et recourbé en crochet derrière le voile du palais, le malade ayant la tête renversée en arrière, permet de reconnaître le volume du fibrome, sa consistance, son point d'implantation. Il n'est pas rare que le toucher pharyngien, pratiqué même avec de grandes précautions, amène des hémorragies parfois très abondantes.

Les troubles fonctionnels peuvent ne pas s'exagérer si la tumeur reste stationnaire; mais, le plus souvent, elle augmente de volume et le fibrome naso-pharyngien pousse des prolongements dans différents sens. Alors de nouveaux troubles fonctionnels s'ajoutent aux premiers qui s'exagèrent, et bientôt apparaissent des déformations caractéristiques.

La respiration est souvent très gênée par l'accroissement de la tumeur; les accès de suffocation ne sont pas rares; le goût, l'odorat, l'ouïe s'affaiblissent de plus en plus et peuvent disparaître. Le fibrome remplissant de plus en plus les fosses nasales peut faire saillie au dehors des narines, le nez est déformé, paraît aplati. La compression du canal nasal, son envahissement par le néoplasme, donnent naissance à de l'épiphora, à une tumeur lacrymale. Quand le néoplasme envahit les fosses zygomatique et temporale, il n'est pas rare d'observer de la gêne de la mastication, un empâtement général de tout un côté du visage, l'effacement du creux parotidien. La tumeur pénétrant dans le sinus maxillaire déforme la joue en repoussant la paroi antérieure de cette cavité, efface la concavité du palais dur, qu'elle détruit et perfore quelquefois. Si le néoplasme pénètre dans l'orbite et s'y développe, il donne lieu à de l'exophtalmie; souvent alors le malade se plaint de diplopie. Les paupières ne peuvent plus se fermer, la conjonctive et la cornée s'enflamment. La tumeur peut comprimer le nerf optique et amener la cécité.

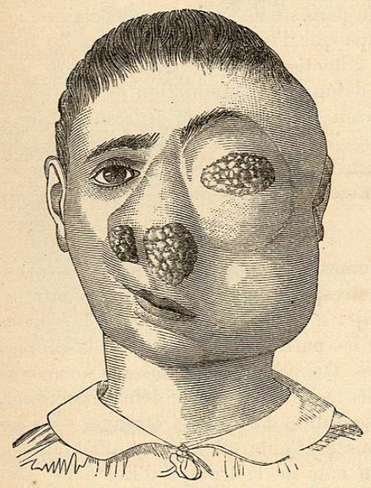

Fig. 330. — Polype naso-pharyngien arrivé à la dernière période de déformation. (Musée Dupuytren.)

Le fibrome naso-pharyngien peut enfin envahir la cavité crânienne; le plus souvent les prolongements crâniens ne sont reconnus qu'à l'autopsie, le cerveau tolérant bien une compression lente; dans quelques cas cependant on a noté une céphalalgie intense, dans d'autres des phénomènes nerveux graves, des vertiges, de la somnolence, du coma.

L'état général du malade reste bon, pendant un certain temps, mais avec les progrès de la tumeur il s'altère. La respiration, la déglutition se faisant d'une manière imparfaite, les hémorragies aidant, le malade tombe bientôt dans un état anémique que traduit la pâleur de la face déformée; il maigrit, devient apathique.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Les polypes naso-pharyngiens

présentent, en somme, trois stades dans leur évolution : une période de début, marquée surtout par le coryza chronique; une période d'état, caractérisée par des troubles fonctionnels divers qui témoignent du développement de la tumeur; enfin une troisième période d'envahissement, caractérisée par les déformations de la face.

Il n'est guère possible de fixer la durée de chacune de ces périodes. La tumeur marche d'ailleurs d'autant plus vite que le sujet est plus jeune. Dans un cas de Richard, un enfant meurt six mois après le début de l'affection. Les troubles fonctionnels graves ne se montrent en général que un à deux ans après les premiers symptômes.

La guérison est possible par gangrène spontanée et élimination consécutive du fibrome, on en possède quelques exemples authentiques (cas personnel).

