

inflammation des parties profondes; elle est rouge, luisante, épaissie, molle et fluctuante sur certains points. Dans le cas de Maisonneuve, la tumeur avait été regardée comme fluctuante par un autre chirurgien, et l'on avait plongé un bistouri, qui n'avait amené que du sang. Presque toujours, à un certain moment, il se fait de véritables poussées aiguës phlegmoneuses, pendant lesquelles la tumeur grossit très-rapidement, devient le siège de douleurs intolérables, d'élançements et de battements profonds dans la région orbitaire, et souvent se perfore en plusieurs points qui deviennent fistuleux. En même temps il existe toujours des signes généraux graves, de la fièvre, de l'anorexie, de l'amaigrissement; bref, tous les caractères des tumeurs malignes.

Les symptômes physiques sont souvent obscurs. Il est des cas, en effet, où l'examen des fosses nasales ne fait rien découvrir d'anormal, mais on aperçoit habituellement une masse volumineuse, empiétant sur la cavité des narines et l'obstruant plus ou moins complètement. Elle est d'apparence blanchâtre, charnue, simulant parfois un polype, mais plutôt un encéphaloïde, par sa consistance lardacée et molle. Si l'on vient à introduire un stylet par l'orifice des fistules, on n'arrive pas sur des os nécrosés, comme on pourrait s'y attendre, mais on traverse une matière molle, comme butyreuse, ne donnant pas ou presque pas de sang à l'exploration. C'est là un signe important, car le cancer, qui donne presque la même sensation, saigne toujours abondamment. Lorsque la tumeur fait saillie presque sous la peau, comme dans le cas de Maisonneuve, la palpation directe fournit des renseignements précieux. En effet, il est possible, en exerçant une pression un peu brusque, de refouler la matière caséuse et de la sentir s'écraser sous le doigt, en même temps qu'on la voit s'échapper par l'orifice des fistules. C'est là un signe presque pathognomonique, car dans aucune tumeur maligne on n'observe rien d'analogue.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du coryza caséux est fort difficile au début. On ne peut que le soupçonner quand le malade accuse de l'ozène, avec perte de l'odorat et gonflement du nez, le tout survenant après une irritation chronique de la muqueuse pituitaire. Plus tard, lorsque la déformation arrive avec le gonflement, les douleurs sourdes et la fièvre, on peut penser à une périostite du maxillaire ou à un abcès situé au-devant de cet os; mais les signes d'obstruction nasale et l'ozène, qui ne manquent jamais, montrent qu'il s'agit là d'une affection des fosses nasales; et alors presque toujours c'est avec les polypes qu'on fait la confusion. L'exploration directe avec le doigt et avec le stylet fait voir que dans un cas on a affaire à une tumeur bien circonscrite, pédiculée; dans l'autre, à une masse dépourvue de limites distinctes.

Lorsque les fistules se sont formées, le diagnostic est fort embarrassant. L'apparence de la joue donne en effet tout d'abord l'idée d'une tumeur maligne du maxillaire et des fosses nasales, ou d'une carie des os de la face. Dans les deux cas, il y a gonflement phlegmoneux des parties molles,

suppuration chronique, douleurs vives et profondes, marche souvent assez rapide. Quelques caractères permettent cependant d'établir un diagnostic différentiel. Dans le cancer, les os sont ramollis, altérés et compris dans la dégénérescence, ce qui a lieu à un bien moindre degré pour les tumeurs caséuses. Les ganglions post-maxillaires sont envahis, la cachexie arrive plus vite, l'affection ne reste pas longtemps cantonnée dans une fosse nasale; enfin l'ozène n'est pas le fait du début de la maladie, comme dans le coryza caséux, mais un symptôme tardif de l'ulcération de la production morbide.

Il est plus difficile de distinguer la carie des os du nez, car la déformation est la même, et les fistules donnent lieu à une issue de matière caséuse exactement semblable. Mais les antécédents, la marche de la maladie, diffèrent. Le malade ne présente point de manifestations scrofuleuses ni syphilitiques; enfin l'exploration au moyen du stylet ne fait point sentir de séquestres.

