

tage. Elle gruge les polypes petits et sessiles que l'anse froide n'arriverait pas à prendre. A défaut de ce procédé, on cautérise le point où s'insérerait le pédicule avec l'acide chromique, ou mieux avec le galvanocautère.

L'ablation des polypes cachés exige quelquefois la résection d'une partie des cornets, du cornet moyen surtout. On la pratique avec des pinces coupantes spéciales (Hartmann, Brønner), ou avec l'anse galvanique. Après ces diverses opérations, on peut faire un panse-

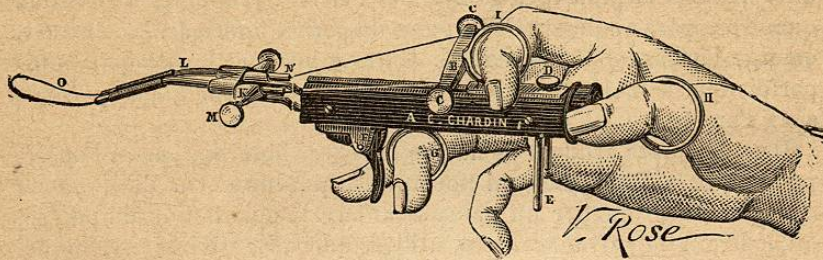


Fig. 108. — Anse galvanocautérique (de Chardin). — A, tige de l'instrument; — B, curseur mobile sur toute la longueur de la tige et muni en CC, d'une vis destinée à retenir le fil O. — L, tube coudé, dans lequel passe le fil et pouvant se changer à volonté, et que l'on maintient fixé avec la vis M. La main qui tient l'instrument indique la manière dont on doit s'en servir.

ment intranasal à la gaze iodoformée ou insuffler de la poudre d'aristol. (Lermoyez.)

Le malade doit revenir voir le médecin tous les trois mois environ, pour qu'il soit à même de surveiller la repullulation.

Une cocaïnisation large peut être alors pratiquée pour mettre à découvert les recoins de la fosse nasale, surtout au voisinage de l'hiatus semi-lunaire.

Les grandes opérations : résection temporaire du nez (Panné), opérations de Desprez, de Rouge, incision du voile du palais, sont exceptionnellement indiquées. C'est le cas, par exemple, si des récidives obstinées font craindre une transformation maligne (Schiffers). Milligan a été jusqu'à proposer la chloroformisation, tête en bas, avec ablation des cornets inférieurs et moyens, suivie d'un raclage complet.

B. Polypes du naso-pharynx. — Leur extraction est plus difficile que celle des précédents.

Si le fibro-myxome proémine autant dans la fosse nasale que dans le cavum, on cherche à l'extraire au moyen d'une anse froide introduite dans le méat nasal et qu'on manœuvre un peu dans tous les sens jusqu'à ce que le polype se trouve pris. L'index droit introduit derrière le voile peut refouler le polype en avant, si c'est utile. D'après Wagner, le pétrissage du fibro-myxome réduit son volume et rend plus facile sa pénétration dans la choane.

Lorsque la tumeur proémine exclusivement dans le cavum, c'est par la voie buccale qu'on l'a plus facilement. On peut utiliser alors soit les pinces coudées spéciales de Morell-Mackenzie, soit une anse froide portée sur un serre-nœud recourbé. Hyernaux a imaginé un porte-lacs pour faciliter le placement de l'anse autour du polype.

Le releveur du voile peut être placé pour ces manœuvres, mais il est plus souvent encombrant qu'utile.

On est autorisé à employer le chloroforme si le malade est très indocile. La division antéro-postérieure du voile est au contraire très rarement indiquée.

C. Polypes sinusaux. — On ne peut les extraire que par une large brèche. Pour le sinus maxillaire, on ouvre la fosse canine ; pour le sinus frontal, la région fronto-orbitaire, puis on curette les surfaces malades.

FIBROMES NASO-PHARYNGIENS (1).

Définition. — On désigne sous le nom de *polypes* ou de *fibromes naso-pharyngiens* des tumeurs fibromateuses ou mieux fibro-sarcomateuses développées dans l'arrière-cavité des fosses nasales, presque spéciales à l'adolescence, et au sexe masculin, d'ordinaire sessiles, à évolution en général progressive, entraînant des déformations graves de la face et du crâne, et nécessitant de par leurs complications des opérations laborieuses en vue de leur extirpation.

