

qui le premier imagina la pince à polypes. Au fur et à mesure que les indications se précisèrent mieux, l'instrumentation devint plus parfaite. Actuellement on se sert de pinces droites ou courbes, articulées de façon à tenir moins de place ouvertes que fermées et présentant à leur extrémité une surface concave fenêtrée, garnie sur les bords de dentelures capables de saisir le polype. On a encore fabriqué pour les gros polypes des pinces analogues au forceps, à branches séparées, susceptibles d'être introduites l'une après l'autre dans la cavité nasale.

Voici comment on décrit et comment on pratique généralement l'opération. Le malade, préalablement assis sur une chaise, le cou garni d'une alèze, est placé devant le chirurgien de façon à avoir la figure tournée du côté de la lumière. Jamais on ne doit employer le chloroforme, de crainte d'occasionner une syncope. La tête une fois fixée et renversée en arrière, le chirurgien introduit la pince droite fermée jusqu'au point où il a constaté la présence du polype; il en écarte alors les branches, et par un mouvement alternatif dont la direction est subordonnée à la sensation qu'il éprouve, il engage le polype entre les mors de la pince.

Il ne reste plus qu'à serrer, afin de maintenir la tumeur, et à la détacher par un mouvement de torsion rapide, en même temps qu'on la ramène à l'extérieur. Ces mouvements combinés ont pour but d'assurer l'arrachement plus complet du pédicule, et d'éviter l'hémorrhagie. Il est quelquefois nécessaire de repousser le polype en avant au moyen du doigt introduit dans le pharynx. C'est tout à fait exceptionnellement qu'il est indiqué de ramener la tumeur entre les mors de la pince au moyen du tamponnement postérieur (Michon), ou de refouler en bloc le polype vers le pharynx, comme l'ont fait Morand et Sabatier.

Il est extrêmement rare qu'une seule introduction de la pince suffise à enlever la totalité de la tumeur et que la fosse nasale soit libre du premier coup. Aussi recommande-t-on d'aller à la recherche des parties qui auraient été épargnées et de renouveler les manœuvres précédentes, qui deviennent d'autant plus difficiles que l'instrument atteint les parties supérieures des fosses nasales.

Depuis longtemps les inconvénients de cette méthode opératoire m'avaient frappé. En effet, l'arrachement, tel qu'on le pratique ordinairement, et qui consiste à introduire dans les fosses nasales un instrument relativement volumineux, lequel ne peut être guidé que par la sensation vague fournie par le toucher, est, de l'aveu de presque tous ceux qui l'ont vu pratiquer, une opération brutale et presque barbare, qui expose à froisser et à déchirer la muqueuse, à fracturer et à arracher les cornets, d'où résultent la douleur, l'hémorrhagie, et quelquefois même, dans des cas très-rares il est vrai, des accidents du côté des méninges et du cerveau.

C'est pour parer aux inconvénients réels de la méthode ordinaire d'arrachement des polypes que j'ai proposé, depuis plusieurs années déjà, de modifier de la manière suivante le manuel opératoire.

D'abord, au lieu d'introduire au hasard un instrument dans la fosse nasale, je prescrivis de le diriger autant que possible par la vue.

Ce but est atteint avec le speculum nasi, aidé d'un éclairage convenable. Il devient ainsi facile d'éviter les cornets et surtout le cornet inférieur, qui souvent se présente le premier entre les mors de la pince et est infailliblement arraché, de contourner les obstacles, et de saisir exclusivement le polype.

Mais avec le speculum nasi, l'emploi de la pince à polypes ordinaire devenait à peu près impossible, en raison de son volume trop considérable. J'ai donc fait construire une pince beaucoup plus petite (fig. 164), légèrement recourbée, dont l'articulation est très-rapprochée des mors, et qui, introduite dans la cavité du spéculum, peut s'insinuer très-loin dans les fosses nasales, et saisir exactement les polypes à mesure qu'on les découvre.