TRAITEMENT. — Il est fort important de reconnaître exactement sur le vivant les tumeurs caséuses du nez, car elles contre-indiquent absolument toute opération chirurgicale sérieuse, surtout la résection du maxillaire, qui serait indiquée si l'on avait affaire à une production maligne. De larges irrigations souvent répétées à plein courant, au besoin le grattage des fosses nasales avec une curette, ou l'ablation directe des parties visibles de la tumeur au moyen d'une pince à polypes, sont les seuls procédés auxquels il faille avoir recours. On doit en même temps recommander au malade de faire des efforts soutenus pour se moucher en obturant la narine saine, afin d'ébranler les amas caséux déjà dissociés en partie par les irrigations.

Les suites de ce traitement sont toujours fort heureuses. Très-rapidement l'inflammation des parties molles disparaît, les fistules se ferment, la déformation du maxillaire diminue, l'odorat peut même revenir. La gêne de la respiration est le premier symptôme qui s'améliore: le changement peut être subit, comme dans le cas de la malade de Maisonneuve, qui, une fois les premiers débris expulsés, sentit l'air passer dans sa narine pour la première fois depuis un an.

La guérison définitive est cependant assez longue à obtenir. Il faut continuer pendant plusieurs mois l'emploi des douches nasales pour évacuer toutes les matières accumulées. On est toujours étonné de la quantité des dépôts ainsi expulsés. Dans quelques cas, il reste des désordres irrémédiables, tels que la perforation de la cloison, la perte d'un des cornets du nez, résultat d'une intervention tardive.

## § II. — Pseudoplasmes des fosses nasales.

### 1° Polypes.

Pendant longtemps le nom générique de polypes a été appliqué à toutes les tumeurs développées sur la muqueuse des fosses nasales.

Levret, en distinguant le premier les polypes mous et les polypes durs, réalisa un progrès considérable au point de vue pratique, car cette division est restée le point de départ des classifications subséquentes, basées sur des études anatomiques plus complètes. Cependant on peut dire que jusqu'à ces dernières années le groupe des polypes fut toujours artificiel et composé d'éléments fort hétérogènes. C'est ainsi que Gerdy décrivait des polypes lardacés, fongueux, granuleux, sarcomateux, cartilagineux, celluloso-membraneux, et confondait sous ce nom toutes les tumeurs qui présentaient une certaine analogie de caractères extérieurs. Seule, l'application du microscope a permis, en montrant des différences de texture fondamentales, d'établir des divisions rationnelles dans leur étude. Aussi, avec tous les auteurs, diviserons-nous les polypes des fosses nasales en *polypes muqueux* ou *myxomes*, et *polypes fibreux* ou *fibromes*.

a. *Polypes muqueux (myxomes)*. — Peu de travaux ont été spécialement publiés sur les polypes muqueux des fosses nasales. Sans parler des traités classiques de chirurgie, nous mentionnerons seulement la thèse de Gerdy, et les quelques mémoires suivants :

GERDY, *Des polypes*, thèse de concours, 1833. — W. COLLAS, *Observ. on Polypi of the Nose* (*Dublin quarterly Journal*, Febr., May, Auguste and Nov. 1848). — BRYANT, *On some Diseases of the Nose which have been mistaken for a polypus* (*Lancet*, Feb. and Aug. 1867). — THUDICHUM, *On some new Methods for treatment of the Diseases of the Nose* (*the Lancet*, August and September 1868).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Envisagés dans leurs caractères extérieurs, les polypes muqueux sont des tumeurs molles, de nature muqueuse, se rattachant ordinairement à la membrane pituitaire par un pédicule.

Rarement solitaires et bornés à une seule fosse nasale, excepté chez les enfants, ils sont ordinairement disséminés en grand nombre sur la surface de la muqueuse, et presque toujours ils obstruent plus complètement l'une des deux narines. Leur siège de prédilection est la paroi externe des fosses nasales dans sa portion supérieure, s'il s'agit de polypes multiples. Lorsqu'ils sont isolés, ils s'insèrent au voisinage des cornets et de leurs méats. On ignore la raison de cette disposition anatomique.

Quelquefois les polypes muqueux prennent naissance à l'ouverture postérieure des fosses nasales ou même dans la cavité naso-pharyngienne. Dans ces cas, ils tirent leur origine de la muqueuse qui revêt l'extrémité postérieure des cornets (fig. 162).