Étiologie. — L'étiologie des polypes naso-pharyngiens est des plus obscures ; seules quelques causes prédisposantes méritent d'être mentionnées.

(1) POZZI, Causes de la mort subite dans les opérations de polypes naso-pharyngiens (*Congrès de Lille*, 1874). — GOGUEL, De la résection temporaire des os de la face. — POINSOT, Polypes fibreux des fosses nasales (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIV, 1877, p. 14 (Ind. bibliogr.)). — F. WOLL, Ueber die Behandlung der Nasenrachenpolypen durch temporäre Resectionen am Oberkiefer. Inaug. Diss., Tübingen, 1879. — L. GAMONDÈS, Du temps d'arrêt dans la marche des fibromes naso-pharyngiens, thèse de Paris, 1878. — H. BRULÉ, De la guérison de certains polypes naso-pharyngiens par les méthodes palliatives et lentes, thèse de Paris, 1879. — SPILLMANN, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1879, art. Nez (Index bibliogr.). — E. DEBRIE, Des polypes fibro-angiomateux de la région naso-pharyngienne. Paris, 1882. — C. SCHENK, Die Nasenzachen Polypen und deren operative Behandlung. Inaug. Diss., Lippstadt, 1885. — PLUYETTE, Des polypes naso-pharyngiens chez la femme (*Revue de chir.*, t. VII, 1887, p. 202). — D'ANTONA, Énorme fibro-sarcome de la narine gauche (*Journ. of laryng. and rhin.*, n° 8, 1888). — RETHI, Nouveau polypotome pour polypo naso-pharynx (*Wien. klin. Wochenschr.*, n° 4, 1890). — CAPART, Polype naso-pharyngien traité par l'électrolyse (*Soc. d'otol. belge*, 25 mai 1890). — C. H. KNIGHT, Fibro-sarcome de la fosse nas. étroite (*Assoc. laryng. amér.*, mai 1896). — SCHULTEN, Fibro-sarcome de la région sphéno-maxill. (*Journ. of laryng. and rhin.*, n° 5, 1890). — GÉRARD MARCHANT, Fibromes naso-pharyng. (*Traité de chir.*, 1891, t. IV, p. 898). — ZAUHAL, Extraction avec la main d'un énorme polype fibreux naso-pharyng. (*Prager med. Wochenschr.*, 13 mars 1893). — P. LINCOLN, Ablation d'un polype naso-pharyng. à l'écraseur galvanocaut. (*New York med. Journ.*, 1894, n° 21).

1° CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Parmi celles-ci l'âge est la première à signaler. C'est chez l'adolescent, le plus souvent de quinze à vingt-cinq ans (Nélaton, Gosselin), que les fibromes naso-pharyngiens apparaissent. Verneuil toutefois en a recueilli quelques observations éparses chez des enfants et même chez un nouveau-né. Avec Richard, Pluyette, il a montré que, chez la femme, le polype naso-pharyngien pouvait s'observer à tout âge; que chez elle il avait même une prédilection pour l'âge adulte. Sur les neuf observations recueillies par Pluyette, six fois les malades avaient dépassé l'âge de vingt ans.

Le sexe a aussi une influence particulière dans la genèse de cette variété de tumeurs. Celles-ci sont presque exclusives au sexe masculin, si bien qu'on a pu nier leur existence chez la femme (Gosselin, Nélaton). Cependant aux observations de Verneuil et de Richard, déjà anciennes mais incontestables, sont venus s'ajouter d'autres faits de polypes naso-pharyngiens chez la femme et Pluyette a pu en réunir vingt-deux cas dont neuf dont l'authenticité paraît absolue.

D'autres causes plus ou moins hypothétiques, telles que les traumatismes antérieurs, la mauvaise hygiène, la scrofule, méritent à peine d'être signalées dans cette étiologie.

2° CAUSE DÉTERMINANTE. — Elle nous échappe complètement jusqu'ici; nous verrons plus loin les opinions qui ont cours sur la pathogénie de ces tumeurs.

