 1/10 qu'il place sur la pédicule, soit avec une pulvérisation de la solution à 1/10.

La cocaïne a cet autre avantage de faire rétracter la muqueuse nasales des cornets et d'élargir ainsi le champ opératoire.

Une anse est introduite verticalement contre la face du polype qui est à la droite du chirurgien. La mettant ensuite horizontalement, il la fait monter avec précaution jusqu'au pédicule, s'assure par de petits mouvements d'avant en arrière qu'il est bien retenu par le pédicule, serre l'anse et entraîne doucement le myxome dont le pédicule est sectionné ou arraché sans délabrements. Il est quelquefois utile, pour amener le polype vers l'anse froide, de boucher la narine opposée en demandant au malade de souffler par le nez. Le chirurgien étanche le sang avec de l'ouate aseptique et poursuit avec d'autres anses jusqu'à ce que le sang masque le champ opératoire. Il remet alors à un ou deux jours la séance suivante, non sans obturer la narine à l'ouate aseptique et en prescrivant au malade deux irrigations nasales par jour, chaudes et antiseptiques.

Quand le polype résiste à la section et aux tractions, il vaut mieux sectionner l'anse métallique aux ciseaux et la retirer que d'agir brutalement.

Hooper (de Boston) a imaginé un serre-nœud combiné avec un écraseur qui assure en tous cas la section du pédicule.

Si l'hémorragie se prolongeait, après l'ablation des polypes, on porterait sur le point de leur implantation un tampon d'ouate imbibé d'une solution hémostatique (eau de Pagliari, solution à 1 p. 100 d'*Hamamelis virginica*, eau oxygénée). Il faut redoubler d'attention quand on opère au-dessus de la queue du cornet inférieur. Là, en effet, émerge l'artère sphéno-palatine. Garel a justement noté qu'il suffit parfois que le malade se mouche très fortement pour que la perte de sang s'arrête.

Il est toujours prudent de ne pas renvoyer immédiatement l'opéré, pour parer à l'épistaxis qui pourrait se produire. On doit, *quand c'est possible*, toucher au galvanocautère l'implantation du polype, ou, à défaut du galvanocautère, utiliser une perle d'acide chromique.

Je me range très volontiers à l'opinion de Hajek (de Vienne), qui enseigne qu'un polype arraché ne récidive pas, mais que ce sont ses voisins qui prennent sa place. Il a suivi l'évolution des pédicules et constaté que, loin de reproduire la tumeur, ils se flétrissent et disparaissent. Comme Hajek, je crois qu'il est très généralement impossible d'atteindre directement avec le galvanocautère le siège de l'implantation, toujours plus ou moins cachée. Une cautérisation aveugle dans le méat moyen risque même de préparer l'occlusion de l'hiatus semi-lunaire, altération fâcheuse pour la régulière évacuation du sinus maxillaire.

Le galvanocautère (anse rouge) est moins employé que l'anse froide. On doit y recourir quand le pédicule est très gros et vasculaire. Le placement de l'anse se pratique comme pour le serre-nœud. On fait passer le courant, à courts intervalles, sans aller au delà du rouge sombre. Avant de faire passer le courant, il faut s'assurer que l'anse est bien serrée pour éviter la brûlure de la muqueuse environnante. L'intensité du courant doit être diminuée au fur et à mesure que l'anse se rétrécit (fig. 108).

Le *curettage* s'impose pour les myxomes dont le pédicule ne s'est pas encore formé, pour ceux qui s'implantent dans le fond des méats où l'on a peine à conduire l'anse, pour tous ceux enfin qui récidivent fréquemment. Les curettes nasales sont fenêtrées, infléchies ou non sur leur tige, suivant les indications. Un seul manche peut porter les curettes du nez droit ou du nez gauche.

Le curettage est encore utile sur les implantations des polypes, pour en prévenir la récurrence (Duplay, Luc). On le pratique avec les diverses curettes, droites ou coudées de Grünwald. La pince de Lange à anneaux tranchants est un bon instrument pour compléter le curet-