Mais un fait de la plus haute importance, et qui a été bien mis en lumière par Legouest, à la Société de chirurgie (séance du 31 janvier 1866), c'est l'arrêt d'accroissement d'un polype naso-pharyngien et sa disparition possible quand le patient atteint l'âge adulte.

Velpeau, à cette occasion, faisait remarquer qu'il n'y a là rien d'extraordinaire, puisqu'on observe la régression des fibromes utérins au moment de la ménopause. Gosselin a publié, à ce sujet, une observation des plus intéressantes, dont voici les conclusions : « En résumé, voilà un jeune homme de vingt-deux ans, qui a failli mourir d'un fibrome naso-pharyngien suffocant. Un traitement palliatif a empêché la mort et ensuite a empêché la tumeur de redevenir suffocante; à l'âge de vingt-quatre ans et demi et alors qu'on ne fait plus aucun traitement chirurgical, les restes de la tumeur disparaissent spontanément. Ils sont résorbés et non éliminés. Une réparation, dont nous ne connaissons pas exactement les moyens, se fait du côté de la paroi orbitaire et de la paroi naso-crânienne. Les symptômes de compression du côté de l'œil et du côté du cerveau disparaissent et bref le malade paraît guéri. »

Un autre fait de régression rapporté par Lafont (*Gaz. hebd.*, 1875) n'est pas moins probant.

Du reste, Velpeau, Guyon ont cité des cas où le polype opéré, quoique incomplètement, au début de l'âge adulte, n'a pas récidivé.

On comprend toute l'importance de ces observations au point de vue thérapeutique.

S'il est certain que les fibromes naso-pharyngiens peuvent guérir spontanément, il n'en est pas moins vrai qu'ils amènent trop souvent la mort des malades. Elle résulte soit de l'asphyxie lente et de la dysphagie progressive, soit, ce qui est plus rare, d'accidents cérébraux, du coma qui termine la scène, soit encore de septicémie résultant de la déglutition des produits morbides qui viennent du néoplasme ulcéré, soit enfin et surtout des hémorragies fréquentes et abondantes qui peuvent d'ailleurs se produire à toutes les périodes de l'évolution du néoplasme.

Diagnostic. — Si la pratique de l'examen rhinoscopique était plus répandue, les fibromes naso-pharyngiens seraient moins souvent méconnus, à leur début.

On croit en effet à un coryza chronique qu'on traite d'une façon banale, et, ce n'est que quand les troubles fonctionnels apparaissent qu'on songe à examiner les fosses nasales et le pharynx, alors que la tumeur a déjà acquis un certain volume; ou bien le chirurgien consulté pense à l'existence de végéta-

[GÉRARD-MARCHANT.]

tions adénoïdes, de polypes muqueux, il pratique la rhinoscopie et reconnaît son erreur.

Les polypes muqueux, en effet, quand ils s'insèrent vers l'orifice postérieur des fosses nasales, voire même sur les parois du pharynx, ne sauraient être confondus avec un polype fibreux. Leur multiplicité, leur mollesse, leur couleur d'un blanc grisâtre, permettent d'affirmer leur nature. Cependant Duplay insiste sur la coexistence possible des polypes muqueux et des fibromes naso-pharyngiens.

Les tumeurs du voile du palais, dont le toucher et la rhinoscopie postérieure permettront de reconnaître le siège et le point d'implantation, ne sauraient guère prêter à confusion.

Nous ne citerons que pour mémoire : le fait de Duplay, où, chez un enfant de quatre ans, un abcès froid, venu des premières vertèbres cervicales, simulait un polype naso-pharyngien; l'erreur fut d'ailleurs vite reconnue par la constatation d'une fluctuation évidente; le fait de Cruveilhier (*Anat. path.*), où une hernie du cerveau et de ses membranes à travers l'ethmoïde en imposa pour un polype.

Les tumeurs de mauvaise nature de la cavité naso-pharyngienne ont pu être prises pour des fibromes. Quelques signes cependant permettent de faire le diagnostic différentiel. Le fibrome naso-pharyngien est une affection de l'adolescence (le plus souvent du moins), il a en général une marche lente, il ne s'accompagne pas d'engorgement ganglionnaire. Les caractères des tumeurs malignes sont opposés; on les observe surtout dans l'âge adulte, leur marche est rapide, les ganglions sont vite envahis. Les signes locaux diffèrent un peu, le polype fibreux est en général dur, peu élastique, bien limité, le cancer est plus mou, plus friable, plus diffus.

