

rhinoscopique donne lieu à des sensations très-analogues, et certains calculs ont au stilet une résonance absolument osseuse. L'étude très-attentive des antécédents du malade prend alors une grande importance, et si elle ne fournit que des résultats négatifs, l'exploration par l'aiguille à acupuncture est indispensable : rarement elle ne pourra entamer un calcul, tandis qu'elle s'émousse constamment sur un ostéome. L'examen de parcelles qui se détachent parfois des calculs montre également qu'on a affaire à des dépôts crétacés, mais non à une ossification véritable. Toutefois, dans quelques circonstances, le diagnostic reste dans l'incertitude.

Les exostoses de nature syphilitique, à plus forte raison les hyperostoses, ne peuvent guère se confondre : l'existence d'antécédents syphilitiques, de douleurs nocturnes, la présence d'autres exostoses sur les os des membres, enfin, dans les cas douteux, l'effet de l'iodure de potassium, feront toujours reconnaître la nature de l'affection.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON. — Les ostéomes des fosses nasales ont une marche essentiellement chronique et progressive. L'affection dure des mois ou même des années avant que le malade vienne consulter un chirurgien. Jamais, pour les fosses nasales, on n'a vu la maladie se terminer spontanément : ce résultat heureux n'a été observé qu'une fois par Hilton, pour un ostéome développé probablement dans un des sinus frontaux ; encore il coûta un œil au malade. On peut donc poser comme une loi absolue que jamais ces tumeurs ne rétrogradent, et qu'elles nécessitent toujours, à un moment donné, l'intervention chirurgicale.

TRAITEMENT. — Les développements qui précèdent indiquent suffisamment l'inanité du traitement interne, et de l'iodure de potassium en particulier, pour faire fondre de pareilles tumeurs. Il n'y a qu'une solution radicale, l'extirpation par une opération sanglante : c'est dire que plus on s'y prendra de bonne heure moins on éprouvera de difficultés.

Mais quel procédé faut-il employer pour attaquer la tumeur ? C'est ici que les détails de structure et d'anatomie pathologique dans lesquels nous sommes entré vont trouver leur application. Longtemps les chirurgiens, autant pour éviter la difformité d'une large plaie à la face que par crainte de léser des organes importants, se bornaient à faire aux téguments une petite ouverture, et tâchaient d'extraire par morceaux la tumeur. Ce procédé est défectueux pour toutes sortes de raisons. D'abord la dureté pierreuse des ostéomes rend leur fragmentation extrêmement difficile pour ne pas dire impossible. Nous lisons, en effet, dans les observations, que des gouges, des scies à chaîne, des ciseaux et même des pinces de Liston, se sont brisés sans avoir pu entamer le tissu éburné de la tumeur ; une ou deux fois même on fut sur le point de suspendre l'opération. De plus, en prenant un point d'appui sur les os voisins, on risque de les fracturer et d'amener des accidents graves, ou tout au moins une difformité considérable.

Nous savons actuellement que le caractère de ces tumeurs est d'être indépendantes du squelette ou à peu de chose près : la conséquence pra-

tique qui en déroule est que, dans aucun cas, il ne faut attaquer la tumeur par fragments, mais l'arracher en bloc, d'un seul morceau. Tous les chirurgiens qui ont eu l'occasion de voir de semblables faits sont arrivés à cette règle de conduite, plusieurs après des essais infructueux sur la tumeur. Du premier coup il faut lui préparer une large issue, sans se soucier de la difformité qui résulte d'une grande plaie ; on peut d'ailleurs la masquer en partie en pratiquant l'incision au niveau du sillon nasogénien. L'ouverture faite, au moyen de leviers et d'instruments appropriés, on essaye d'imprimer des mouvements à la tumeur : du moment que l'on est parvenu à l'ébranler, on la saisit entre les mors d'un davier puissant, et on l'arrache de sa cavité de réception. En général, elle vient d'un seul tenant et laisse à sa place une cavité considérable, tapissée par une membrane lisse, sans que les parties voisines, l'œil ou le plancher de l'orbite, soient intéressées.

