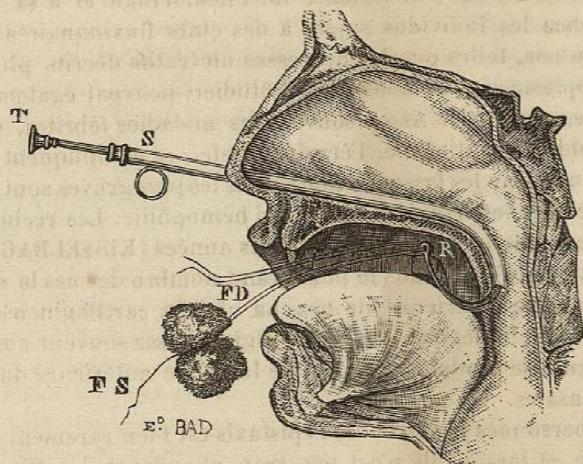


pon de ouate l'endroit d'où provient le sang. Si l'on ne réussit pas à faire l'hémostase de cette manière, on aura recours au tamponnement de la



\* Fig. 55. — Tamponnement des fosses nasales avec la sonde de Belloc (THOMAS, opérations d'urgence).

cavité nasale. Un bourdonnet de charpie ou de coton, un ballon de caoutchouc qui est moins irritant, ou un bout de condom (DIADY) introduit par la bouche dans l'orifice postérieur des fosses nasales, et un second tampon bouchant complètement l'orifice antérieur, arrêteront sûrement l'écoulement sanguin si l'opération est bien exécutée. Pour placer le tampon postérieur on se sert d'une sonde élastique, et, si l'on n'en a pas sous la main, d'une sonde métallique recourbée, ou bien de celle de BELLOC qui est très commode; on l'introduit par l'une des narines jusque dans la cavité naso-pharyngienne, et l'on fait sortir l'extrémité de l'instrument au-dessous du voile du palais. Si l'on s'est servi de la sonde de Belloc, on fait saillir le ressort et l'on fixe à son extrémité percée d'une ouverture, les fils destinés à ramener le tampon; on les attachera de même à l'extrémité de la sonde élastique ou au bec de la sonde métallique pour le cas où l'on se sera servi de l'un de ces instruments. Le tampon lui-même est relié à la sonde par un long fil double solidement noué, tandis qu'un fil simple qu'on laisse pendre hors de la bouche, est destiné à l'enlever plus tard par cette voie. On retire alors l'instrument, et avec lui le tampon, que l'on suit avec l'index, de façon à pouvoir le presser fortement dans l'orifice postérieur des fosses nasales; puis on coupe les deux fils antérieurs près de la sonde, et on introduit

dans la narine correspondante un autre tampon, que l'on fixe à l'aide des deux fils en question <sup>1</sup>.

Il est prudent de laisser les tampons en place jusqu'au jour suivant. Lorsqu'il s'agit de les enlever, on coupe le double fil antérieur, et l'on retire le tampon postérieur à l'aide du fil pendant hors de la bouche, et l'antérieur au moyen d'une pince à dissection. Puis on fait une injection d'eau glacée, destinée à chasser les caillots sanguins qui obstruent la cavité nasale, mais on ne devra pas être trop minutieux dans ce premier lavage.

ENGLISCH recommande l'appareil de KUCHENMEISTER-CLOSET comme très pratique: Un ballon de caoutchouc de 1 centim. de diamètre transversal et de 1 3/4 centim. de diamètre longitudinal, se termine par un tube étroit de même substance, destiné à être retiré par la cavité nasale. On peut introduire le ballon à l'aide d'une sonde, comme nous l'avons vu plus haut, puis on le remplit d'eau et on l'attire de façon à ce qu'il vienne presser contre l'orifice postérieur des fosses nasales. Le tube est fermé à l'aide d'une pince à pression, et l'on applique le tampon antérieur. ENGLISCH a apporté à cet appareil une modification qui permet de fermer complètement la cavité nasale; il se sert de deux ballons réunis par un tube intermédiaire; l'un d'eux se termine par un tube plus long qui pend en dehors du nez, et sert à remplir d'eau les deux ballons, dont l'un vient s'appliquer dans l'orifice postérieur et l'autre dans l'orifice antérieur des fosses nasales. Une anse de fil nouée sur le tampon antérieur les maintient fixés dans cette position.