Le mode d'implantation des polypes est variable. Le plus souvent ils s'attachent à la muqueuse par un pédicule mince et étroit, de façon que la tumeur représente assez fidèlement une sorte de bouteille retenue par son col, l'extrémité renflée pendant librement dans la cavité nasale. D'autres fois la surface d'implantation est assez large et la tumeur semble un bourgeonnement de la muqueuse (fig. 163). Mais, dans tous les cas,

chaque tumeur a son point d'attache isolé, uniquement sur la pituitaire et jamais sur les parties sous-jacentes. On a décrit des polypes rameux, se détachant comme des grains de raisin d'un pédicule unique. D'après le docteur Ure (1), cette disposition n'existerait jamais dans les vrais polypes.

La forme de ces tumeurs ainsi que leur volume sont en relation directe avec leur nombre. Un polype unique, qui se développe sur un cornet

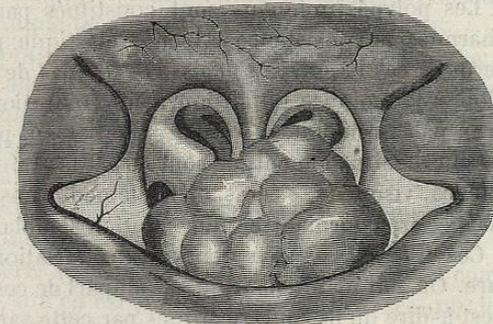


FIG. 162. — Polype muqueux développé sur la partie postérieure des cornets du côté droit et faisant saillie dans la cavité naso-pharyngienne (Semeleder).

du nez, trouve assez de place pour s'étendre dans tous les sens et pour accomplir son évolution normale. Il peut acquérir souvent un volume considérable; nous en avons vu qui dépassaient la grosseur d'un œuf de poule. Dans ces cas il est rare qu'ils présentent la forme régulièrement ovoïde qu'on leur connaît habituellement. Ils se moulent sur les cavités adjacentes, et peuvent alors pousser deux ou trois prolongements, ou même davantage, suivant qu'ils trouvent des anfractuosités qui permettent leur libre développement. C'est à cette disposition qu'il faut rattacher presque tous les cas de polypes en grappes signalés par les auteurs. Ce ne sont pas des tumeurs multiples à pédicule commun, mais un seul polype, émettant des prolongements irréguliers, alternativement renflés ou étranglés.

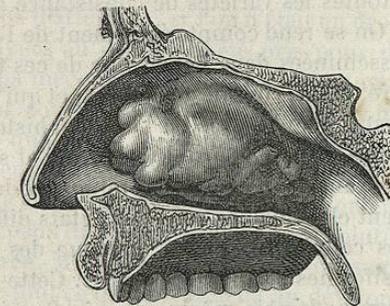


FIG. 163. — Polype muqueux inséré par une large base sur le cornet moyen.

Inversement, quand les polypes sont nombreux, ils se gênent mutuellement dans leur développement et ne parviennent pas à leur croissance. Voici alors ce qu'on observe habituellement. Celui qui est situé le plus bas, vers la narine, trouve de ce côté une issue facile : c'est le plus volumineux, et il est toujours arrondi, au moins dans sa portion extérieure. Les autres sont plus petits, visiblement déformés par compression réciproque. Ils peuvent ainsi remplir la moitié, les trois quarts des fosses nasales, et déborder leur orifice postérieur, de façon à venir retomber sur le

(1) Holmes, *A System of Surgery*, t. III (*Diseases of the Nose*).

voile du palais, dans l'intérieur du pharynx. Rarement ils arrivent à un tel développement, car les malades n'attendent pas si tard pour consulter un chirurgien.

Les polypes muqueux sont constitués par de petites masses molles, charnues, de consistance pulpeuse, élastique, parfois gélatineuse. Dans ces derniers cas le polype s'affaisse et n'a pas de forme déterminée; il tremblote à la moindre impulsion. Leur coloration varie du blanc laiteux au brun pâle ou même au verdâtre, en passant par tous les intermédiaires. Le plus habituellement, ce sont de petits grains comme glanduleux, translucides, visqueux, s'écrasant facilement sans donner de suc lactescent, mais se transformant en une solution semblable à de la gomme.