Sous le nom de polypes naso-pharyngiens, nous n'avons entendu parler que des fibromes purs. Mais il est arrivé bien souvent que des tumeurs considérées comme telles, examinées au microscope, étaient en réalité des fibro-sarcomes, des sarcomes vrais. Comme le faisait remarquer Trélat (Soc. de chir., 1873), il n'y a entre les fibromes, les fibro-sarcomes et les sarcomes vrais que des transitions insensibles, et leur diagnostic différentiel, sur le vivant, est impossible.

Le diagnostic de polype naso-pharyngien étant porté, il faut encore chercher à connaître le volume, le point d'implantation, les adhérences, les prolongements de la tumeur[1].

On peut se rendre compte, d'une façon très approximative du reste, du volume du fibrome, en introduisant le doigt dans le pharynx et une sonde dans la narine. La même manœuvre permet d'acquérir quelques notions sur la mobilité du néoplasme. La largeur de la base d'implantation, les adhérences de la masse en différents points ne peuvent être reconnues que par le toucher digital. La rhinoscopie postérieure, quand elle est praticable, et elle ne l'est qu'au début de l'affection, a fourni dans quelques cas des renseignements sur le volume du fibrome, sur son pédicule. Quant aux prolongements orbitaires, maxillaires, zygomatiques, ce sont les déformations caractéristiques, décrites plus haut, qui permettent seules de les affirmer. Est-il possible de diagnostiquer les prolongements crâniens? Non. La céphalalgie persistante, les troubles visuels, la somnolence, les vertiges devront les faire craindre, mais ne permettent pas de les

(1) La radiographie ne nous a donné, dans un cas, qu'un résultat négatif.

affirmer. D'après Gaudt, l'atrophie de la papille indiquerait toujours un prolongement crânien puisqu'elle serait la preuve de la compression des nerfs, d'une bandelette ou des couches optiques. Michaux n'accorde à ce fait qu'une valeur minime. Les parois crâniennes amincies peuvent se laisser soulever au point d'aller comprimer bandelettes et ganglions centraux, sans que pour cela la tumeur ait réellement envahi la cavité crânienne après avoir perforé, détruit ses parois.

Pronostic. — Le pronostic des fibromes naso-pharyngiens est très grave.

L'âge du sujet doit être pris en sérieuse considération dans les éléments du pronostic. Avons-nous besoin de répéter que plus le sujet est jeune, plus l'affection marche rapidement, que plus il approche de l'âge adulte, plus il a de chances de voir la tumeur s'arrêter dans sa marche, disparaître même, après des opérations simplement palliatives, ayant pour but de lasser le polype?

Les menaces d'asphyxie, de septicémie, les hémorragies fréquentes, abondantes, assombrissent encore le pronostic. Celui-ci est grave encore à cause des opérations laborieuses que nécessite l'ablation des fibromes. L'acte opératoire, en effet, n'est jamais sans difficultés, il exige des précautions nombreuses et une main habile pour être mené à bonne fin.

Traitement. — Les méthodes employées pour la cure des polypes naso-pharyngiens sont nombreuses. On les divise en méthodes simples, méthodes composées.

Les méthodes simples se proposent d'atteindre le polype par les seules voies naturelles.

Les méthodes composées nécessitent, au contraire, des opérations préliminaires qui permettent d'aborder le polype par une voie large.

Ces opérations préliminaires font partie, comme le dit Verneuil, du premier combat qu'on livre au polype.

On peut s'ouvrir une voie vers la cavité naso-pharyngienne :

1° En faisant une large fenêtre à la voûte du palais (méthode palatine);

2° En ouvrant les fosses nasales (méthode nasale);

3° En réséquant tout ou partie du maxillaire supérieur (méthode faciale).

