

Au début, le plus souvent l'examen rhinoscopique postérieur, qui seul peut déceler un polype naissant, n'est pas pratiqué; lui seul pourtant pourrait mettre sur la voie ou trancher la question.

On pense alors souvent à un *coryza chronique* en raison de l'écoulement et de l'encliffement, à des *végétations adénoïdes*, à un *polype muqueux* des fosses nasales. On a vu un *rhinolithe* en imposer pour un fibrome naso-pharyngien.

A la période d'état, le diagnostic se simplifie.

Il est facile d'éliminer, dans la majorité des cas, la *rhinite hypertrophique*, les *abcès de la cloison*.

Un *corps étranger des fosses nasales* peut simuler un polype, de par les phénomènes d'obstruction nasale chronique qui l'accompagnent; il en est de même d'un *polype muqueux*. Dans le premier cas, on sera guidé par le siège à peu près constant du rhinolith, d'ordinaire enchatonné dans le méat inférieur, par l'écoulement abondant, unilatéral et muco-purulent qui l'accompagne et par les caractères fournis par la rhinoscopie antérieure. Les polypes muqueux, ordinairement multiples, ont une consistance molle, une coloration blanc grisâtre, une mobilité extrême sous l'influence des mouvements expiratoires; ce qui suffit à les caractériser.

Une *tumeur du voile du palais* (fibrome, angiome, enchondrome, kyste) a pu induire en erreur; le toucher rhino-pharyngien et la rhinoscopie postérieure, montrant le point d'implantation du néoplasme, lèveraient vite tous les doutes.

Il est à peine besoin de mentionner le fait rapporté par Cruveilhier d'une hernie du cerveau et de ses membranes à travers l'ethmoïde, et celui cité par Duplay d'un abcès froid ostéopathique venu des premières vertèbres cervicales, qui en imposèrent pour des polypes naso-pharyngiens: ce sont là des exceptions.

Le véritable diagnostic de cette période est à faire avec les tumeurs bénignes ou malignes du pharynx nasal.

De volumineuses *végétations adénoïdes* donnent lieu à des accidents de tous points analogues à ceux d'un fibrome; mais la consistance de celles-là au toucher, leur morphologie à la rhinoscopie, l'hypertrophie amygdalienne concomitante et le facies adénoïdien si spécial, éviteront rapidement l'erreur. Il faut toutefois faire remarquer qu'il semble exister des cas mixtes, des liens de passage entre les adénoïdes et le fibrome; dans ce cas le diagnostic serait difficile. Ces relations des végétations adénoïdes et des fibromes naso-pharyngés sont d'ailleurs surabondamment démontrées par la clinique; on connaît la diminution énorme de fréquence des polypes depuis qu'on traite chirurgicalement et qu'on guérit les végétations adénoïdes.

Beaucoup plus difficile à faire est le diagnostic avec les *tumeurs malignes du pharynx nasal*, l'épithélioma entre autres. Cependant on se rappellera tout d'abord que le cancer est une affection de l'âge

adulte; qu'il s'accompagne d'adénopathie ganglionnaire précoce et volumineuse, de douleurs lancinantes, de cachexie rapide et progressive. Le toucher et la rhinoscopie permettent d'apprécier une masse diffuse, mollasse, friable, ulcérée ou non.

A l'exemple de Trélat, nous considérons que ce diagnostic des polypes avec le sarcome du naso-pharynx, n'est pas à faire. Nous avons suffisamment montré qu'entre le fibrome naso-pharyngien et le sarcome proprement dit, il existait des transitions insensibles, des tumeurs plus ou moins embryonnaires comme structure, ou plus ou moins adultes.

Le diagnostic différentiel étant fait à cette période, il est nécessaire de s'aider de tous les moyens d'investigation (toucher pharyngien, cathétérisme nasal, examen rhinoscopique postérieur) pour arriver à préciser le siège, le point d'implantation, le volume, les adhérences ou la mobilité de la tumeur.

A la période d'envahissement du polype ou de cachexie, l'erreur est souvent commise, et alors même qu'on croit être en présence d'un polype simple, non ramifié, il faut toujours s'enquérir soigneusement des prolongements possibles du néoplasme.

Peut-on diagnostiquer ces prolongements? Oui, dans la majorité des cas. Les *prolongements extra-crâniens* seront décelés par les phénomènes de compression nerveuse qu'ils déterminent (névralgies, paralysies motrices ou sensitives) et par les déformations extérieures qui leur sont propres. Parmi ces prolongements, celui qui se fait vers l'orbite pourra être plus facilement soupçonné par l'exophtalmie, les paralysies oculo-motrices et l'atrophie optique qui peuvent l'accompagner. Il ne faudrait pourtant pas trop se fonder sur ces signes: il peut exister un prolongement intraorbitaire volumineux sans qu'aucun des organes importants de la vision soit touché.