Ces différents aspects tiennent aux variations que présente leur structure. On sait maintenant que la plupart de ces polypes sont des *myxomes*, c'est-à-dire qu'ils sont constitués par cette variété de tissu conjonctif qui se rapproche du tissu embryonnaire du cordon ombilical, et qui a reçu de Virchow le nom de tissu muqueux. Entre les cellules s'interpose une grande quantité de substance fondamentale, hyaline, gélatineuse, laquelle est traversée elle-même par des travées cellulaires plus résistantes. Suivant que la substance fondamentale ou la trame fibreuse prédomine, on a toutes les variétés de consistance que peuvent présenter les polypes.

On se rend compte également de l'existence fréquente de petites cavités disséminées dans l'épaisseur de ces tumeurs, remplies d'un liquide incolore, filant, comme gélatineux, et qui pourraient faire naître l'idée de petits kystes glandulaires, si l'examen histologique ne démontrait pas l'absence d'une véritable paroi kystique : j'ai souvent observé de ces pseudo-kystes en examinant des polypes muqueux des fosses nasales. Les cellules se montrent elles-mêmes sous deux états différents : à l'état jeune, ce ne sont que des cellules arrondies, presque des noyaux; plus tard elles deviennent fusiformes et surtout étoilées. Cette dernière apparence est la plus fréquente; jamais même, d'après Cornil et Ranvier (1), on n'observerait de myxomes à cellules rondes exclusivement. Pendant longtemps on a méconnu ces éléments cellulaires, dont les contours très-pâles ne s'aperçoivent qu'avec des réactifs. L'addition d'iode ou de carmin les rend fort apparents.

Les polypes muqueux ont toujours un revêtement épithélial complet, qui n'est autre que celui de la pituitaire. C'est un réseau de cellules cylindriques à cils vibratiles, dont les mouvements persistent souvent plusieurs heures après l'ablation des polypes et qui sont très-facilement visibles.

L'examen du pédicule et de ses moyens d'union avec la muqueuse fait voir que manifestement les polypes se développent dans le tissu cellulaire de la membrane pituitaire. Parfois ils contiennent des tubes glandulaires hypertrophiés, mais c'est l'exception, et dans aucun cas on ne peut affirmer le point de départ glandulaire de la tumeur.

(1) Manuel d'histologie pathologique, p. 145.

Les vaisseaux sont, en général, fort peu abondants. On en trouve quelques-uns à l'état de capillaires plus ou moins dilatés, mais ils sont difficiles à injecter. Aussi l'ablation des polypes muqueux ne détermine presque jamais par elle-même d'hémorrhagie sérieuse. On n'a pu jusqu'ici y découvrir des nerfs; ce qui rend compte de l'indolence de ces tumeurs.

Le plus habituellement les myxomes des fosses nasales se développent sans donner lieu à aucune altération de voisinage. Cependant, s'ils sont très-volumineux ou très-nombreux, ils finissent par déformer le nez, déjeter la cloison des fosses nasales et même ulcérer la muqueuse. Le docteur Ure rapporte un cas où, après l'ablation de plusieurs polypes, il trouva la surface osseuse complètement dénudée; mais il faut convenir que cet accident est tout à fait exceptionnel.

ÉTIOLOGIE. — Si les caractères anatomiques des polypes muqueux commencent à être bien connus, il n'en est pas de même des causes qui les produisent. A part certains résultats généraux que donne la statistique, nous ne sommes nullement avancés à cet égard. Nous savons, par exemple, que les polypes, un peu plus communs chez l'homme que chez la femme, se rencontrent surtout chez les adultes. On a invoqué comme cause de leur production les traumatismes, le froid, l'humidité, influences banales dont la valeur est plus que douteuse. L'existence de coryzas chroniques répétés mériterait peut-être plus d'attention, si l'on n'était en droit de supposer que bien souvent des polypes au début ont été pris pour de simples coryzas, et pendant longtemps méconnus. Dire avec Rokitansky qu'ils sont d'origine catarrhale, c'est confondre bien probablement un symptôme avec une cause; prétendre qu'il s'agit ici d'une déviation dans la nutrition de la muqueuse, c'est se contenter d'une explication qui n'en est pas une. Si même, au point de vue anatomique, on croit actuellement que les polypes se développent aux dépens du tissu cellulaire, c'est plutôt une probabilité qu'une vérité démontrée. Mieux vaut donc tout de suite avouer notre ignorance complète sur tout ce qui se rattache au développement des polypes des fosses nasales.