#### Tumeurs du nez et de la cavité naso-pharyngienne

§ 50. — On observe dans la cavité nasale des tumeurs épithéliales, glandulaires, et d'autres provenant du tissu conjonctif; les premières se développent essentiellement aux dépens de la muqueuse et de ses glandes, tandis que les secondes ont pour point de départ le tissu conjonctif sous-muqueux, les cartilages et les os.

Les tumeurs les plus fréquentes sont celles que l'on comprend sous la dénomination de **polypes muqueux**; elles sont relativement bénignes, généralement pédiculées et se relient étroitement à l'hypertrophie simple de la muqueuse. BILLROTH le premier a donné une description exacte de la structure anatomique de ces tumeurs. Il a démontré qu'elles conservent la structure de la muqueuse, et qu'on y rencontre tous les éléments de cette dernière. Ainsi, outre la muqueuse qui sert d'enveloppe à la tumeur, on y retrouve les glandes formant de gros pelotons, et ayant

<sup>1</sup> D'après TILLAUX le diamètre vertical de chacun des orifices postérieurs des fosses nasales est de 2 à 2 1/2 centimètres, tandis que le diamètre horizontal n'en mesure guère que la moitié. C'est pourquoi il faut donner au tampon, non pas la forme d'une boulette, mais celle d'un cylindre de 3 centim. de hauteur à peu près sur 1 1/2 centim. de largeur, de façon à ce qu'il pénètre à frottement.

(Note du traducteur).



subi souvent la dégénérescence kystique; de même le tissu sous-muqueux avec ses vaisseaux s'y trouve représenté. Suivant que la muqueuse et les glandes ou le tissu conjonctif (sans exclure ici les proliférations de nature sarcomateuse), prédominent dans la tumeur, on pourra désigner cette dernière tantôt sous le nom d'*adénomes* ou d'*adéno-fibromes*, tantôt sous celui de *sarcomes*. Le liquide que contiennent ces néoplasmes est renfermé dans les glandes muqueuses dilatées, mais non moins souvent il est répandu sous forme d'*œdème* dans les mailles distendues du tissu conjonctif, ainsi qu'on peut s'en assurer facilement par l'examen de préparations des formes les plus molles de ces tumeurs. Quant aux tumeurs de nature sarcomateuse, elles sont relativement rares. Les formes habituelles de polypes doivent être considérées plutôt comme le résultat d'une *néoplasie inflammatoire*. Un fait intéressant c'est que chez les individus affectés de tuberculose du nez, les polypes qui se développent présentent parfois tous les caractères d'un fibrome mou tuberculeux. Les polypes muqueux sont des tumeurs pédiculées, molles, de coloration rouge pâle ou jaunâtre. Elles peuvent se développer sur tous les points de la muqueuse depuis l'extrémité antérieure jusqu'à l'extrémité postérieure des fosses nasales; mais leur siège de prédilection est sur les cornets moyen et supérieur. On les a rencontrées également dans les cavités voisines telles que le sinus frontal et le sinus maxillaire. D'après mes observations personnelles elles sont rarement solitaires, bien plus souvent multiples ou très nombreuses, et dans un assez grand nombre de cas la muqueuse, surtout celle des parties supérieures du nez, est comme tapissée d'une infinité de petites tumeurs de dimensions variées, serrées les unes contre les autres comme les grains d'une grappe de raisin.