Anatomie pathologique. — Nous étudierons dans un premier chapitre le fibrome naso-pharyngien pris isolément en tant que néoplasme, et indépendamment des lésions secondaires et des déformations qu'il entraîne; nous réserverons celles-ci pour un second chapitre.

1° ÉTUDE DU FIBROME. — La tumeur est en général unique et siège toujours au début, dans l'arrière-cavité des fosses nasales, pour de là envahir les fosses et la cavités facio-crâniennes.

L'origine du fibrome naso-pharyngien a été longtemps discutée. On doit, avec Kœnig, diviser aujourd'hui ces tumeurs, suivant leur point de départ, en intrapharyngées et extrapharyngées.

1° Les *polypes intrapharyngés* naissent de la face antérieure du corps des premières vertèbres cervicales, de la face inférieure de l'apophyse basilaire, du corps et de la portion basilaire du sphénoïde, de la face interne de la racine de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

2° Les *polypes extrapharyngés* ont leur origine au niveau du trou déchiré antérieur, du fibro-cartilage basilaire qui ferme ce trou, de la suture pétroso-occipitale et de la fosse ptérygo-maxillaire.

Ce sont là les *insertions vraies ou primitives* des fibromes naso-pharyngiens. Nous ne pouvons cependant à leur sujet passer sous silence toutes les discussions qu'elles ont suscitées, la majorité des auteurs adoptant, avec l'école de Nélaton, que celles-ci sont toujours uniques.

Pour Nélaton et ses élèves d'Ornellas et Robin-Massé, l'insertion du polype se ferait toujours en un même point de la base du crâne; les fibromes sont toujours basilo-pharyngiens. Ce point limité de la base du crâne correspond à la partie supérieure de la face inférieure de l'apophyse basilaire, à la partie postérieure du corps du sphénoïde et à la partie supérieure des fosses ptérygoïdes et des ailes internes de ces mêmes apophyses. Cet espace s'étend dans le sens antéro-postérieur de l'articulation sphénoïdo-vomérienne aux insertions du muscle grand droit antérieur de la tête, et dans le sens transversal d'une fosse ptérygoïde à l'autre.

Pour Cruveilhier, Michaux (de Louvain), Robert, Gosselin et Virchow, l'insertion primitive ou vraie des polypes n'est pas exclusivement à la base du crâne, mais peut être dans les fosses nasales, surtout à la partie la plus reculée de la lame de l'éthmoïde et des cornets, à la limite des fosses nasales et du pharynx, sur l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, sur le bord postérieur de la cloison des fosses nasales et la face inférieure du sphénoïde; enfin elle peut se faire sur le pharynx, sur l'apophyse basilaire, aux environs de la trompe d'Eustache et même sur les premières vertèbres cervicales, témoins les cas de Robert et de Michaux.

A côté de ces insertions vraies ou primitives qui offrent au fibrome naso-pharyngien une large base d'implantation et non un pédicule mince et grêle comme en ont la majorité des polypes, nous devons placer les *insertions secondaires ou fausses*. Celles-ci se produisent pendant l'évolution du polype et constituent de véritables adhérences. Leur pathogénie est des plus simples; la muqueuse du polype rougit, s'enflamme, s'ulcère, devient fongueuse, s'accroît à une autre muqueuse également enflammée; une cicatrice se produit entre les deux muqueuses et le travail de cicatrisation entraîne les adhérences. Ces insertions secondaires du fibrome sont d'ordinaire multiples; elles se font tantôt dans les sinus, les fosses nasales ou le pharynx au voisinage de la trompe d'Eustache. Leur résistance et leur solidité ont été très discutées par les auteurs; les uns, avec Nélaton, Botrel et d'Ornellas, leur reconnaissent une résistance moindre que celle de l'insertion primitive; les autres, avec Michaux, admettent, au contraire, leur épaisseur et les croient en réalité primitives.

La *mobilité* d'une tumeur fibreuse naso-pharyngienne est, on le conçoit, en général très restreinte, surtout en raison de sa large base d'implantation, de ses prolongements, et de sa fixation consécutive. Son *volume*, au contraire, peut acquérir des proportions vraiment extraordinaires, celles du poing et même plus; elle peut arriver à remplir toutes les cavités faciales, atteindre un développement tel qu'elle donne lieu aux déformations les plus hideuses du côté du masque.