Rien ne contraste plus avec la gravité apparente de ces opérations que la bénignité de leurs suites immédiates : quelques jours se sont à peine écoulés, que les signes fonctionnels ont disparu, la diplopie, l'exophtalmie ont cessé ; les lames osseuses, longtemps distendues, se rapprochent, et la difformité finit par être beaucoup moins considérable qu'avant l'opération. Jusqu'ici la statistique des cas d'ostéomes des fosses nasales n'a donné que des succès opératoires : les seules complications observées ont été des érysipèles ; la tumeur n'a jamais récidivé. Mais comme l'opération, quelque brillants résultats qu'elle donne, est toujours sérieuse, pénible pour le chirurgien et douloureuse pour le malade, la conclusion pratique formulée par Dolbeau subsiste dans son intégrité : c'est que sitôt qu'on a la certitude de l'existence d'un de ces ostéomes, il faut intervenir sans retard.

3^e Tumeurs diverses.

En dehors des polypes muqueux et fibreux, il est rare d'observer d'autres tumeurs dans l'intérieur des fosses nasales. Les auteurs classiques ne nous fournissent aucun renseignement à cet égard, et c'est à peine si l'on parvient à trouver, dans les recueils périodiques, quelques rares observations de tumeurs des fosses nasales d'une autre nature que les myxomes et les fibromes. Nous dirons seulement quelques mots des *adénomes*, des *sarcomes* et du *cancer*, qui peuvent prendre naissance dans l'intérieur des cavités nasales.

a. *Adénomes*. — L'existence de ces tumeurs, signalée par Ch. Robin, a été nettement constatée depuis par Pugliese (1), qui a rapporté une belle observation d'adénome des fosses nasales, due au professeur Verneuil. Dans les deux cas de Robin et de Verneuil, la tumeur occupait une large base, et, chez le malade de Verneuil, elle avait envahi le sinus

(1) *Essai sur les adénomes des fosses nasales*, thèse de Paris, 1862.

maxillaire. Le point de départ paraît être principalement dans les parties supérieures des fosses nasales. La tumeur, d'une consistance moyenne, plus ferme que les polypes, moins dure que les enchondromes, avait, dans le cas de Verneuil, détruit une partie de l'apophyse montante, et s'était portée du côté de l'orbite, déterminant de l'épiphora et du strabisme. Le chirurgien s'ouvrit une large voie en pratiquant une résection partielle du maxillaire supérieur, et extirpa la production morbide en étendant même cette extirpation aux parties voisines de la muqueuse qui lui parurent hypertrophiées. La guérison semble s'être maintenue, quoique l'examen microscopique ait démontré, outre l'hypertrophie glandulaire, une prolifération de l'épithélium glandulaire. La récurrence eut lieu dans le cas de Robin, et, après plusieurs arrachements pratiqués par Roux et Gosselin, la mort survint par méningite.

b. *Sarcomes*. — Ils peuvent se développer primitivement sur la cloison ou sur quelque autre point des cavités nasales. Les sarcomes de la cloison, qui souvent se confondent avec les enchondromes, se développent généralement à la fois des deux côtés du septum, en sorte que, dans leur accroissement rapide, ils ne tardent pas à remplir les deux fosses nasales. Ils ont, de plus, le triste privilège d'envahir rapidement les parties supérieures de ces cavités et de s'étendre jusque dans la cavité crânienne à travers l'ethmoïde.

Il est quelquefois difficile, au début, de distinguer ces tumeurs, et j'ai rapporté plus haut un fait dans lequel un sarcome de la cloison fut pris pour un abcès. On conçoit qu'une ponction exploratrice lèverait tous les doutes.

Lorsque le diagnostic est suffisamment établi, il faut se hâter d'enlever le mal aussi complètement que possible. L'opération n'est indiquée, en effet, que dans les cas où la tumeur peut être entièrement circonscrite. Dans ces conditions, on parvient aisément à la mettre à découvert en détachant du squelette sous-jacent la portion cartilagineuse du nez et en relevant ainsi l'organe tout entier. On peut alors, avec de forts ciseaux, enlever la totalité de la tumeur.

Quant aux sarcomes développés dans d'autres points des fosses nasales, tantôt ils prennent naissance dans l'épaisseur de la fibro-muqueuse, tantôt ils ont leur point de départ dans les parois osseuses des cavités nasales.

