« Le malade approche-t-il de l'âge adulte, la tumeur a-t-elle un volume modéré, n'entraîne-t-elle pas de péril imminent, on peut tenter la cure lente par l'arrachement, les cautérisations, l'électrolyse; la voie palatine se prête très bien à ce traitement.

« Au contraire, s'agit-il d'un jeune enfant, d'un polype volumineux, à prolongements multiples, menaçant à bref délai l'existence s'il n'est enlevé en totalité, il faut avoir recours à la cure rapide au moyen d'une large opération préliminaire.

« Suivant les cas, ce sera la méthode nasale ou la voie faciale qui devra être conseillée. »

3° *POLYPES FIBRO-MUQUEUX*

Il s'agit là d'une variété de tumeur prenant naissance dans les arrière-narines, tenant par sa structure du polype fibreux et du myxome classique.

Bien connus aujourd'hui (Richet et Legouest, Labbé, Trélat, Mathieu, Dejail, etc.), les polypes fibro-muqueux se développent généralement chez l'adulte de 16 à 40 ans, mais on les a également observés chez des sujets plus jeunes (6-12 ans, S. Moure) ou plus âgés, au-dessus de 60 ans (Panas). Les causes sont celles de toutes les autres tumeurs bénignes des fosses nasales.

Symptômes. — L'enchifrènement plus ou moins marqué est le premier symptôme qui attire l'attention; d'abord unilatéral, il arrive graduellement à atteindre les deux côtés à mesure que le volume du néoplasme augmente. Ce dernier étant ordinairement pédiculé, il est habituel de voir les symptômes d'obstruction nasale varier avec les positions de la tête du sujet, suivant que le polype remplit plus ou moins l'orifice choanal. Lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, œuf de pigeon, de poule, ou même plus encore, l'entrée de l'air est tout à fait impossible et il en résulte les troubles de l'obstruction complète des fosses nasales.

A l'examen direct, les polypes fibro-muqueux ont l'apparence lisse, grisâtre, un peu rouge dans les points exposés à des frottements, qui les font ressembler aux myxomes classiques des fosses nasales. Toutefois, leur consistance est plus dure. Ils s'insèrent habituellement par un pédicule aplati, rubané, sur le pourtour de l'orifice postérieur du nez, de la cloison ou des cornets, souvent même au-devant du sphénoïde. Ils ne sont mobiles qu'autant que leur volume le leur permet.

Ces polypes sont constitués par du tissu fibreux et myxomateux (Cornil et Coyne).

Ils ont une tendance à augmenter de volume au point de refouler le voile du palais et de faire saillie dans le pharynx buccal, mais on n'observe pas ici de déformations osseuses, pas d'envahissement des cavités voisines, pas d'hémorragies spontanées, en un mot, aucun des symptômes graves des polypes naso-pharyngiens classiques, avec lesquels ils n'ont d'autres rapports que le siège.

Les polypes fibro-muqueux constituent donc une affection bénigne; une fois opérés, ils n'ont guère de tendance à récidiver.

Diagnostic. — Il importe de faire le diagnostic différentiel d'avec le fibrome (voir plus haut).

Traitement. — Il faut opérer par les voies naturelles en sectionnant par les narines antérieures, au moyen du couteau galvanique, le pédicule visible de la tumeur, qui tombe dans le pharynx et qu'on recueille par la bouche. Quand le pédicule n'est pas visible, il faut essayer l'anse froide ou chaude qu'on introduira par la narine et que l'index, introduit dans la bouche, aidera à placer. D'autres fois, on ne pourra passer que par la bouche, derrière le voile.

CHAPITRE III

VICES DE CONFORMATIONS ET DIFFORMITÉS DU PHARYNX NASAL

Les *anomalies congénitales* du pharynx nasal sont rares; elles consistent : 1° en *oblitération* [1] *de l'orifice postérieur des fosses nasales* (choanes); 2° en *adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx* (rare); 3° en *divisions médianes du voile du palais*; le voile *bifide* est assez souvent esquissé, par une encoche, qu'on observe à la pointe de la luette; 4° *en perforation*, au niveau du pilier.

Les *anomalies acquises* sont le résultat *d'ulcérations graves du voile* (syphilis, lupus) *et des cicatrices consécutives.*

Dans une thèse étudiée, Georges Homolle [2] a décrit : I, les *pertes de substance du voile* et II, ses *adhérences vicieuses.*

I. *Les pertes de substance du voile* peuvent se présenter sous trois formes, que Fournier a heureusement caractérisées :

1° *Échancrures marginales;*
2° *Ulcère perforant;*
3° *Division en rideaux.*

1° *Échancrures marginales.* — La lésion occupe le bord libre soit de l'un des piliers, soit du voile : la courbe normale que dessinent ces parties, est brusquement interrompue par l'intersection d'une courbe de rayon différent, ou par une incisure plus ou moins profonde, et plus ou moins régulière. — Cette portion est amincie, et donne lieu à une cicatrice marginale, linéaire, sous forme d'une bandelette nacrée.

2° *Ulcère perforant.* — Il occupe fréquemment la ligne médiane : il peut alors affecter le voile ou la voûte; dans quelques cas rares, il siège au-dessus de l'un des piliers : le contour de la perte de substance est formé par un bord mince et nacré.

La perte de substance forme quelquefois une sorte de canal creusé à travers toute l'épaisseur des parties molles et du squelette osseux, comme si une portion de la voûte avait été détachée à *l'emporte-pièce.*

3° *Division en rideaux.* — Quand une perforation s'est produite au voisinage du bord libre du voile, ou d'un pilier, et que, par ses progrès, elle s'étend jusqu'à ce bord même et en interrompt la continuité, ou bien lorsqu'une incisure profonde du bord libre va se continuer avec une perforation, le voile du palais

(1) Escat, *De la sténose congénitale des fosses nasales et du naso-pharynx.* (*Arch. int. de laryngol.*, mai, juin 1896.)
(2) Georges Homolle, *Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne*, Paris, 1875.