L'*aspect extérieur* de ces polypes est assez spécial. Ils se présentent

le plus souvent sous forme de masses mamelonnées, inégales, rarement lisses à leur surface, de coloration jaunâtre sur le cadavre, rougeâtre plus ou moins foncé, suivant la vascularisation, sur le vivant. Leur consistance est dure, peu élastique.

En augmentant de volume, ils poussent des *prolongements* du côté des points qui leur offrent le moins de résistance. Ces prolongements suivent des directions en général déterminées.

1° Les prolongements du côté des fosses nasales sont doubles d'abord : ils se bifurquent sur le bord postérieur de la cloison ; souvent ils arrivent à se réunir, grâce à une perforation ou à une destruction de cette cloison.

2° Les prolongements vers le pharynx buccal abaissent le voile du palais et détruisent la voûte palatine.

3° Ceux qui se font du côté des sinus (frontaux, sphénoïdaux ou maxillaires) s'effectuent après l'envahissement des fosses nasales grâce aux communications de ces diverticules avec celles-ci.

4° Vers les fosses zygomatiques, le prolongement est en général unilatéral et passe à travers la fosse ptérygo-maxillaire.

5° La fosse temporale est envahie à son tour par le prolongement zygomatique arrêté par la branche montante du maxillaire inférieur et dévié en haut par elle.

6° Les polypes pénètrent dans la cavité orbitaire, soit en venant des fosses nasales, et en effondrant la paroi interne de l'orbite, l'unguis de préférence, soit en passant par la fosse sphéno-maxillaire.

7° Enfin les fibromes naso-pharyngiens peuvent envahir la cavité crânienne soit par destruction des parois des sinus frontaux, soit par perforation de la lame criblée de l'ethmoïde ou des cellules ethmoïdales.

La *structure* de ces tumeurs est particulière.

Ce sont des fibromes, mais des fibromes en voie d'évolution, c'est-à-dire se rapprochant des sarcomes. Elles sont constituées par des fibres conjonctives et des éléments cellulaires jeunes.

1° Les fibres conjonctives sont parallèles entre elles et perpendiculaires le plus souvent au point d'implantation de la tumeur ; d'autres fois elles sont enroulées sur elles-mêmes, donnant au fibrome un aspect lobulé ou perlé caractéristique. Cet enroulement des fibres n'est toutefois jamais général ; à part le cas exceptionnel de Cruveilhier, l'enroulement disparaît au niveau du point d'insertion et les fibres deviennent parallèles.

2° Les nombreuses cellules interposées aux fibres sont des éléments jeunes analogues aux éléments du sarcome. Tantôt elles sont arrondies (cellules embryo-plastiques des anciens) ; tantôt au contraire fusiformes (cellules fibro-plastiques), analogues à celles du sarcome de ce nom. Par endroits aussi les éléments sont plus ou moins déformés, offrent plusieurs prolongements et se rapprochent davan-

tage des cellules conjonctives adultes. On voit en somme que les tumeurs fibreuses naso-pharyngiennes présentent une structure assez jeune, embryonnaire, en raison même de l'abondance de ces derniers éléments ; elles sont plus proches parentes des néoplasmes malins du type conjonctif que des bénins. Leur constitution intime nous explique aussi leur rapidité d'accroissement, la fréquence de leurs récurrences et leur transformation possible en sarcome admise par quelques auteurs, Weber entre autres.

3° Un autre fait plaide encore en faveur de la malignité de ces tumeurs ; c'est leur richesse en vaisseaux tant artériels que veineux (Lannelongue, Muron, Kœnig). Dans certaines d'entre elles, ils atteindraient un développement tel que celles-ci mériteraient plutôt le nom de fibro-angiomes (Kœnig). Ces vaisseaux ont d'ailleurs le plus souvent une structure analogue aux vaisseaux des sarcomes ; leurs tuniques sont incomplètes, formées d'éléments embryonnaires (Muron). Ces deux faits, richesse des vaisseaux et fragilité de leurs parois ; nous expliquent suffisamment la fréquence des hémorragies toujours abondantes et souvent mortelles qui accompagnent l'évolution de ces néoplasmes.