Comme on le voit, je substitue à une opération pratiquée à l'aveugle une opération régulière dont on peut suivre avec l'œil les différents temps. Il en résulte comme avantage que la douleur et l'hémorrhagie sont presque nulles, et que l'on parvient plus sûrement à détruire la totalité des tumeurs polypeuses. Il est rare, cependant, que ce dernier résultat soit obtenu du premier coup; le sang qui s'écoule, même en petite quantité, gêne l'exploration, et il est préférable de compléter l'ablation en plusieurs séances, faites à quelques jours d'intervalle. Mais comme l'opération est à peine douloureuse, les malades s'y soumettent volontiers.

L'emploi du speculum nasi dans le traitement chirurgical des polypes nasaux, dont j'ai apprécié les avantages réels, permet en outre d'appliquer utilement, suivant les cas particuliers, d'autres procédés que l'arrachement. Ainsi j'ai souvent appliqué l'excision ou plutôt la rugination à l'aide d'une sorte d'anneau tranchant, dans certains cas, où, après avoir débarrassé les fosses nasales de véritables polypes, j'avais découvert sur la muqueuse une série de petites excroissances destinées à se développer plus tard. Dans d'autres cas où il existait un grand nombre de petits polypes pédiculés dont l'arrachement avec la pince eût été long et difficile, j'ai réussi à les sectionner assez rapidement à l'aide d'une anse de fil métallique et d'un serre-nœud analogue à celui dont on se sert pour les petits polypes de l'oreille, et que l'on connaît sous le nom de *polypotome* de Wilde. Cet instrument, convenablement modifié, me paraît même devoir remplacer avantageusement les pinces dans un certain nombre de circonstances; son emploi est à peu près indolent, et la section instantanée du polype se fait presque sans qu'il coule de sang.



Fig. 164 — Pince à polypes.

Je dois rapprocher de cette dernière méthode de ligature extemporanée des polypes un procédé récemment préconisé en Angleterre par Thudicum. Cet auteur opère les polypes du nez par la galvanocaustique, et prescrit, ainsi que je l'ai fait, l'emploi d'un speculum nasi pour embrasser le polype dans l'anse métallique.

Les chirurgiens se préoccupent, en général, fort peu du traitement consécutif des polypes. Lorsque les fosses nasales sont à peu près libres et que l'air passe facilement, les malades sont abandonnés à eux-mêmes jusqu'à ce que la récidive ait lieu et qu'une nouvelle opération soit devenue nécessaire.

C'est là une mauvaise pratique, et quoiqu'il soit souvent difficile d'empêcher les récidives, je pense que par un traitement persévérant on peut arriver à retarder considérablement la reproduction des polypes, ou même à modifier assez profondément la muqueuse pour prévenir le retour de la maladie.

Un premier point trop négligé consiste, comme je l'ai dit, à détruire en plusieurs séances aussi complètement que possible, par l'arrachement, l'excision, la rugination, toutes les excroissances, si petites qu'elles soient, que l'exploration la plus attentive permet de découvrir. Celles qui échappent à l'examen peuvent ensuite être atteintes par différents moyens qui ont en outre pour résultat de modifier l'état inflammatoire chronique de la muqueuse.

Ces moyens consistent dans les injections, les douches, les pulvérisations de liquides dont l'emploi est si utile dans le traitement du coryza chronique. Il en est de même des insufflations de poudres astringentes ou caustiques (alun, tannin, ratanhia, sulfate de zinc et de cuivre, noix de galle, etc.).

On a même prétendu que ces insufflations pouvaient suffire pour amener à elles seules la guérison de polypes assez volumineux. Ainsi Bryant (1) a rapporté dernièrement six observations de polypes invétérés guéris en quelques semaines par des insufflations de tannin en poudre. Frédéricq (2) aurait eu vingt cas de succès au moyen du bichromate de potasse. C'est dire combien ces moyens peuvent être utiles dans le traitement consécutif des polypes.

Je recommande également comme très-efficaces les cautérisations de la muqueuse au niveau des points d'origine des polypes. Je me sers à cet effet de solutions concentrées de nitrate d'argent, de chlorure de zinc, de perchlorure de fer, etc., que je porte à l'aide d'un petit pinceau sur les parties mises à découvert avec le speculum. C'est en insistant sur ces divers moyens que l'on peut espérer prévenir les récidives si fréquentes des polypes muqueux.

*Polypes fibreux (fibromes).* — Les polypes fibreux sont, de toutes les

(1) *The Lancet*, février 1867.