Dans l'arrière-cavité des fosses nasales on observe, surtout chez les enfants scrofuleux, mais aussi chez des individus sains du reste, des tumeurs en forme de polypes ou de crêtes de coq, offrant une parenté étroite avec les polypes muqueux proprement dits; en effet, ces deux formes de tumeurs peuvent s'observer simultanément chez le même individu, et, d'autre part, les premières représentent également au point de vue anatomique une sorte d'hyperplasie de la muqueuse, mais avec la différence qu'on y voit prédominer certains groupes d'éléments qui, à l'état physiologique, sont abondamment représentés dans la muqueuse naso-pharyngienne, nous voulons parler des follicules lymphatiques. On sait, en effet, que la muqueuse de cette région offre une structure lymphoïde particulière consistant en un fin réseau dans les mailles duquel sont logés les corpuscules lymphatiques. Les néoplasmes dont nous venons de parler, se relie donc histologiquement aux granulations pharyngiennes (WAGNER), et possèdent une structure « adénoïde » (MEYER de Copenhague).

LUSCHKA, se basant sur l'analogie de structure que présente avec l'amygdale la portion de muqueuse qui tapisse la voûte et la paroi postérieure de la cavité

naso-pharyngienne, a proposé de lui donner le nom d'*amygdale pharyngée tonsilla pharyngea*; aussi les tumeurs décrites plus haut ont-elles été considérées (comme une hypertrophie de l'amygdale pharyngée. VOLTOLINI, W. MEYER, WAGNER, WENDT, STOERK, MICHEL et d'autres se sont occupés de l'anatomie pathologique, de la symptomatologie et du traitement de cette néoplasie inflammatoire, laquelle gêne considérablement la respiration nasale, et détermine ainsi des troubles variés. Les malades respirent la bouche ouverte, ce qui donne à la physionomie, surtout chez les enfants, une expression de stupidité toute particulière. En outre, la respiration est beaucoup moins énergique, et l'insuffisance de l'hématose qui en résulte se trahit par le teint maladif des petits malades. La voix perd son timbre et devient nasonnée.

Le **diagnostic** se fait au moyen du spéculum nasi, qui permet généralement d'apercevoir dans l'arrière-cavité des fosses nasales une tumeur rouge pâle, bosselée (MICHEL), ou bien à l'aide du pharyngoscope (rhinoscope). L'exploration digitale est indiquée dans tous les cas.

MEYER se sert, pour l'extirpation des végétations en question, d'un couteau annulaire, qui est introduit, sous la direction du doigt, dans la cavité naso-pharyngienne, tandis que VOLTOLINI et MICHEL opèrent avec l'anse galvanocautérique en s'aidant du rhinoscope. Cette anse est introduite soit par le nez, soit par la cavité buccale; MICHEL conseille particulièrement cette dernière voie. Le procédé indiqué par JUSTIS nous paraît assez pratique: cet auteur raconte que, dans un cas de végétations développées dans la cavité naso-pharyngienne, il se servit avec succès d'une curette à bords tranchants, pourvue d'une longue tige pouvant être recourbée dans tous les sens, curette qu'il introduisit par la bouche jusque sur le point malade.

Les **symptômes** produits par les tumeurs du nez décrites jusqu'ici, consistent essentiellement en une *gêne de la respiration nasale*. Ces symptômes varient suivant que les polypes obstruent plus ou moins complètement les deux fosses nasales. Ils sont aussi plus prononcés à certains moments qu'à d'autres; en effet, sous l'influence d'un coryza ou d'un temps humide, les tumeurs en question tendent à augmenter de volume. La voix subit presque toujours des altérations, elle perd son timbre et devient nasonnée. Il se produit souvent, surtout au début, une sécrétion abondante de mucus, qui toutefois ne répand pas d'odeur fétide. Plus tard l'odorat se perd plus ou moins, surtout lorsque les polypes occupent une grande étendue de la muqueuse; il en est de même du goût en tant que ce dernier a besoin du concours de l'odorat, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'apprécier la saveur des substances aromatiques. — Contrairement aux formes malignes de tumeurs, les polypes du nez se distinguent par l'absence d'un symptôme, à savoir les hémorragies. Dans un cas seulement nous avons vu se produire un écoulement sanguin abondant, qui cessa aussitôt après l'extirpation du néoplasme.

Lorsque les polypes sont très nombreux, ceux d'entre eux qui se développent très haut, entre la cloison et les os propres du nez, altèrent parfois d'une façon très notable la forme de l'organe; ils élargissent ce dernier au niveau de sa voûte osseuse. — C'est précisément dans