SYMPTOMATOLOGIE. — Pendant longtemps les polypes se manifestent par les symptômes d'un coryza chronique. Le malade se plaint d'un sentiment de plénitude, de tension nasale. Il est habituellement enchifrené, éprouve de fréquents besoins de se moucher, et souvent rend des filets de sang mêlés à une sécrétion claire et assez abondante. Malgré cela, il existe toujours une sensation de sécheresse dans les narines, avec picotements, étournements fréquents et nasonnement léger de la voix. La plupart du temps les malades croient n'avoir qu'un simple rhume, d'autant plus que tous les symptômes suivent les variations de la température, s'exaspérant par les temps humides, et s'améliorant par la sécheresse. Ce phénomène tient à ce que les polypes muqueux sont hygrométriques et susceptibles d'absorber de l'humidité en augmentant de volume, ce qui rétrécit d'autant la capacité des fosses nasales. Dans ces cas, les malades remarquent fréquemment que la nature de leur sécrétion change : au liquide clair

succède un liquide tenace et visqueux. Ces alternatives, lorsqu'elles se répètent plusieurs fois, ont une grande importance pour le diagnostic des polypes; elles doivent les faire rechercher quand même on ne les soupçonne pas encore.

A ces symptômes du début viennent s'en ajouter progressivement d'autres qui marquent l'accroissement graduel de la tumeur. La respiration nasale, de plus en plus insuffisante, fait place pendant la nuit à un ronflement guttural, et les malades prennent l'habitude de dormir la bouche ouverte, ce qui les prédispose aux angines. L'encliffement est continu, l'odorat se perd. A cette période, les malades ont souvent conscience d'un corps étranger obstruant les fosses nasales; ils le sentent se déplacer dans les mouvements d'aspiration et de reniflement; parfois même, dit-on, le chirurgien peut entendre distinctement un véritable bruit de drapeau, analogue à celui que produit un corps étranger engagé dans les voies aériennes.

Il n'est pas rare, à ce moment, d'observer non-seulement le timbre grave et le nasonnement de la voix, mais un notable degré de surdité qui résulte de la propagation de l'irritation à l'arrière-cavité des fosses nasales, au voisinage de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache.

L'exploration des fosses nasales vient confirmer les notions fournies par les troubles fonctionnels. En général, il suffit d'écarter les narines et de faire souffler le malade pour que le polype vienne se présenter presque à l'orifice des narines, où on l'aperçoit sous forme d'une masse charnue, rosée, gélatineuse, qui obstrue la cavité nasale. Dans le cas où il est situé plus profondément, il faut avoir recours à l'un des procédés de rhinoscopie que nous avons décrits. Il est rare, en éclairant bien la cavité et en l'explorant sur les divers points de son étendue, que l'on ne parvienne à découvrir la tumeur. On observe alors fréquemment, outre quelques polypes de grosseur moyenne, une série d'excroissances plus petites, qui apparaissent comme des points blanchâtres autour des premiers, disposition qui explique la facilité de repullulation de ces productions après leur ablation. Comme il arrive que les polypes les plus volumineux occupent quelquefois l'arrière-cavité des fosses nasales, on doit compléter l'examen en explorant l'orifice postérieur de ces cavités, soit avec le miroir rhinoscopique, soit avec le doigt porté derrière le voile du palais.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON. — Les polypes muqueux ont une marche continue progressive, et tendent sans cesse à s'accroître. Leur développement dépend de l'espace qu'ils trouvent libre, ainsi que leur forme. Il vient un moment où ils déforment les cavités nasales, déjetent la cloison et repoussent en dehors les ailes du nez, de manière à donner à cet organe une forme écrasée caractéristique. Le canal nasal peut être oblitéré ou plus ou moins aplati, ce qui détermine un certain degré d'épiphora et une tendance à contracter des tumeurs lacrymales. Il en est de même de la trompe d'Eustache dont l'orifice est quelquefois comprimé,

d'où résultent de la surdité et des bourdonnements. Enfin l'insuffisance de la respiration nasale finit à la longue par exercer une fâcheuse influence sur l'état des voies respiratoires; aussi voit-on souvent, dans les cas de polypes volumineux et anciens, les malades affectés d'angines, d'amygdalites opiniâtres; plusieurs même deviennent sujets à des accès d'asthme.