(2) *Ann. Soc. méd. de Gand*, mars 1862.

tumeurs des cavités nasales, celles qui, par la gravité de leurs symptômes comme par les opérations qu'elles nécessitent, offrent le plus d'importance. Leur siège varie : tantôt ils occupent seulement les fosses nasales proprement dites ; tantôt, après avoir pris naissance dans les fosses nasales, ils envoient des prolongements dans les cavités voisines, sinus frontaux, sinus maxillaires, fosse ptérygoïde ; enfin, il en est qui envahissent primitivement le pharynx et de là pénètrent ultérieurement dans les fosses nasales. Suivant ces divers points d'implantation, les auteurs ont décrit des polypes *nasaux*, *naso-frontaux*, *naso-maxillaires* et *naso-pharyngiens*. Nous n'avons pas cru devoir adopter cette méthode de description. Indépendamment de ce que ces tumeurs présentent les mêmes caractères anatomiques et donnent lieu à des symptômes analogues, quel que soit le point de la muqueuse où elles prennent naissance, les opérations qui leur conviennent peuvent toutes se ranger dans un certain nombre de méthodes générales, qu'il est plus utile d'étudier dans leur ensemble. D'ailleurs il n'est pas toujours aisé de savoir à quelle variété de fibrome on a affaire, et nous verrons de ces tumeurs à prolongements nombreux, à implantations multiples, dont il est fort difficile de préciser le point de départ. Nous choisirons pour type les fibromes naso-pharyngiens, qui sont les plus communs et qui nécessitent les opérations les plus complexes.

Parmi les nombreux travaux qui ont été publiés sur ce sujet, et qui pour la plupart traitent des différents procédés thérapeutiques, nous indiquerons les suivants :

GERDY, *Des polypes et de leur traitement*, thèse de concours, 1838. — GOSSELIN, *Du traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx*, thèse de concours, 1850. — BOTREL, *D'une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens*. — D'ORNELLAS, *Anatomie pathologique et traitement des polypes fibreux*, thèse de Paris, 1854. — BEUF, *Des polypes fibreux de la base du crâne*, thèse de Paris, 1857. — ROBIN-MASSÉ, *Des polypes naso-pharyngiens au point de vue de leur traitement*, thèse de Paris, 1864. — DE GANDT, *Diagnostic différentiel des polypes naso-pharyngiens*, thèse de Paris, 1866. — POSTEL, *Des polypes naso-pharyngiens*, thèse de Paris, 1867. — BAUDRIMONT, *De la méthode nasale dans le traitement des polypes naso-pharyngiens*, thèse de Paris, 1869.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les fibromes naso-pharyngiens sont des tumeurs primitivement développées dans le pharynx et l'arrière-cavité des fosses nasales, et susceptibles d'envahir par leur accroissement toutes les cavités de la face.

Le point d'implantation exact des fibromes des fosses nasales est encore très-contesté. D'après Robert et Michaux, non-seulement l'apophyse basilaire de l'occipital, le corps et les ailes du sphénoïde et la base du crâne proprement dite sont l'origine habituelle de ces tumeurs, mais on peut encore les rencontrer dans d'autres points des fosses nasales. Pour Nélaton, au contraire, l'insertion serait toujours crânienne ou basilaire, et nous retrouvons cette tendance encore plus accusée dans les travaux de d'Ornellas et de Robin Massé, qui limitent à l'occipital et aux environs de

la fosse ptérygoïde le siège de ces tumeurs, dans l'espace restreint compris, d'une part, entre la partie postérieure de l'articulation sphénoïdale du vomer et les insertions du muscle grand droit antérieur de la tête, et, d'autre part, d'une fosse ptérygoïdienne à l'autre.

