

malade rappelle le facies de la grenouille (*frog face*). Les trompes étant comprimées, l'ouïe diminue. Quelques-unes viennent se montrer sous la racine du nez en simulant une gomme ou un abcès (Lang, Gérard Marchant). D'autres envahissent la boîte crânienne à travers la lame criblée. Le malade peut mourir subitement, sans qu'on ait soupçonné cette extension au cerveau, qui peut être très précoce, comme dans un cas de Knight.

J'ai vu ces tumeurs malignes siéger assez souvent sur le plancher et perforer la voûte palatine.

Le diagnostic n'est pas aussi facile qu'on pourrait croire.

Au début, c'est par un examen méticuleux, à l'aide des rhinoscopies antérieure et postérieure, qu'on réussira à voir la tumeur qui se dissimule dans quelque recoin. C'est un des services rendus par la rhinoscopie que cette découverte précoce d'une tumeur maligne. L'exploration au stylet renseigne sur sa consistance et le siège de son pédicule. Plus tard on la distinguera, par sa marche, d'un ostéome, d'un chondrome, ou d'un fibrome naso-pharyngien.

Quelques cas sont parfois très embarrassants. Ne serait-ce pas un polype muqueux rongé par une poussée inflammatoire ? L'histoire du malade et la résection d'une portion de la tumeur pourront en faire l'examen histologique et trancheront la difficulté. Que cette résection soit faite avec l'anse galvanique pour prévenir une hémorragie profuse. D'après Plicque, les épithéliomas pédiculés proviennent souvent de la dégénérescence épithéliomateuse de néoplasmes d'abord bénins, adénomes ou myxomes. Ne serait-ce pas aussi bien un corps étranger dissimulé sous les fongosités que sa présence aurait produits ? Il suffit d'y penser pour ne pas tomber dans cette méprise, en explorant avec le stylet. Le siège est à considérer, car un polype implanté sur la cloison et presque toujours un épithélioma. (Plicque.)

Ne s'agirait-il pas d'une ulcération tuberculeuse ? La marche, l'aspect des bords, l'inoculation à des cobayes tranchent la difficulté.

J'ai suivi longtemps l'observation d'un homme âgé qui, sans cause appréciable, avait remarqué que l'ensemble de son nez devenait très rouge, très gros et douloureux. La muqueuse boursoufflée faisait presque hernie par les orifices narinaux. Plusieurs des maîtres qui l'examinèrent, et non des moindres, portèrent le diagnostic de sarcome. A la longue, cependant, le traitement antisiphilitique eut raison de ces divers symptômes, et, pour confirmer le diagnostic de syphilis tertiaire, le nez prit le type significatif de nez en lorgnette. Il n'est pas jusqu'au chancre des narines qui ne puisse simuler une tumeur maligne (épithélioma).

Le diagnostic s'impose encore parfois avec la morve chronique, le lupus. Schmiegelow a cité deux cas de polypes lueux, friables, à surface granulée et blanchâtre.

La difficulté du diagnostic vient parfois de ce que des tumeurs bé-

nignes, des myxomes par exemple, cachent la production de mauvaise nature. Ricard, dans sa thèse *Sur la pluralité des néoplasmes*, en cite deux cas.

Les tumeurs malignes des fosses nasales sont particulièrement graves par leur marche rapide, leurs envahissements. Rarement elles ont le temps de se généraliser (un cas de Bouilly), mais la chaîne des ganglions sous-maxillaires est prise prématurément en cas d'épithélioma, celles qui se montrent sur la cloison sont moins graves, étant plus aisément abordables.

L'intervention chirurgicale n'est permise que si l'on est bien renseigné sur les limites du mal. Elle varie, du reste, selon les cas. Suivons la division très clinique de Plicque :

1° Quand la tumeur est petite et accessible par les narines, on l'enlève avec l'anse galvanique (anse rouge), et on cautérise sa base d'implantation avec la pointe galvanocaustique.