La durée de cette affection est toujours très-longue. Individuellement, chaque polype n'a aucune tendance à se résorber, et les limites de son accroissement sont celles de la résistance des parties voisines. On en a vu parfois se détacher brusquement dans un effort pour moucher ou pour éternuer; mais cette terminaison est rare. Plus exceptionnelles encore sont la résorption graduelle et la disparition spontanée de ces tumeurs, qu'on aurait, dit-on, observées. Le plus habituellement le polype conserve l'intégrité de sa structure et reste inaltéré, quelle que soit la durée de son séjour dans les fosses nasales. Dans les tumeurs anciennes cependant, le microscope révèle presque toujours des globules de pus infiltrés au milieu des tissus.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des polypes muqueux, sans présenter de grandes difficultés, nécessite toujours l'exploration directe. C'est principalement au début, lorsque les tumeurs ne sont pas encore très-volumineuses, que cette exploration est de rigueur; car on pourrait, à cette époque, méconnaître l'existence d'un polype et mettre sur le compte d'un *coryza chronique* les accidents que l'on observe.

L'épaississement de la muqueuse nasale donne lieu à quelques-uns des symptômes des polypes. Mais dans ce cas le passage de l'air à travers une narine est possible quand on obture l'autre. De plus, l'examen direct fait voir une tumeur d'un rouge foncé, beaucoup plus vasculaire que le polype, sans limites précises et manifestement formée par la pituitaire turgide qui revêt le cornet inférieur.

Quelques *malformations de la cloison*, soit congénitales, soit accidentelles, peuvent en imposer pour la présence d'un polype. Il arrive parfois que, le nez étant bien conformé en apparence et la sous-cloison normale, la partie supérieure du septum est déjetée latéralement, au point d'oblitérer presque complètement l'une des deux narines et de simuler une production étrangère. On reconnaît ce vice de conformation en conduisant une sonde le long du plancher des fosses nasales. On voit alors qu'elle se dévie à un certain point de sa course, tandis qu'introduite du côté opposé, elle manifeste une déviation dans le même sens. Quelquefois cette malformation existe depuis l'enfance sans avoir jamais donné lieu à aucun trouble, et il faut une cause accidentelle, un *coryza* par exemple, pour que le malade s'en aperçoive; d'autres fois c'est à la suite de traumatismes que la cloison du nez a été tordue, que sa muqueuse s'est induite et que des signes de gêne respiratoire sont apparus.

On a pu prendre également pour un polype l'adhérence de la paroi externe du nez avec la cloison, consécutive à une ulcération. Bryant cite un

cas de ce genre survenu chez un homme de vingt et un ans. L'exploration avec le stylet fera alors reconnaître la maladie.

Il est plus difficile de distinguer un polype des tumeurs qui se développent dans la cavité nasale ou dans son voisinage. Ainsi on a cité une variété d'hypertrophie de la pituitaire, caractérisée par l'existence de végétations multiples verruqueuses, qui a été souvent prise pour un polype. Cette forme ne guérit qu'avec l'excision. D'autres fois ce sont des productions fibro-plastiques, émanées du périoste des os du nez ou du maxillaire supérieur, qui peuvent donner le change. Cependant celles-ci se développent ordinairement plus vite que les polypes muqueux. Dans une observation de Bryant, l'affection ne remontait qu'à trois mois, et cependant la tumeur obstruait déjà toute la narine gauche.

Les tumeurs du sinus maxillaire donnent lieu à une déformation particulière : la joue est déjetée et bombe à l'extérieur plus que l'aile du nez qui est respectée; l'inverse a lieu pour une tumeur du nez proprement dit. Cependant on conçoit que dans quelques cas on soit embarrassé. L'exploration directe, en faisant voir le polype, éclaire le diagnostic.

Des corps étrangers, des calculs, donnent tout à fait l'apparence d'une tumeur muqueuse, lorsqu'ils sont recouverts par des mucosités. A l'examen, on aperçoit au fond de la narine un corps blanchâtre et mollassé qui ressemble à un polype. Mais le stylet, appliqué sur la tumeur, donne un bruit sec si l'on a affaire à un calcul; de plus, les antécédents fixent le diagnostic. Cependant certains cas peuvent être très-difficiles, lorsque, par exemple, le corps étranger est mou (haricot, éponge), ou que le malade soit dissimulation, soit ignorance, n'indique pas au chirurgien l'existence d'un corps étranger introduit dans les fosses nasales.