Plus important à découvrir est le prolongement intracrânien d'un polype. Les signes de compression cérébrale (céphalalgie, somnolence, vertiges, vomissements) seraient affirmatifs; mais ils sont rarement observés. L'atrophie de la pupille n'indique pas forcément, comme le croit Gandt, un prolongement intracrânien du néoplasme; elle peut exister avec un prolongement orbitaire seul, comme Michaux l'a démontré. Ce symptôme n'aurait de valeur que dans le cas de double atrophie blanche, dénotant une lésion du chiasma ou des deux bandelettes optiques.

**Pronostic.** — Le pronostic des fibromes rétro-pharyngiens est grave.

Divers facteurs entrent en ligne de compte. C'est tout d'abord l'âge du malade. Comme pour la plupart des néoplasmes, la gravité est ici en raison inverse de l'âge du sujet: en général plus celui-ci est jeune, plus la tumeur évolue rapidement. L'état général doit être également pris en sérieuse considération; il est évident qu'en cas

d'hémorragies répétées, d'accidents septicémiques ou asphyxiques, une opération grave aura peu de chances de succès.

Nous rappellerons encore comme points noirs de ce pronostic la marche rapide de la tumeur, et sa facilité de reproduction après l'extirpation.

**Traitement.** — Le traitement des polypes naso-pharyngiens est entièrement chirurgical et les méthodes employées pour leur cure sont nombreuses.

A l'exemple des classiques, on doit diviser celles-ci en : 1° méthodes simples ; 2° méthodes composées.

1° MÉTHODES SIMPLÉS. — Elles se proposent d'atteindre le polype par les voies naturelles, sans toucher aux parties molles ou au squelette avoisinant ; depuis la chirurgie antiseptique elles sont à peu près toutes tombées en désuétude.

1° La *compression* est effectuée à l'aide de pinces à demeure. C'est un procédé aveugle, lent, pénible pour le malade, insuffisant presque toujours. (Duplay.)

2° L'*excision*, le *séton*, le *broiement* sont des méthodes dangereuses ; elles exposent à des hémorragies et à des accidents septiques.

3° L'*excision*, sous le couvert de l'antisepsie, peut être tentée dans les petits fibromes naso-pharyngiens sans prolongements. Elle se fait avec le bistouri ou aux ciseaux et peut réussir ; mais, d'une manière générale, elle est passible des mêmes reproches que les précédentes.

4° L'*arrachement* est rarement une bonne méthode. Il se fait à l'aide de pinces de divers modèles, introduites par la bouche ou par les narines. Il peut, à la rigueur, être conseillé pour une tumeur mobile, sans prolongements, à pédicule long et mince. Dans tous les autres cas, c'est un procédé soit insuffisant parce qu'il laisse subsister des débris de la tumeur, soit aveugle parce qu'il expose à des fractures, de l'éthmoïde le plus souvent, à des délabrements dangereux et même à l'ouverture de la cavité crânienne.

5° La *rugination*, préconisée par Borelli, remise en honneur par A. Guérin, est un dérivé du procédé précédent. Elle se pratique avec une rugine introduite par la narine et guidée par l'index sur le point d'insertion du fibrome, dans le but de décoller la tumeur du périoste sain. Cette méthode est passible des mêmes reproches que les méthodes que nous venons de décrire.

6° La *ligature* du pédicule du polype, imaginée par Guillaume de Salicet, modifiée par Chassaignac, n'a guère survécu à ce dernier chirurgien. Ses indications sont les mêmes que celles des méthodes précédentes. On pratique soit la ligature lente à l'aide d'un fil jeté difficilement sur la base d'implantation du polype, soit la ligature extemporanée avec l'écraseur de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve, la pince-scie de Péan, le polypotome de Rethi. Toutes

ces méthodes, surtout la ligature extemporanée, sont un progrès sur les précédentes, mais comme celles-ci elles exposent aux hémorragies secondaires, aux accidents septicémiques, aux phlegmons péripharyngiens en particulier.

7° La *cautérisation*, comme la rugination, n'est le plus souvent qu'un procédé complémentaire d'une méthode composée, en particulier de la méthode palatine. (Gérard Marchant.)

Les caustiques chimiques divers : chlorure de zinc (Desprès), acide chromique (Verneuil), pâte de Canquoin, n'ont pas donné grands succès.