J'ai eu l'occasion d'observer, en 1868, à la Charité, un bel exemple de sarcome fibro-plastique, manifestement développé aux dépens de la muqueuse pituitaire. C'était chez une femme de cinquante-deux ans, qui portait, depuis douze ans environ, une tumeur de la fosse nasale droite, ayant augmenté graduellement de volume au point de distendre et d'écarter notablement les parois osseuses de la cavité nasale correspondante; la portion cartilagineuse, l'apophyse montante de ce côté, étaient repoussées en dehors. La cloison n'était nullement déviée du côté sain. La tumeur, qui s'avancait jusqu'au voisinage de l'ouverture des narines,

offrait une coloration d'un blanc grisâtre, d'aspect fibreux sans aucune trace d'ulcération; elle était assez dure, rénitente; elle ne s'étendait nullement du côté de l'arrière-cavité des fosses nasales, mais elle paraissait limitée aux deux tiers antérieurs de la fosse nasale, à laquelle elle adhérait solidement au niveau du plancher. Cette tumeur était complètement indolente, et sauf une épistaxis survenue il y a plusieurs années, elle ne gênait que par son volume.

Pour en pratiquer l'ablation, je dus faire une incision le long du sillon naso-génien, et relever la narine. Il fut alors aisé de s'assurer que la tumeur prenait naissance sur toute l'étendue du plancher de la fosse nasale et que les os étaient entièrement intacts. La guérison fut complète, et je n'ai plus revu la malade. L'examen microscopique de la tumeur a permis de constater qu'il s'agissait d'un sarcome (variété fibro-plastique).

O. Weber (1) rapporte également une observation de *gliosarcome*, né dans le voisinage du cornet moyen du côté droit, qui avait envahi la totalité des fosses nasales, et s'était même porté, à travers le canal nasal, jusque dans la cavité orbitaire. Mais, ce qu'il y a de particulier dans ce fait, c'est que la face externe du maxillaire supérieur présentait une petite tumeur de même nature.

Il ne faudrait pas confondre avec les véritables sarcomes des fosses nasales ceux qui naissent des os voisins et envahissent consécutivement les cavités nasales : tels sont les ostéosarcomes du maxillaire supérieur et des os du crâne.

c. *Carcinomes*. — De même que pour les sarcomes, il n'est pas très-rare de voir le cancer, développé dans un organe voisin, envahir consécutivement les fosses nasales. Quant au cancer primitif, il est bien difficile de se prononcer sur son degré de fréquence, attendu qu'un grand nombre de tumeurs, désignées autrefois sous le nom de polypes cancéreux, sont manifestement des fibromes naso-pharyngiens.

C'est ici le lieu de signaler certaines tumeurs qui jusqu'ici ont été constamment confondues avec les polypes muqueux : ce sont les *épithéliomas à cellules cylindriques* des fosses nasales. Au premier abord, rien ne les différencie des polypes légitimes : même aspect extérieur, même coloration, même consistance, même disposition plus ou moins pédiculée; mais l'examen microscopique révèle une structure toute différente. Outre qu'ils donnent du suc opalin à la pression, les épithéliomes présentent de nombreuses cellules cylindriques, souvent réunies entre elles à la manière des épithéliums, sans prolongements anastomosés, quoique variables de formes et de dimensions. A la coupe, sur des pièces durcies, on trouve des cavités tubulées, remplies de cellules épithéliales, et autour une trame à peu près analogue à celle du myxome. Les cellules adjacentes sont toujours hypertrophiées; enfin, les vaisseaux sont beaucoup plus abondants que dans les polypes proprement dits. Plus facilement aussi que les

(1) Pitha et Billroth, *Handb. der allg. und spec. Chirurgie*, t. III, p. 201.

myxomes, ces tumeurs subissent la dégénérescence graisseuse et colloïde. Ce sont là des différences dont l'importance pratique n'échappera à personne, puisqu'elles servent à reconnaître une tumeur de bonne nature d'une production maligne.

Le cancer se reconnaît par sa marche plus rapide que celle des autres tumeurs, et par l'altération concomitante de la santé générale.

d. En terminant l'étude des tumeurs des fosses nasales, je rappellerai qu'il n'est pas impossible de rencontrer dans cette région des *méningocèles* ou des *encéphalocèles*, et l'on conçoit les conséquences graves qui pourraient résulter d'une opération entreprise dans ces conditions, par suite d'une erreur de diagnostic.

Je n'ai pas à revenir sur l'histoire de l'encéphalocèle, qui a été faite précédemment; je dirai seulement que la hernie des méninges ou du cerveau peut se faire tantôt sur la ligne médiane, à travers le corps de l'éthmoïde, tantôt sur les parties latérales, entre l'éthmoïde et le frontal. Dans un cas cité par Serres, la hernie s'était fait jour entre les deux moitiés du sphénoïde et de l'éthmoïde, et venait faire saillie jusque dans la cavité du pharynx.