Nous ne saurions être aussi exclusif. S'il est vrai de dire que le point d'implantation habituel des polypes est le voisinage immédiat de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, c'est maintenant une vérité bien reconnue que les fibromes naso-pharyngiens peuvent s'implanter dans l'étendue d'une région assez considérable. On a observé des cas où l'insertion occupait toute l'apophyse basilaire, en même temps qu'elle empiétait sur le sphénoïde, le vomer et l'ethmoïde; d'autres fois on a vu le polype naître manifestement du sinus sphénoïdal. Enfin, Verneuil, Flaubert, Follin et d'autres ont constaté l'existence de prolongements multiples présentant leurs points d'attache en divers endroits des cavités nasales. Faut-il, dans ces cas, admettre, avec l'école de Nélaton, que toutes ces insertions sont le résultat d'adhérences secondaires? Sans doute, c'est là une supposition possible, mais que rien ne démontre. Michaux, en effet, a prouvé que ces racines secondaires sont souvent plus difficiles à arracher que l'implantation primitive. Nous nous rattâchons donc à l'opinion mixte, d'après laquelle les polypes naso-pharyngiens ont leur point de départ habituellement sur la surface basilaire, au voisinage du trou déchiré postérieur et des apophyses ptérygoïdes, mais peuvent exceptionnellement prendre naissance sur les divers points des fosses nasales.

L'origine des polypes fibreux naso-pharyngiens est toujours profonde : elle se fait aux dépens du périoste qui tapisse les os de cette région. Une disposition anatomique, sur laquelle Lorain (1) a insisté spécialement, explique la fréquence de ces productions au niveau de l'apophyse basilaire; en ce point, en effet, il existe un renflement normal de la fibro-muqueuse, avec prédominance du tissu fibreux et absence presque complète de fibres élastiques.

Les caractères anatomiques des fibromes naso-pharyngiens sont tout différents de ceux des polypes muqueux. Presque toujours ils sont solitaires : au lieu de s'attaquer à la muqueuse par un pédicule plus ou moins étroit, ils s'implantent par une large base. Tandis que les polypes muqueux sont blanchâtres, mous et gélatineux, à peine vasculaires, les fibromes, doublés par une muqueuse plus ou moins tuméfiée, se présentent sous forme de masses charnues, rougeâtres, résistantes, nullement élastiques, immobiles. Ce sont des mamelons irréguliers, sans pédicule de forme habituellement ovoïde, susceptibles d'émettre des prolongements multiples, mais conservant toujours, comme l'a fait remarquer Rampolla, une direction générale oblique en bas et en arrière, comme la voûte naso-pharyngienne elle-même. Cette remarque a son importance au point de

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, 1860, p. 260.

vue des divers modes de ligature : il suffit de savoir que le grand diamètre de la tumeur correspond toujours à celui de l'arrière-cavité des fosses nasales. Du reste, à part cette donnée générale, il est impossible de préciser la forme exacte des polypes naso-pharyngiens.

Le volume de la tumeur peut être considérable, atteindre la grosseur du poing et au delà, et déformer complètement la face en déjetant tous les os qui la composent. Ce volume dépend évidemment du temps qu'a mis la tumeur à se développer, de la résistance des parties adjacentes, enfin du nombre de prolongements qu'émet le polype.

Ceux-ci sont de deux ordres : les uns peuvent être considérés comme constants, les autres sont accidentels. Les premiers pénètrent par l'orifice postérieur des fosses nasales et par le pharynx. L'embranchement nasal est rarement unique; plus souvent double, il pénètre des deux côtés de la cloison et parfois perfore cette dernière. L'embranchement pharyngien proémine plus ou moins en avant, repousse les piliers postérieurs et le voile du palais, et vient souvent faire saillie jusqu'au niveau du corps de l'axis ou de la troisième vertèbre cervicale, en sorte qu'on l'aperçoit par l'inspection directe du pharynx.

Lorsque le polype se développe latéralement, il ne tarde pas à se trouver circonscrit par les parois osseuses; il s'insinue alors dans la fente ptérygo-maxillaire et envahit la fosse zygomatique. Là, arrêté de nouveau par la branche montante du maxillaire inférieur, il change de direction, gagne verticalement le bord antérieur de l'articulation temporo-maxillaire, passe sous l'arcade zygomatique, et peut remplir en partie la fosse temporale. Dans d'autres cas, c'est l'orbite qui est envahie par la fente sphéno-maxillaire. Enfin, on a vu des polypes remplir pour ainsi dire toutes les cavités de la face, occuper le sinus maxillaire, remonter jusqu'aux cel-



FIG. 165. — Polype fibreux naso-pharyngien avec perforation du crâne (O. Ueber).

lules ethmoïdales, les perforer et pénétrer plus ou moins profondément dans la cavité crânienne (fig. 165). Lorsque la tumeur a pris un semblable accroissement, il est inutile de dire que les différents os du squelette de la face sont non-seulement déplacés, mais sont détruits en grande partie.