La galvanocaustique thermique (anse, couteau du galvanocautère) a eu ses promoteurs. Elle se recommande par son innocuité, mais d'ordinaire elle est incomplète et insuffisante.

La galvanocaustique chimique (électrolyse), employée pour la première fois par Nélaton dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, a été surtout vantée dans ces dernières années. Elle a pour but la destruction du fibrome par décomposition et cautérisation. Les séances doivent durer de dix à vingt minutes et être faites avec des courants de 15 à 20 milliampères (Capart) ; on doit souvent les répéter un grand nombre de fois (40 fois chez le malade de Guyon).

2° MÉTHODES COMPOSÉES. — Elles ont pour but d'atteindre le polype par des voies artificielles, à l'aide d'opérations préliminaires qui constituent le premier temps d'une opération radicale.

Elles ont quelques indications primordiales. Facultatifs chez l'adulte, dans les cas de polypes petits, bien pédiculés, sans prolongements, elles deviennent de nécessité chez l'enfant, surtout jeune, dans les cas de polypes volumineux, à prolongements multiples, menaçant à bref délai l'existence s'ils ne sont enlevés en totalité. (Kirmisson.)

Les opérations préliminaires de ces méthodes font partie, comme l'a dit Verneuil, du premier combat qu'on livre au polype. Pour les pratiquer, on peut suivre plusieurs voies, s'attaquer au fibrome par la voûte palatine, le nez ou la face ; d'où le nom des trois méthodes : palatine, nasale ou faciale.

1° *Méthode palatine.* — Manne (d'Avignon), en 1717, incisa chez trois malades le voile du palais sur la ligne médiane pour arriver sur le point d'implantation d'un polype naso-pharyngien. Un siècle plus tard Dieffenbach, modifiant légèrement la méthode, l'érigea en principe et Maisonneuve la reprit sous le nom de *boutonnière palatine*.

Nélaton, en 1848, adjoignit à l'incision purement palatine la résection de la voûte du palais.

Il existe en somme dans cette méthode deux sous-procédés, suivant qu'on se borne à une intervention sur les parties molles seules, ou qu'au contraire on touche simultanément au squelette palatin.

a. *Opérations sur le voile.* — Manne incisait verticalement et sur

la ligne médiane le voile du palais; c'est l'incision longitudinale type. Dieffenbach et Maisonneuve ont limité leur incision en respectant le bord libre du voile; leur procédé est celui de la boutonnière palatine.

E. Bœckel a modifié la direction de l'incision en la faisant transversale; cette boutonnière donne plus de jour, la cicatrisation se fait plus rapidement, et, en tous cas, se prête plus facilement que l'incision longitudinale à une opération réparatrice.

β. *Opérations sur la voûte.* — Toutes ces opérations sur le voile sont excellentes; le seul reproche qu'on peut leur faire c'est que le champ opératoire ouvert est trop limité. Aussi, dès 1848, Nélaton avait-il pensé à l'ablation préliminaire d'une portion de la voûte palatine.

Après avoir fendu longitudinalement le voile, Nélaton incise la muqueuse palatine sur le prolongement de cette section et s'arrête à 2 centimètres en arrière des incisives. Au point terminal de cette première incision, il fait tomber une autre incision transversale dont le milieu coïncide avec ce point; la forme générale de ces deux incisions est donc celle d'un T. Cela fait, il décolle la fibro-muqueuse sur les parties latérales et résèque à la pince de Liston la voûte osseuse dans une étendue de 25 millimètres de largeur et de 30 de longueur.

Gussenbauer a poussé plus loin cette résection: il enlève toute la voûte palatine, laissant seul subsister le rebord alvéolaire.

Les indications de cette voie palatine sont en général restreintes; elle ne s'adresse guère qu'aux polypes petits, sans prolongements et à pédicule mince. Elle a comme avantages de n'entraîner à sa suite aucune déformation extérieure, mais les troubles consécutifs de la déglutition et de la phonation, les opérations autoplastiques qu'elle nécessite en réduisent souvent l'emploi.

2° *Méthode nasale.* — Elle est de date très ancienne. Hippocrate, Celse pratiquaient l'extraction des polypes après avoir incisé l'aile du nez. Gurmman, Guillaume de Salicet dilataient les narines. La méthode a été remise en honneur dans notre siècle, principalement par Dupuytren et Chassaignac, et singulièrement améliorée par Verneuil et Ollier.

Comme dans la méthode palatine, les opérations préliminaires peuvent être limitées aux parties molles ou s'accompagner de sections osseuses, et même de résections temporaires; d'où des procédés nombreux.