Méthodes simples. — L'exsiccation, le séton, moyens insuffisants; le broiement, imaginé par Velpeau, et qui peut déterminer des accidents septiques, des hémorragies; l'excision, qui expose de même aux hémorragies et qui, lorsqu'elle est praticable, est toujours incomplète, sont des procédés que nous ne citons que pour mémoire.

L'*arrachement* se fait à l'aide de pinces de modèles divers[1] introduites soit par les narines, soit par la bouche. Le polype saisi, ce qui n'est pas toujours facile, on cherche à l'arracher par la torsion et la traction combinées. Ce procédé ne peut guère être employé que dans les cas où le pédicule est petit, où la tumeur est mobile, sans prolongements. Il est insuffisant parce qu'il laisse toujours subsister quelques parcelles de la tumeur, il est aveugle parce qu'il est impossible de savoir ce qu'on saisit, parce qu'on peut arracher les points osseux

(1) L'arrachement des polypes naso-pharyngiens a été préconisé de nouveau dans ces derniers temps par Doyen (Académie de médecine, 1897) : au moyen d'une instrumentation spéciale, ce chirurgien désinsère d'abord le polype, comme une *huître de son écaille*, puis le saisit avec une pince, et l'extrait avec ses prolongements, en un tour de main. — Nous ne conseillons de recourir à ce procédé que dans les cas de polype limité et de petit volume.

d'implantation du pédicule, l'ethmoïde en particulier, d'où l'ouverture de la cavité crânienne.

La *rugination* est souvent employée comme complément des méthodes composées; en tant que méthode simple elle a été préconisée par Borelli (de Turin) et par A. Guérin, en France. Il s'agit de pousser, par les narines, une rugine, guidée par un doigt introduit dans le pharynx. Ce procédé n'est applicable qu'à des polypes de petit volume et sans prolongements.

C'est à un chirurgien du XIIIe siècle, Guillaume de Salicet, qu'on attribue l'idée de la *ligature du pédicule du polype* pour amener la mortification de la masse morbide. Toute la difficulté, et elle est grande, consiste à placer le lien constricteur sur le point d'implantation de la tumeur. Des instruments nombreux ont été inventés pour y parvenir, tels ceux de Rigaut, F. Hatin, Leroy d'Étiolles, etc. La ligature n'est pas sans dangers, il y a suppuration du pédicule, à la chute du polype, d'où, souvent, des accidents septicémiques et dès lors des hémorragies secondaires. La masse mortifiée peut en tombant obturer la glotte et déterminer des accidents asphyxiques, enfin ici encore l'opération est toujours incomplète.

La *ligature* peut être *extemporanée*. L'écraseur de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve, la pince-scie de Péan sont les instruments qui permettent de l'exécuter. C'est un progrès sur la ligature lente, mais la ligature extemporanée expose aux mêmes inconvénients que la ligature lente.

De la ligature on peut rapprocher la *compression* par des pinces à demeure, mise en pratique pour la première fois par Maliverni, qui en avait emprunté l'idée à Ch. Bell, et par Letenneur (de Nantes) (*Gaz. méd. de Paris*, 1860).

La *cautérisation*, comme la rugination, n'est le plus souvent qu'un procédé complémentaire d'une méthode composée, en particulier, de la méthode palatine. Le polype a été enlevé, l'ouverture palatine permet de surveiller le pédicule végétant, on le cautérise avec le thermo-cautère, le galvano-cautère, avec l'acide chromique (Verneuil), l'amadou caustique (amadou trempé dans une solution de chlorure de zinc) (Després), etc. (1).

Mais on a songé aussi à la cautérisation, en tant que méthode simple. Une des premières applications de ce procédé est due à Bourienne, qui, sans opération préliminaire, parvint à détruire un polype, par des cautérisations réitérées au beurre d'antimoine.

La *galvano-caustique thermique* (anse, couteau du galvano-cautère) a été employée avec succès par Verneuil. Elle ne présente du reste pas d'avantages sur la ligature extemporanée au point de vue de la destruction totale du polype.

La *galvano-caustique chimique ou électrolyse* amène la destruction du tissu morbide de deux façons : par décomposition, par cautérisation. Nélaton a le premier appliqué l'électrolyse au traitement des polypes naso-pharyngiens. Dolbeau et Guyon l'ont employée avec succès. Les séances doivent être de dix minutes chacune et doivent être répétées un assez grand nombre de fois (40 séances chez un malade de Guyon).