2° Si la tumeur, plus grosse, est pédiculisée, on ouvre le nez, soit par une incision dans le sillon naso-génien (Duplay), soit par une incision médiane (Verneuil).

Le relèvement de l'aile du nez après incision naso-génienne suffit souvent : au besoin on sectionnerait l'os nasal, ou, comme l'a fait Dieffenbach, on diviserait la cloison pour faciliter le décollement.

Verneuil commençait une incision médiane sur la racine du nez, et s'arrêtait en descendant à un centimètre et demi du lobule.

De cette extrémité inférieure partaient deux autres incisions pour pénétrer dans les narines. C'est une incision en Y renversé.

Langenbeck et Bœckel renversent aussi le nez sur le côté, Lawrence le relève de bas en haut.

Le procédé d'Ollier comprend deux temps : a) incision de la peau et section verticale de l'auvent nasal à la scie, ligature des deux branches de la frontale externe ; b) mobilisation de la cloison pour voir plus profondément, soit par l'intervention forcée de l'index, soit par des coups de ciseaux antéro-postérieurs. Cette opération donne un jour très large. Le nez reste un peu violacé pendant quelques jours, mais on n'a jamais noté de sphacèle.

On extirpe le néoplasme à l'anse rouge et on poursuit les prolongements avec le thermocautère. Le danger est dans l'hémorragie immédiate ou retardée. On la prévient assez sûrement, en pratiquant d'abord une ligature au catgut du pédicule.

3° La tumeur est-elle diffuse ? On doit, par une opération préliminaire, la mettre d'abord bien en vue (opération de Rouge qui décolle de bas en haut la lèvre supérieure et l'auvent nasal ; rhinotomie verticale d'Ollier, préférable parce qu'elle donne plus large accès dans les fosses nasales), ou encore rhinotomie de Chassaignac, qui détache latéralement tout le nez pour le rabattre sur le côté opposé à l'incision, après quoi on extirpe comme on peut le néoplasme, de

préférence avec la curette tranchante, et on plonge le thermocautère au rouge sombre dans les points saignants.

Le tamponnement préalable des choanes en est une très bonne précaution.

Il faut en arriver parfois à la résection du maxillaire supérieur pour enlever toutes les portions envahies du squelette.

Le *shock* opératoire et les hémorragies secondaires sont toujours à craindre, à la suite de ces opérations. Aussi doit-on s'abstenir, si les limites de la tumeur ne pouvaient être atteintes, ou si l'on supposait un prolongement crânien qui peut même exister sans signes de compression cérébrale.

Parmi les malades que j'ai pu observer, un homme de soixante ans portait un épithélioma sur la moitié postérieure du plancher nasal, qui se trouvait en partie ulcéré. Je me proposais de faire sauter au ciseau et au maillet toute la partie prise, suivant le procédé de Nélaton, quitte à recourir ensuite à la prothèse, mais une extension à la partie haute des choanes vint contre-indiquer toute intervention.

Résultats opératoires (Plicque) : Résections doubles du maxillaire supérieur. Mortalité : 36 p. 100, sur 51 cas relevés par Plicque, 6 décès.

4° Contre les tumeurs inopérables, la morphine à doses croissantes, l'antisepsie du néoplasme et même l'introduction dans la masse de flèches de Canquoin qui diminuent douleurs et hémorragies. Terrier a cité un cas où la marche de la tumeur aurait été arrêtée par l'application du chlorate de potasse en poudre. Les bons résultats que Voltolini aurait dus à la tisane de Zittmann, qui contient du calomel, donne à penser qu'il s'agissait de rhinopathies syphilitiques.

Plicque termine son consciencieux travail par cette très juste réflexion que les grandes opérations devraient être pour les petites tumeurs, c'est-à-dire pour les tumeurs limitées.

V

CORPS ÉTRANGERS, CALCULS ET PARASITES
DES FOSSES NASALES

I. — CORPS ÉTRANGERS ET CALCULS.

Les corps étrangers et les calculs des fosses nasales n'ont guère besoin de définition. Ce paragraphe n'a d'à-propos que pour expliquer la description simultanée que nous faisons des uns et des autres.