La structure des polypes naso-pharyngiens les a fait classer dans la catégorie des *fibromes*. Ils sont constitués par un tissu terne, jaunâtre, peu élastique, criant sous le scalpel; à la coupe, on voit qu'ils sont formés

d'un grand nombre de mamelons isolés, ou lobules, à fibres concentriques, de sorte que ces caractères les rapprochent de l'aspect général des corps fibreux de l'utérus; mais ils s'en distinguent par l'absence complète de fibres musculaires lisses. Au microscope, ce sont des faisceaux de tissu fibreux entrecroisés, se présentant tantôt par leur tranche, tantôt suivant leur longueur. Entre eux se montrent des cellules plasmiques à prolongements étoilés : le tout est relié par du tissu cellulaire lâche qui rejoint les différents lobules. Le pédicule est constitué de la même façon, avec cette différence que l'implantation est toujours perpendiculaire à la fois à l'os et au reste de la tumeur. Quant aux relations qui existent entre la racine du polype et le périoste adjacent, de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

Les polypes naso-pharyngiens, comme toutes les tumeurs, peuvent passer par diverses phases d'évolution régressive. Cependant ils subissent en général peu d'altération. Jamais ils ne se ramollissent ni ne s'ulcèrent comme les carcinomes, tant qu'ils sont liés aux parois sous-jacentes; mais on a signalé parfois une dégénérescence graisseuse partielle, et plus souvent une incrustation calcaire limitée. Cloquet a montré un fait de ce genre à la Société de chirurgie en 1860. L'infiltration de sérosité à travers les fibres de la tumeur a pu en imposer pour un polype muqueux (1). Enfin il n'est pas très-rare d'observer une dégénérescence kystique, soit au centre de la tumeur (Cruveilhier), soit dans ses prolongements. Maisonneuve (2) a enlevé un polype naso-pharyngien qui contenait dans son embranchement zygomatique deux kystes séreux assez volumineux.

La transformation du polype en cancer, admise encore par Boyer, n'existe pas. Mais il n'est pas extrêmement rare de voir certains polypes naso-pharyngiens, primitivement constitués par de véritables fibromes, présenter au bout d'un temps plus ou moins long, et après un certain nombre d'extirpations incomplètes, les caractères des sarcomes. O. Weber (3) a observé plusieurs fois cette transformation, et la figure 165 représente un cas de cette nature; le sphénoïde avait été détruit par la tumeur qui faisait saillie dans la cavité crânienne et présentait à ce niveau les caractères du sarcome.

ÉTIOLOGIE. — Nous ne connaissons, pour ainsi dire, aucune des causes qui déterminent l'apparition des polypes naso-pharyngiens; tout au plus pouvons-nous indiquer quelques-unes de celles qui y prédisposent.

Parmi celles-ci, l'âge est sans contredit la plus importante. Cette affection ne se rencontre, en effet, presque jamais au delà de trente ans; elle est au contraire relativement commune de quinze à vingt ans. On l'a observée une fois chez un enfant de deux ans.

Il est extrêmement remarquable que, sur un nombre de faits déjà con-

(1) Broca, *Soc. de chir.*, 28 févr. 1866.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1855, p. 110.

(3) Pitha et Billroth, *Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie*, Band III, p. 207.

sidérable, la statistique ne porte absolument que sur les enfants du sexe masculin. La seule exception que l'on connaisse est une femme de cinquante-cinq ans, dont Richard a présenté l'histoire en 1860. L'âge de cette femme, la nature de son polype, qui était excessivement vasculaire, enfin le manque d'examen direct de la tumeur, qui fut détruite par la cautérisation, ne doivent faire accepter ce fait qu'avec doute. Jusqu'ici donc les polypes naso-pharyngiens seraient inconnus chez la femme.

On a noté comme cause de cette affection la scrofule, la mauvaise hygiène. Il est positif que les enfants porteurs de fibromes naso-pharyngiens sont généralement malingres, mais on peut se demander si ce n'est pas le fait de la tumeur.