α. *Incision des parties molles.* — Nous avons vu qu'Hippocrate et Celse incisaient l'aile du nez. Leur manière d'agir fut suivie par Dupuytren. Heister et Garengeot conseillèrent la section dans le sillon naso-génien. Verneuil la pratiqua sur la ligne médiane en y joignant souvent l'écartement des os propres du nez.

Une fois ces incisions préliminaires faites, on peut traiter le polype

par la cure lente, la compression entre autres moyens, ou bien procéder à la guérison extemporanée. Le premier traitement, qui laisse une plaie béante dont la cicatrisation sera affreuse, est actuellement abandonné. Aujourd'hui on pratique séance tenante l'excision du polype, suivie au besoin de rugination et de cautérisation. Le fibrome enlevé, la restauration des parties molles est immédiatement pratiquée et la guérison s'effectue sans cicatrice appréciable.

β. *Opérations sur le squelette.* — Les incisions des parties molles seules sont souvent insuffisantes, ne donnent pas assez de jour pour pratiquer les méthodes simples. On a dû leur adjoindre des sections et même des résections osseuses temporaires.

On a proposé tout d'abord de détacher, après incision préalable toutes les attaches des cartilages nasaux et de la sous-cloison, de façon à relever complètement le nez en haut et de côté, afin de mettre au jour l'échancrure nasale du maxillaire. (Follin et Duplay.)

Langenbeck, à l'exemple de Chassaignac et de Huguier, rabat les os propres du nez et la racine de celui-ci, et le fait ainsi basculer sur la joue du côté opposé; il s'agit donc ici de résection nasale temporaire et de renversement latéral de l'organe.

D'autres chirurgiens, Linhart, Bruns, ont, au contraire, conseillé la section médiane, puis la réclinaison bilatérale des parties molles et osseuses.

Mais c'est surtout Ollier qui a perfectionné la méthode; il pratique l'ostéotomie verticale et latérale du nez et son renversement de haut en bas. L'incision est en fer à cheval et part de chaque côté du bord supérieur d'une des ailes du nez pour remonter jusqu'au niveau de la dépression naso-frontale. La charpente osseuse du nez est ensuite sectionnée à la scie en suivant l'incision extérieure. Le nez est renversé en bas, la cloison mobilisée sur le côté et le polype extrait par torsion ou rugination.

La voie nasale, surtout avec le perfectionnement d'Ollier, est souvent la méthode de choix; la large brèche faite par la résection nasale temporaire est ensuite comblée, une fois la tumeur enlevée, par la réapplication immédiate du volet nasal.

Nous croyons toutefois, que, tout comme la palatine, elle a ses indications spéciales. Nous admettons que quand le polype a son siège à la partie supérieure des fosses nasales, quand il déjette la paroi antérieure du maxillaire et déforme le sillon naso-génien, la méthode nasale présente d'incontestables avantages. Dans les implantations pharyngiennes supérieures, au voisinage des apophyses ptérygoïdes et du sinus sphénoïdal, il sera souvent plus facile d'extraire le polype par le nez que par la bouche; mais il faut pour cela que la tumeur ne soit pas trop volumineuse, et surtout qu'elle n'ait pas d'adhérences secondaires; dans ce dernier cas la méthode nasale est tout à fait contre-indiquée.

3° *Méthode faciale*. — C'est la méthode la plus récente ; elle consiste dans la résection définitive ou temporaire du maxillaire supérieur.

Le premier chirurgien qui ait pratiqué la résection du maxillaire supérieur dans le but d'extraire un fibrome naso-pharyngien est Syme (d'Édimbourg), en 1832. Quelques années plus tard Flaubert (de Rouen), Michaux (de Louvain), puis Robert, Maisonneuve, Huguier et enfin Verneuil, ont suivi son exemple.

La plupart de ces chirurgiens faisaient la résection totale. Chassaignac, puis Michaux, Bérard, Demarquay, ont conseillé des résections partielles.

À l'exemple d'Huguier, de Langenbeck, on ne pratique plus guère aujourd'hui que les résections partielles et temporaires.

A. *Résection totale*. — Elle a ses avantages, mais aussi de trop gros dangers et d'énormes inconvénients : la mutilation consécutive de la face, les troubles phonétiques et de la mastication sont les principaux. Elle est néanmoins nécessaire dans les cas de polypes volumineux, à prolongements multiples, pour lesquels une large brèche osseuse est indispensable.

On pourra pratiquer la résection totale et définitive comme Syme, la résection sous-cutanée d'Ollier, ou, ce qui vaut mieux, la résection totale et temporaire suivant les préceptes déjà anciens de Huguier. Nous devons ajouter cependant, à propos de cette dernière opération, qu'elle serait excellente si le maxillaire supérieur conservait sa vitalité ; mais presque toujours il se nécrose, entraînant à sa suite des fistules intarissables et des désordres graves.