Parmi leurs *transformations* possibles, nous avons déjà cité la transformation sarcomateuse causée souvent, d'après Weber, par des tentatives opératoires : c'est la plus importante. La calcification (Cloquet), l'infiltration séreuse (Broca), les dégénérescences graisseuse et kystique (Cruveilhier, Maisonneuve), la transformation myxomateuse (Hicguet) sont des accidents d'évolution bien exceptionnels pour ces tumeurs.

2° LÉSIONS SECONDAIRES. — Nous ne voulons que les citer ici ; leur description sera plus à propos lors de la symptomatologie de ces tumeurs. Elles consistent dans les déformations de la face et du crâne dues à l'envahissement, aux prolongements du fibrome, et dans toutes les lésions infectieuses surajoutées à ces lésions mécaniques et destructives.

Pathogénie. — Nous venons de voir que les polypes naso-pharyngiens étaient des fibromes ou mieux des fibro-sarcomes. Il nous reste à chercher ici aux dépens de quel élément ils se développent et quelles sont les conditions qui président à ce développement.

Ces tumeurs sont d'origine périostique ; ce sont des fibro-sarcomes périostiques dont l'origine est absolument identique aux sarcomes périostiques des autres régions.

Mais pourquoi cette prédilection de ces tumeurs pour l'apophyse basilaire, pour l'adolescence et le sexe masculin ? Certaines conditions anatomiques et physiologiques semblent répondre à ces questions.

En premier lieu nous trouvons des conditions anatomiques dans la disposition et la structure du périoste de l'apophyse basilaire. Celle-ci, comme le fait remarquer Tillaux, est recouverte par un

trousseau fibreux qui offre une épaisseur considérable. La forme de celui-ci est triangulaire; le sommet s'engage entre l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde, la base regarde la cavité pharyngienne. Son épaisseur sur l'adulte est de 18 millimètres et sa hauteur de 27 millimètres. En outre ce périoste est presque tout entier constitué par du tissu fibreux et dépourvu de fibres élastiques. C'est justement cette hypertrophie, ce développement du périoste basilaire, qui expliquent cette localisation toute spéciale basilo-pharyngienne des polypes, les fibro-sarcomes périostiques naissant de préférence là où le tissu périostique est déjà normalement prédominant.

Mais pourquoi cette prédilection des fibromes pour l'adolescence et le sexe masculin? Quelques conditions physiologiques ont été mises en avant. Tout d'abord on doit admettre, avec Jamain et Terrier, qu'au point de vue de la pathogénie de ces productions morbides, on doit tenir grand compte de l'évolution du squelette. Cette évolution entraîne avec elle une sorte d'irritation physiologique des couches périostiques, irritation qui peut en quelque sorte se dévier et donner lieu à des tumeurs. Il y aurait aberration et exubérance nutritives, suivant l'expression pittoresque de Gosselin. En second lieu, mais bien plus difficile à admettre, est l'hypothèse formulée par Pluyette. Partant de ce principe que l'aptitude à produire du tissu fibreux est spéciale à l'individu, cet auteur serait tenté de croire, pour expliquer la rareté des fibromes naso-pharyngiens chez la femme, que la menstruation joue le rôle d'une révulsion continue qui détourne la production de l'apophyse basilaire pour la reporter dans les parois utérines; d'où cette conclusion que le fibrome utérin est chez la femme l'analogue du fibrome naso-pharyngien chez l'homme. Nous n'insistons pas davantage, et, avec Gérard Marchant, nous laissons à Pluyette la responsabilité de cette opinion.

Symptomatologie. — On peut distinguer trois périodes symptomatiques dans l'évolution des fibromes naso-pharyngiens: 1° le début; 2° la période d'état; 3° la période de cachexie. A chacune d'elles correspondent surtout des signes physiques que nous devons étudier séparément.

1° Début. — Il est en général des plus obscurs. L'adolescent se plaint d'abord d'un enchifrènement plus ou moins marqué, d'une gêne légère de la respiration. Puis ce sont des épistaxis en apparence insignifiantes, mais qui peuvent déjà mettre sur la voie du diagnostic d'un néoplasme nasal ou naso-pharyngé. Bientôt un écoulement séreux dû, soit aux ulcérations de la surface de la tumeur, soit à une irritation de la pituitaire se fait par les narines et augmente toujours dans la position inclinée en avant de la tête.