Parfois il est très-difficile de reconnaître un polype muqueux d'un polype naso-pharyngien : c'est quand l'implantation se fait au voisinage de l'orifice postérieur des fosses nasales et que la tumeur proémine du côté du pharynx. Un cas de ce genre s'est présenté en 1866 au professeur Gosselin (1). Le malade, âgé de vingt-deux ans, portait sa tumeur depuis deux ans, mais elle s'était accrue graduellement, au point de faire saillie au-dessous du voile du palais. De plus, elle envoyait manifestement deux prolongements dans les fosses nasales. Le diagnostic ne put être rigoureusement posé qu'au bout de trois explorations successives; on reconnut que l'adhérence au squelette se faisait, non pas du côté du pharynx, mais sur la partie postérieure et externe de la fosse nasale droite. C'est dans ce cas que l'examen rhinoscopique rend les plus grands services pour le diagnostic.

Il resterait enfin à signaler une variété de tumeurs malignes formées d'épithélium cylindrique, et qui présentent identiquement les mêmes caractères extérieurs que les polypes muqueux, en sorte que l'erreur est pour ainsi dire inévitable. Nous verrons plus tard que l'examen

(1) Gazette des Hôpitaux, 1866, n° 115.

microscopique après ablation peut seul décider la question; on peut y joindre cliniquement la notion du développement généralement rapide de ces tumeurs, qui doit faire soupçonner un produit de mauvaise nature.

Le diagnostic du nombre des polypes est souvent difficile. On peut n'en admettre qu'un si la tumeur que l'on aperçoit est volumineuse. Dans le cas contraire, l'emploi du spéculum permet quelquefois de reconnaître la présence de tumeurs multiples. Le diagnostic de leur implantation n'est guère plus facile : il se fait au moyen du stylet que l'on promène dans la cavité nasale suffisamment éclairée, en tâchant de circonscrire la base de la tumeur.

PRONOSTIC. — Le pronostic des polypes muqueux est relativement peu grave; mais c'est une affection gênante, interminable, entraînant la déformation du nez, l'altération de la voix et la perte presque absolue de l'odorat, enfin récidivant constamment. Cette facilité de récurrence s'explique de plusieurs façons. D'abord il peut se faire qu'on arrache incomplètement le polype et qu'il repousse consécutivement; mais le cas le plus habituel est la pullulation et le développement rapide que prennent tous les petits polypes groupés autour de la tumeur mère, sans que celle-ci renaisse réellement. Cette tendance à la prolifération s'exagère encore sur la muqueuse par l'irritation que déterminent les opérations qu'on y pratique.

Il est inutile de dire que le pronostic s'aggrave quand on a affaire à des polypes multiples, ou quand ils se développent chez des sujets qui présentent des fosses nasales trop étroites ou mal conformées.

TRAITEMENT. — Détruire le polype et empêcher qu'il ne récidive, telles sont les deux indications du traitement.

Parmi les méthodes destinées à remplir la première indication, il en est quelques-unes qui doivent être entièrement abandonnées, telles sont : l'exciccation, la cautérisation, la compression, la ligature. Les unes, en effet, sont tout à fait insuffisantes; les autres sont trop longues, douloureuses, gênantes pour le malade. Les seules méthodes réellement pratiques sont l'excision et l'arrachement.

L'excision a été, dans les premiers temps de la chirurgie, la seule opération pratiquée. On employait primitivement une sorte de spatule rugine, puis on fit usage du bistouri; des crochets spéciaux servaient à amener le polype au dehors. Pratiquée d'une manière aveugle et d'après les anciens procédés, l'excision est une méthode défectueuse. L'étroitesse des narines rend les manœuvres difficiles; on ne sait exactement où porter l'instrument et l'on s'expose à léser les parties saines en enlevant incomplètement les tissus malades. Mais nous verrons bientôt comment, avec l'aide du spéculum nasi, l'excision peut devenir une excellente méthode opératoire, soit en l'employant seule, soit en la combinant avec l'arrachement.

La méthode de l'arrachement appartient à Fabrice d'Acquapendente,