A l'exemple de la majorité des auteurs, nous écrivons ici en même

temps l'histoire des *corps étrangers* (1) et des *calculs* ou *rhinolithes* (2) ; leur étiologie, leurs symptômes et leur traitement se confondent en effet.

L'étude des *premiers* n'est d'ailleurs pas d'aujourd'hui ; nous ne pouvons omettre de citer les descriptions qu'en ont faites M. Mackenzie, Moldenhauer, Spillmann, Gérard Marchant.

Celle des *rhinolithes* est moins ancienne. Le Mémoire initial et fondamental sur ce sujet date de Demarquay.

L'introduction de la rhinoscopie antérieure et de la postérieure firent faire un grand pas à l'étude des rhinolites ; le diagnostic exact du siège de ces calculs, de l'état et des lésions de la muqueuse pituitaire furent les principales conséquences de cette découverte. Moure et M. Mackenzie nous ont donné de ces rhinolites une bonne description ; les travaux de Charazac, de Monnié, de Didsbury, de Cozzolino sont les derniers.

Étiologie. — A. DES CORPS ÉTRANGERS. — C'est chez l'enfant, surtout, qu'on a l'occasion d'observer les accidents dus à la pénétration de corps étrangers dans les fosses nasales ; chez l'adulte, les conditions qui président à leur introduction sont plus rares.

La *nature* de ces corps étrangers est des plus variables, on y a trouvé les substances les plus bizarres, toutes celles que le hasard peut mettre sous la main d'un enfant.

1. Ce sont d'abord des corps organiques pour la plupart, susceptibles de se gonfler sous l'influence de l'humidité : graines de toute espèce (pois, haricots, fèves, etc.), éponges, morceaux de liège, de bois.

2. Les corps inorganiques sont d'ordinaire dépourvus de la propriété précédente ; ce sont : des perles, des boutons, des pierres, des anneaux métalliques, des épingles à cheveux, un bout de biberon, des fragments d'os, etc.

(1)

CORPS ÉTRANGERS.

E.-J. MOURE, Traité des mal. du nez, 1882. — MOBEL-MACKENZIE, Tr. des mal. de la gorge et du nez, trad. franç., 1884. — MOLDENHAUER, Tr. des mal. des fosses nas., des sinus et du phar. nas., trad. franç., 1888. — J. WRIGHT, Deux cas de dents nasales (*Med. Record*, 12 oct. 1889). — JACOBSEN (de la Havane), Larves de mouches dans les fosses nasales (*Brit. med. Journ.*, 20 nov. 1889). — SPILLMANN, *Dict. encyclop. des sc. méd.*, 2^e sér., t. XIII, 1879, p. 22. — PELTESOHN (de Berlin), Corps étr. de la cavité naso-pharyngienne (*Soc. de laryng. de Berlin*, 1893.)

(2)

RHINOLITHES.

OXMANN, Hémicrânie périodique qui s'est terminée à la suite de l'évacuation de calculs par le nez (*Arch. gén. de méd.*, 1^{re} sér., t. XX, 1829, p. 102. — SCHMIEGELow, Des rhinolithes (*Rev. bibliogr. univ.*, 1885). — CHARAZAC, *Rev. méd. de Toulouse*, 1888. — BOSWORTH, A Treatise on Diseases of the Nose and Throat, 1889. — MONNIÉ, thèse de Bordeaux, 1889. — NOQUET, Des rhinolithes (*Soc. franç. de rhin.*, 1^{er} mai 1890). — SCHIFFERS, Un cas de rhinolite (*Soc. d'otol. belge*, 25 mai 1898. — BERLIOZ, Examen de quatre rhinolithes (*Arch. intern. de laryng.*, etc., t. IV, 1891, p. 132). — GÉRARD MARCHANT, *Traité de chir.*, t. IV, 1891, p. 815. — G. DIDSBURY, Contribution à l'étude de rhinolithes, thèse de Paris, 1894.