Quant aux causes occasionnelles, telles que chutes, coups, etc., elles n'ont aucune valeur.

SYMPTOMATOLOGIE. — Pendant longtemps les polypes naso-pharyngiens restent inaperçus : un peu de gêne de la respiration, de l'enchifrènement sollicitant fréquemment le besoin de se moucher, des épistaxis de temps à autre, font croire qu'il s'agit d'un simple rhume; cependant, dès cette période, on observe un symptôme à peu près constant, c'est une céphalalgie sourde et tenace, parfois localisée.

L'accroissement de la tumeur ne tarde pas à donner lieu à des symptômes plus accusés : l'enchifrènement augmente, le malade a la conscience d'un corps étranger qui obstrue ses fosses nasales; un écoulement muqueux, souvent purulent, se produit presque continuellement. D'autres fois, lorsque la tumeur siège primitivement sur la voûte naso-pharyngienne, elle vient toucher le voile du palais à sa partie postérieure, et détermine des nausées. Presque toujours, à cette période de l'affection, il existe un certain degré de surdité; le goût et l'odorat sont également émoussés. Enfin, les phénomènes mécaniques de la déglutition sont gênés, et le voile du palais, ne pouvant plus s'élever sans rencontrer la paroi antérieure de la tumeur, les liquides ingérés ont de la tendance à refluer vers les fosses nasales. C'est là ce qu'on peut appeler la seconde période de la maladie, celle des troubles fonctionnels. Il est déjà possible, par l'exploration directe, d'apercevoir la tumeur.

Bientôt commence la troisième période, celle de déformation, où le développement croissant de la tumeur déjette les pièces osseuses de la face. Les troubles atteignent alors leur maximum : l'odorat est perdu, le goût et l'ouïe sont très-compromis; le voile du palais est souvent fortement repoussé en avant; la respiration nasale est nulle. Tout le côté de la face correspondant à la tumeur se déforme (fig. 166); le sillon naso-génien s'efface; l'œil est projeté plus ou moins hors de l'orbite par le refoulement en haut du plancher inférieur. Il en résulte de la diplopie, une tendance aux conjonctivites, de l'épiphora, parfois des névralgies rebelles, une occlusion incomplète des paupières. Lorsque la tumeur a poussé des prolongements du côté de la fosse temporale ou zygomatique, on constate d'ordinaire un empâtement général de tout un côté du visage;

l'arcade zygomatique paraît déjetée, le creux parotidien disparaît plus ou moins, la mastication est gênée; il n'est pas rare de voir la voûte palatine exceptionnels, vu la cécité survenir par compression du nerf optique.

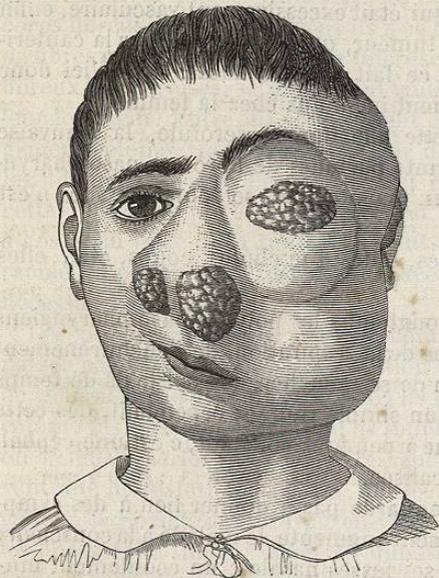


FIG. 166. — Polype naso-pharyngien arrivé à la dernière période de déformation (musée Dupuytren).

Quand la tumeur émet des prolongements intracrâniens, il semble qu'on devrait constater des troubles cérébraux graves; il n'en est rien : l'envahissement se fait assez graduellement pour que le cerveau s'habitue aux conditions anormales de compression, et dans la plupart des cas où cette complication a été signalée, on ne l'a reconnue qu'à l'autopsie. Il est probable cependant que l'analyse minutieuse des symptômes doit donner des indications sur les prolongements de cette nature : peut-être l'examen de la pupille, l'exploration de la sensibilité et des mouvements du

latine abaissée du côté de la cavité buccale. On a parfois, dans des cas voilé du palais pourraient-ils fournir des renseignements sur l'innervation de la troisième paire et du ganglion sphéno-palatin, mais la plupart des observations publiées manquent de détails à cet égard. Dans quelques cas, pourtant, on a noté des phénomènes nerveux graves, la plupart du temps du coma; d'autres fois des symptômes d'encéphalite se sont déclarés à la dernière période.