Méthodes composées. — Elles nécessitent, nous le savons, des opérations préliminaires. On pourrait écrire à ce sujet un long chapitre de médecine opératoire, il sortirait du cadre que nous nous sommes tracé; nous renvoyons aux

(1) Nous avons obtenu des succès avec la thermo-cautérisation répétée par l'ouverture palatine. Nous l'avons combinée avec l'ablation des prolongements jugaux, par l'excision de la muqueuse buccale, et nasaux, directement avec une pince.

traités spéciaux, et à l'excellent article de Spillmann dans le *Dictionnaire Dechambre* (art. Nez).

Méthode palatine. — L'idée en revient à Manne (d'Avignon), qui, le premier, en 1717, incisa le voile du palais sur la ligne médiane, pour arriver sur le point d'implantation d'un fibrome naso-pharyngien.

Dieffenbach, en 1834, et Maisonneuve, en 1859, firent une simple boutonnière palatine; leur opération n'est autre que celle de Manne, mais ils respectent le bord libre du voile du palais.

Eugène Bœckel (de Strasbourg) a conseillé d'inciser transversalement le voile du palais; la boutonnière ainsi faite donnerait plus de jour, elle pourrait se cicatriser spontanément, et, en tous cas, se prêterait plus facilement que l'incision longitudinale à une opération réparatrice.

L'incision de la portion molle du palais est une excellente opération, mais elle est insuffisante quand le polype est volumineux et présente des insertions multiples. Nélaton (1848), pour créer une voie plus large, ajouta à la fente palatine une résection partielle de la lame palatine des deux maxillaires supérieurs.

Après avoir fendu longitudinalement le voile du palais, il incise la fibro-muqueuse palatine sur le prolongement de cette section et s'arrête à 2 centimètres en arrière des incisives. Il fait ensuite, au point où s'arrête l'incision antéro-postérieure, une deuxième incision transversale de 3 centimètres de largeur, dont le milieu correspond à l'extrémité antérieure de l'incision antéro-postérieure. Après avoir décollé les deux lambeaux ainsi obtenus, il réséque, avec une pince de Liston, la voûte osseuse dans l'étendue de 30 millimètres en longueur et de 25 millimètres en largeur.

Adelmann, en 1845, avait enlevé un polype naso-pharyngien par le même procédé, mais il avait été servi par les circonstances, la tumeur ayant détruit la portion dure du palais. Il ne saurait donc partager avec Nélaton l'idée de la résection de la voûte palatine osseuse appliquée à la cure des fibromes naso-pharyngiens.

Méthode nasale. — Elle est des plus anciennes. Hippocrate, Celse incisaient les parties molles du nez pour mieux aborder les fosses nasales. Gurmann, Guillaume de Salicet dilataient les narines.

L'incision des parties molles du nez a été remise en honneur par Dupuytren. On la pratique soit sur la ligne médiane, procédé que préconise Verneuil, et l'on y joint souvent l'écartement des os propres du nez; soit dans le sillon naso-génien (Heister, Garengeot). Par là on découvre facilement la tumeur naso-pharyngienne, et on laisse la plaie ouverte tant que le néoplasme n'a pas été complètement détruit; il s'agit là en définitive d'un procédé de cure lente qu'on retrouve dans la méthode palatine. Le malade conserve pendant longtemps une plaie hideuse, et, malgré une restauration consécutive, une déformation souvent très accusée.

Les mêmes incisions médianes du nez, du sillon naso-génien peuvent être appliquées à la cure extemporanée des polypes. Le fibrome enlevé, la restauration est immédiatement pratiquée, mais ces incisions sont souvent insuffisantes. Chassaignac (1854) eut le premier l'idée de détacher le nez d'un côté pour le rabattre sur la joue du côté opposé. Personne avant lui n'avait ouvert la voie nasale aussi hardiment (Verneuil).

Il se proposait, dans le cas où la voie ainsi obtenue eût été insuffisante,