On sait que l'encéphalocèle se distingue surtout par l'apparition de symptômes cérébraux aussitôt que l'on comprime la tumeur, ou, lorsque ceux-ci manquent, par les pulsations isochrones à celles du pouls, et les changements de volume en rapport avec les mouvements respiratoires. D'ailleurs il faut avouer que rarement on sera appelé à faire un semblable diagnostic, vu la rareté de cette variété d'encéphalocèle. Cependant il était indispensable de prémunir les jeunes chirurgiens contre cette cause d'erreur, et de leur conseiller la plus grande réserve dans le cas de tumeurs des fosses nasales, dont le développement remonte à la naissance.

ARTICLE II.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DES FOSSES NASALES.

Rien de plus fréquent que les vices de conformation des fosses nasales, et cependant il nous est impossible, avec les données que nous possédons, d'en présenter une description générale. Il y aurait assurément là un sujet de recherches des plus intéressants.

Nous ne parlerons pas des difformités acquises, résultant de fractures avec enfoncement, de destruction du squelette des fosses nasales par la carie et de la nécrose; il en a déjà été plusieurs fois question dans le cours de ce chapitre, aussi bien que de la perforation accidentelle de la cloison.

C'est principalement au sujet des vices de conformation ou des difformités congénitales que nous signalions un desideratum regrettable dans la science. Il nous a semblé, en effet, que ces vices de conformation, encore mal connus, constituaient une prédisposition singulière à certaines affections de la muqueuse pharyngo-nasale s'étendant assez souvent à l'appa-

reil auditif, de même que les auteurs ont signalé depuis longtemps une relation manifeste entre certaines dispositions particulières des fosses nasales et les affections de l'appareil lacrymal. J'ajouterai, de plus, que les vices de conformation des fosses nasales, que je considère comme très-fréquents, apportent, par conséquent, dans une foule de cas, un obstacle sérieux et quelquefois même invincible à la pratique de certaines opérations, et en particulier au cathétérisme de la trompe d'Eustache.

En attendant que de nouvelles recherches viennent combler cette lacune, je dirai quelques mots : 1° de l'*étroitesse congénitale des fosses nasales*; 2° de la *déviatio*n de la cloison.

1° Étroitesse congénitale des fosses nasales.

Il n'est pas rare d'observer certains sujets chez lesquels les cavités nasales sont comme aplaties latéralement, sans aucune déviation de la cloison. Les cornets arrivent presque au contact de celle-ci, et un instrument même assez délié ne peut être conduit jusque dans le pharynx qu'en suivant le méat inférieur. Lorsque cette disposition existe seule, elle n'apporte qu'une faible gêne à l'exercice des fonctions, mais souvent elle se complique d'autres dispositions anormales.

Dans d'autres cas, le rétrécissement des fosses nasales existe surtout aux dépens des dimensions verticales. C'est alors la paroi inférieure qui, au lieu d'être plane ou légèrement convexe, présente une voussure anormale, qu'il est facile de constater en examinant la voûte palatine. Celle-ci n'offre plus une courbe régulière, mais s'enfonce profondément au niveau de la suture palatine.

Cette disposition, extrêmement commune, s'accompagne généralement d'un ensemble de caractères physiques et physiologiques qui me paraissent en rapport avec un développement incomplet de l'organe de l'olfaction : ainsi le nez est petit, pincé; la lèvre supérieure est trop courte, et, dans l'état de repos des muscles de la face, n'arrive pas au contact de la lèvre inférieure; les incisives supérieures restent constamment à découvert. Chez les individus qui présentent ce facies, la voix est généralement nasonnée, ou du moins offre un caractère particulier. Enfin, et c'est là un des phénomènes les plus caractéristiques, la respiration nasale est insuffisante, quoique l'air passe manifestement par le nez, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'expérience suivante : Si l'on engage le malade à fermer la bouche et à respirer tranquillement par le nez, il supporte aisément l'expérience pendant quelques instants, puis il ne tarde pas à éprouver une gêne visible, qui va toujours croissant, et qui l'oblige malgré lui à suppléer à cette respiration insuffisante en ouvrant la bouche. Cette gêne de la respiration nasale, qui peut être uniquement le résultat de la conformation vicieuse des fosses nasales, se trouve très-souvent augmentée par l'existence d'un gonflement chronique de la muqueuse, qui semble se développer de préférence chez les individus dont les cavités nasales sont primitivement rétrécies.