DIAGNOSTIC. — Nous serons bref sur le diagnostic des polypes naso-pharyngiens à leur début. Très-rarement le chirurgien est alors consulté par les malades, qui prennent leur affection pour un coryza simple. Toutefois il faut se méfier de ces rhumes chroniques, s'accompagnant d'un écoulement muqueux, surtout quand celui-ci est limité à une seule narine. L'inspection rhinoscopique peut parfois faire reconnaître déjà une tumeur en un point des arrières-narines.

Plus tard les symptômes font penser à un polype muqueux; l'exploration est alors nécessaire. On ne pourra pas confondre des tumeurs si différentes de nombre, de coloration, de siège : la présence d'un seul polype vasculaire, volumineux, implanté par une large base, sur la partie postérieure des fosses nasales et surtout sur la voûte sphéno-pharyngienne, ne permettra pas de commettre d'erreur. Cependant le diagnostic est quelquefois obscurci par la coexistence de polypes muqueux avec un

fibrome naso-pharyngien, en sorte que les symptômes propres à ce dernier pourraient être méconnus et mis sur le compte des polypes muqueux masquant en avant la tumeur naso-pharyngienne. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de cette coexistence, qu'une exploration minutieuse permettra toujours de reconnaître.

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic des abcès de la cloison, de l'hypertrophie de la muqueuse, de la déviation de la cloison ou des cornets : si l'on peut confondre ces tumeurs avec un polype muqueux, la confusion n'est guère possible avec un polype naso-pharyngien.

Nous citerons seulement pour mémoire le fait exceptionnel, rapporté par Cruveilhier, d'une hernie du cerveau et de ses membranes à travers l'ethmoïde simulant un polype.

Il est beaucoup plus difficile parfois de reconnaître une tumeur pharyngienne de mauvaise nature. Plusieurs fois des chirurgiens ont commis cette erreur. Pourtant l'examen attentif des symptômes et des circonstances où se trouve le malade permet généralement de l'éviter. Le polype fibreux est une affection du jeune âge; le cancer ne se montre que dans la deuxième moitié de la vie. Le premier a une marche lente, et ne s'accompagne que de peu de retentissement sur la santé générale; le cancer se développe rapidement, ne reste pas circonscrit, et détermine rapidement des signes de cachexie; il se caractérise par des douleurs lancinantes, par des engorgements ganglionnaires qui manquent dans le polype et qui ont une valeur considérable; enfin les signes du toucher montrent : pour le polype, une tumeur dure, à peine résistante, nettement limitée; pour le cancer, une masse molle, tendant à s'ulcérer, friable, saignant sous le doigt, diffuse sur les bords.

Des abcès rétro-pharyngiens chroniques ont pu simuler chez des enfants l'existence d'un polype. Nous avons eu sous les yeux l'exemple d'un enfant de quatre ans, qui arriva à l'hôpital avec une déformation notable de la joue droite et une saillie volumineuse sous-maxillaire. Il y avait un nasonnement prononcé et un ronflement guttural continu, amenant parfois des accès d'oppression. En examinant le fond du pharynx, on voyait distinctement une tumeur gris rosé, du volume d'un œuf, formant une saillie du côté droit de l'arrière-gorge, offrant, en un mot, l'aspect d'un polype fibreux. Mais le toucher montra qu'il s'agissait d'une collection fluctuante, et l'on apprit que l'enfant avait eu, un an auparavant, un torticolis dont il ne s'était jamais remis. Il s'agissait d'un abcès par congestion des premières vertèbres cervicales. Dans un cas de Marjolin (1), c'était une masse tuberculeuse développée à la partie supérieure du pharynx.

Le diagnostic est parfois obscur entre un polype et une tumeur du voile du palais, kyste, abcès ou autres. Michon (2) a cité un cas où l'on

(1) *Bullet. Soc. chir.*, 25 avril 1860.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 2 juin 1864.