La céphalalgie est aussi un des accidents les plus fréquents de ce début; elle est sourde, gravative et est rapportée par les malades à la racine du nez ou au niveau des sinus.

2° Période d'état. — Bientôt les symptômes s'accroissent à mesure que la tumeur augmente de volume.

Les symptômes fonctionnels s'exagèrent les premiers. La gêne respiratoire devient proportionnelle à l'oblitération des fosses nasales, oblige le malade à respirer par la bouche; le sommeil s'accompagne d'un ronchus particulier. L'écoulement nasal devient muco-purulent, souvent fétide et abondant; les épistaxis augmentent en nombre et en quantité, surtout dans les angiofibromes. (Kœnig.)

Outre la céphalalgie qui est persistante, on note des troubles du goût et de l'odorat dont la diminution est plus ou moins marquée. Il existe d'ordinaire à cette époque un léger degré de surdité dû à des phénomènes congestifs du côté de la trompe ou à l'oblitération de celle-ci par le polype.

La déglutition est gênée par le volume de la tumeur, et, le voile du palais ne pouvant plus s'élever sans rencontrer la paroi antérieure de la tumeur, les liquides ingérés ont tendance à refluer vers les fosses nasales. D'autres fois, lorsque la tumeur siège primitivement sur la voûte naso-pharyngée, elle vient toucher le voile du palais à sa partie postérieure et détermine des nausées. (Follin et Duplay.)

Les signes physiques sont à peu près alors au complet. A l'inspection de la gorge, on note d'ordinaire tantôt un abaissement en nappe du voile du palais, qui peut présenter une convexité inférieure au lieu de la concavité normale; tantôt une propulsion unilatérale de celui-ci, développée en raison de la situation de la tumeur. Rarement l'inspection directe permet de constater, à moins que le polype ne soit volumineux, au-dessous du voile du palais, une tuméfaction mamelonnée, rose ou rouge, suivant l'état de la muqueuse qui la recouvre, faisant saillie dans le pharynx buccal.

L'examen rhinoscopique postérieur est rarement facile, mais le toucher rhino-pharyngien, fait avec le doigt introduit dans la bouche et recourbé en crochet derrière le voile, démontre alors sûrement la présence d'une tumeur plus ou moins haute, située dans le nasopharynx, de volume variable et de consistance dure. Le point d'implantation de celle-ci est souvent facile à apprécier. Il sera bon de ne pas trop insister sur la manœuvre du toucher rhino-pharyngien, des hémorragies parfois très abondantes et rebelles pouvant l'accompagner.

L'examen des fosses nasales, soit direct, soit avec le *speculum nasi* permet de voir dans une narine le plus souvent, rarement dans les deux, à cette période, une tumeur rosée ou rouge, dure, non élastique et peu mobile. Cet examen sera complété par l'exploration à l'aide d'une sonde introduite par les narines, qui permettra d'apprécier souvent le volume et le point d'implantation du néoplasme.

3° Période de cachexie ou d'envahissement. — La tumeur ne reste pas stationnaire en général; elle pousse, si on n'intervient pas, des

prolongements en tous sens. De nouveaux symptômes s'ajoutent alors aux précédents; ils reconnaissent tous pour cause les lésions mécaniques (compression, perforations, etc.), résultant de ces prolongements et de cet envahissement du polype.

Ces symptômes, tant physiques que fonctionnels, varient donc suivant la direction suivie par les bourgeons néoplasiques.

Dans les polypes à prolongements nasaux, on note un accroissement extrême de la gêne respiratoire, s'accompagnant de paroxysmes et d'accès de suffocation; l'odorat est bientôt totalement aboli. Le polype, en augmentant de volume, peut apparaître par l'orifice antérieur des fosses nasales, ou, s'il pousse du côté du canal lacrymo-nasal, il détermine de l'épiphora, de la dacryocystite et peut même venir faire saillie à travers l'ouverture d'une fistule lacrymale. Le nez est toujours plus ou moins dévié dans un sens ou dans l'autre; cette déformation complète le facies dit « face de crapaud » ou *frog face* des Anglais, spécial aux polypes naso-pharyngiens. (Bark.)

En cas de prolongement maxillaire la joue se déforme sous la pression du fibro-sarcome contre la paroi antérieure du sinus. Du côté de la bouche on constate un abaissement ou un effondrement unilatéral de la voûte palatine au point correspondant.