B. *Résections partielles*. — Déjà conseillées par Chassaignac, qui indiquait de toujours respecter le plancher de l'orbite, elles constituent, en dehors de la voie nasale, les méthodes de choix.

Ces résections seront réduites au minimum possible, mais suffisant pour l'extraction du polype et toujours suivies de la réapplication du fragment de maxillaire réséqué. En suivant ces préceptes, la voie faciale permet d'aborder la majorité des fibromes naso-pharyngiens, entre autres ceux qui ne seraient pas justiciables de la voie nasale ; elle est de plus simple, sûre et d'une innocuité à peu près absolue.

Toutes les fois qu'il est possible, il est mieux de recourir aux méthodes lentes pour attendre la puberté à partir de laquelle le polype ne récidive généralement plus.

#### TUMEURS MALIGNES DES FOSSES NASALES.

Ces néoplasmes sont de diverses catégories : *sarcomes*, *épithéliomes* et *tumeurs complexes* (épithélio-sarcomes). Le carcinome

(1) SCHMIEGELOW, Tumeurs malignes primitives du nez. Paris, 1885. — LANG, *Arch. de laryng. et rhin.*, t. II, 1885, p. 309. — METAXAS, thèse de Paris, 1887. —

primitif se rencontre rarement (un cas de Hinde, *Med. Record*, 1888).

Parmi ces tumeurs, les unes sont *primitives*, nées dans les fosses nasales mêmes ; d'autres, *secondaires*, proviennent des régions voisines, comme les sinus.

Le sarcome y est relativement fréquent. Il s'y montre sous forme de fibro-sarcome quand il naît sur la cloison, son siège de prédilection, ou sous forme d'ostéosarcome si son origine est dans les parois osseuses. O. Weber a publié une observation de glio-sarcome et Durante un cas mixte d'épithélio-sarcome.

Le mélanosarcome du nez a été étudié par Michael (au Congrès de Berlin, août 1890). Il l'a observé chez une femme de cinquante ans, qui présentait une masse néoplasique ayant envahi les cornets inférieur et moyen gauches. L'examen histologique, pratiqué par Fraenkel, montra un mélanosarcome à cellules rondes. Lincoln, en 1885, et Paul Heymann, en 1888, avaient déjà signalé cette variété de tumeur intranasale.

L'épithéliome est pavimenteux ou cylindrique, selon qu'il siège sur le revêtement cutané des narines ou sur la muqueuse nasale. Sa marche est lentement destructive. En dépit des opérations, il arrive à ronger presque tout le massif facial, constituant une horrible lésion.

Les tumeurs malignes du nez se montrent surtout après la quarantième année, mais le sarcome n'est pas rare avant, même dans l'enfance, subjectivement elles se révèlent par de l'anosmie, une rhinorrhée fétide, des épistaxis peu fréquentes relativement, de l'obstruction nasale et des douleurs dans les branches du trijumeau ou toute une moitié de la tête qui peuvent même revenir sous forme d'accès. La rhinoscopie antérieure montre une tumeur relativement fixe, non pédiculée, rouge, ulcérée, fongueuse et saignant longtemps quand on la pique avec un stylet coudé. Elle exhale une odeur de putréfaction.

La rhinoscopie postérieure indique si le cavum est plus ou moins envahi et si la tumeur n'aurait pas pris naissance dans des tumeurs adénoïdes.

Le danger principal de ces tumeurs vient de leur tendance à envahir le voisinage. Elles peuvent seulement refouler les os environnants, comme l'établit une observation de Duplay, mais généralement elles les envahissent : les globes oculaires sont écartés, le

OLLIER, *Lyon méd.*, 9 décembre 1888. — DURANTE, Tumeur mixte des fosses nasales, mort subite (*Arch. de laryng. et otol.*, t. III, 1890, p. 150). — PLOCQUE, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1890, p. 141 (Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales). — KNIGHT, *Amer. laryng. Assoc.*, mai 1890. — MICHAEL, *Congrès de Berlin*, 1890. — KATZENSTEIN, *Soc. de laryng. de Berlin*, 26 juin 1891. — LINCOLN, *XII<sup>e</sup> Congrès de l'Assoc. amér.* — DREYFUSS (de Strasbourg), *Arch. intern. de laryng.*, t. V, 1892. — MONBOUGRAN, Tumeurs malignes du naso-pharynx, thèse de Paris, 1896. — CASTEX, Rhinotomie transversale inférieure (*Congrès fr. de chir.*, 1896).