Les prolongements zygomatique et temporal passent plus volontiers inaperçus à moins qu'ils n'aient un certain volume; ils s'accusent simplement par la gêne de la déglutition et une déformation d'un des côtés du visage avec empatement et effacement du creux parotidien.

Les prolongements orbitaires donnent lieu à de l'exophtalmie avec toutes ses conséquences trophiques sur la cornée, à des névralgies sous-orbitaires et dentaires par compression de la branche moyenne du trijumeau, à de la diplopie par lésion des nerfs oculo-moteurs, à de la cécité par atrophie du nerf optique. Le malade présente alors la déformation *frog face* (face de crapaud).

Les prolongements intracrâniens ne sont guère en général reconnus qu'à l'autopsie, la compression opérée par des fibromes naso-pharyngiens se faisant alors surtout du côté des circonvolutions frontales inférieure et orbitaire. Néanmoins une céphalalgie intense, des vertiges, de la somnolence, du coma, seront des signes à peu près certains de compression lente des hémisphères cérébraux. Rarement on aura l'occasion de constater les symptômes de la méningo-encéphalite.

A cette période de l'évolution des polypes, une altération profonde de l'état général est la règle chez le malade. Il existe parfois une odeur gangreneuse (Trélat). Les hémorragies, la gêne de la respiration et de la déglutition amènent promptement une anémie, un amaigrissement extrême, en un mot tous les signes de la cachexie la plus avancée.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Nous venons d'étudier, chemin faisant, la *marche* des polypes naso-pharyngiens; celle-ci est en général progressive, la tumeur se comportant comme tous les néoplasmes du genre sarcome, c'est-à-dire comme les néoplasmes conjonctifs embryonnaires ou malins.

Cette évolution offre les trois étapes que nous avons signalées: 1° le début, caractérisé par les symptômes de coryza chronique; 2° la période d'état, marquée par les troubles fonctionnels qui témoignent du développement de la tumeur; 3° la période de cachexie, accusée par les déformations de la face et l'envahissement des cavités crânio-faciales.

La *durée* de cette évolution est en général assez courte. En moyenne elle varie entre six mois et trois ans; la période de cachexie n'apparaît guère d'ordinaire qu'un an ou deux après le début de l'affection. Toutefois, chez les jeunes sujets surtout, l'affection peut avoir une marche excessivement rapide, un an, six mois même; tel le cas partout cité de Richard.

La *terminaison* est fatale dans la grande majorité, dans le délai variable que nous venons d'indiquer. La mort survient soit progressivement dans la cachexie provoquée par des hémorragies répétées et une sorte d'intoxication résultant de l'écoulement de sanie dans l'œsophage, soit rapidement par des complications cérébrales, soit enfin brusquement dans un accès de suffocation provoqué par le polype.

La guérison des polypes naso-pharyngiens est possible cependant. Elle survient avec des mécanismes différents. L'élimination d'un fibrome de l'arrière-cavité nasale doit être citée en première ligne, qu'elle soit consécutive ou non à des altérations régressives de la tumeur; des faits non douteux ont été publiés dernièrement, témoins ceux de Hicguet, Gérard Marchant, Mermet. Cette expulsion se fait spontanément au moment des manœuvres d'exploration de la tumeur.

L'arrêt d'accroissement et la régression d'un fibrome naso-pharyngé est plus rare, mais s'observe cependant lorsque le sujet atteint l'âge adulte; Gosselin, Legouest, Verneuil en ont cité des exemples. Le fait n'a d'ailleurs rien de très surprenant, et à cette occasion Velpeau fait remarquer que ces néoplasmes au moment de l'âge adulte se comportent comme les fibromes utérins à l'époque de la ménopause. On comprend l'importance de cette dernière donnée au point de vue thérapeutique; on fera bien à cet âge de suivre l'exemple de Velpeau et de Guyon et de limiter alors l'intervention au minimum possible; les deux auteurs précédents ont publié des observations de tumeurs qui, opérées incomplètement à cet âge, n'ont pas récidivé.

Diagnostic. — Le diagnostic des fibromes naso-pharyngiens doit être fait aux trois phases de leur évolution.