

est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'admet généralement, car chez l'adulte on n'observe, pour ainsi dire, jamais la forme typique de ces tumeurs. En outre tous les chirurgiens savent fort bien qu'on ne peut compter sur une guérison radicale que lorsqu'on a réussi à détruire toute la base d'implantation du néoplasme. Enfin mentionnons le fait moins connu, que BENSCH a cherché à prouver par sa statistique : lorsqu'on sépare les prolongements du fibrome, par exemple le prolongement nasal, du reste de la tumeur et par conséquent de sa base d'implantation, on les voit s'atrophier alors même qu'ils ont contracté avec le voisinage des adhérences secondaires assez étendues pour assurer leur nutrition. Ces prolongements semblent n'être susceptibles d'accroissement que lorsqu'ils sont en relation avec la masse principale de la tumeur. — Nous reviendrons plus loin (§ 53) sur les conclusions que l'on peut tirer de cette particularité au point de vue du traitement des polypes naso-pharyngiens.

§ 52. — Abstraction faite de ces formes typiques de fibromes naso-pharyngiens particulières au jeune âge, on observe aussi, du reste, des tumeurs polypeuses chez des personnes plus âgées. C'est ainsi que, il y a quelques années, j'ai enlevé à un adulte un *sarcome à cellules rondes* qui s'étendait jusqu'au larynx et qui était réuni à la muqueuse par un mince pédicule. Il n'y eut pas de récurrence après l'opération. Les fibromes qui se développent après la 25^e année, ont, dans la règle, une large base d'implantation ; ce sont souvent des tumeurs mixtes sarcomateuses, qui se distinguent des formes typiques de polypes par leur tendance beaucoup plus grande à pénétrer dans les tissus au lieu de les refouler simplement, fait qui montre déjà bien leur malignité au point de vue clinique. Mais on rencontre également dans la région naso-pharyngienne toute une série de tumeurs franchement malignes. Sous ce rapport les **sarcomes** sont particulièrement fréquents ; ils peuvent naître sur tous les points des fosses nasales, mais les cornets inférieurs paraissent être plus ou moins leur siège de prédilection. Des *sarcomes à cellules fusiformes* et surtout des *gliosarcomes* à accroissement rapide s'y développent sur une large surface, refoulent la muqueuse et forment dans la cavité nasale des tumeurs molles, qui pourraient être facilement prises pour des hernies du cerveau, d'autant plus que cette forme de néoplasmes s'observe assez souvent dans l'enfance. En outre les sarcomes contractent des adhérences avec la muqueuse ; leur surface s'ulcère ; ils détruisent les os avec lesquels ils sont en contact et après avoir ainsi franchi cet obstacle, ils envahissent les parties molles, se substituent à ces dernières, et font leur apparition à la face sous la forme de tumeurs molles s'accroissant rapidement. Les **carcinomes** des fosses nasales se distinguent par leur tendance à la fonte rapide du néoplasme pour former des ulcérations étendues.

Cependant on observe aussi dans les fosses nasales des tumeurs épithéliales qui évoluent avec moins de gravité. Au point de vue de la classification histologique elles appartiennent aux **adénomes**, car elles sont caractérisées par une néoplasie glandulaire avec formation de kystes. Néanmoins on ne devra pas confondre ces tumeurs avec les polypes ordinaires, car elles acquièrent un volume bien plus considérable que ces derniers ; elles sont dures, plus riches en sucs et ont beaucoup plus de tendance à la destruction locale et aux récurrences. Elles détruisent le squelette du nez, et envahissent même la peau ; bien plus, elles peuvent pénétrer à travers l'ethmoïde dans la cavité crânienne et entraîner ainsi la mort du malade. Mais la marche de ces adénomes est très lente ; ce n'est qu'au bout de 3 ou 4 ans après leur début que l'on a l'occasion de les opérer, et les récurrences se produisent également avec une grande lenteur. Le danger d'une récurrence n'en exige pas moins une opération tout à fait radicale.

Toutes ces tumeurs malignes donnent lieu volontiers à des hémorragies considérables.

La **cloison des fosses nasales** présente un intérêt particulier aussi bien au point de vue de la forme histologique des tumeurs dont elle est parfois le siège, qu'à celui des opérations dont elles sont justiciables. Outre les **sarcomes** et les **carcinomes** mentionnés plus haut, et les **tumeurs tuberculeuses** que nous avons déjà décrites, il n'est pas très rare d'observer sur la cloison des **tumeurs osseuses** et **cartilagineuses**. C'est immédiatement en arrière de la sous-cloison que se forment surtout les tumeurs cartilagineuses ; en effet, on observe parfois en ce point une saillie de la portion cartilagineuse du septum, saillie qui peut produire un rétrécissement de l'une des narines, plus rarement des deux. Toutefois on se gardera bien de prendre pour une tumeur la simple déviation de la cloison, de nature congénitale (§ 34) ou survenue à la suite d'un traumatisme ; de même on ne confondra pas avec la tumeur en question une intumescence inflammatoire soulevant la muqueuse. L'incision de l'abcès mettra fin au phlegmon, tandis que dans les cas où une tumeur cartilagineuse rétrécit notablement les narines, on aura recours à l'excision de la partie hypertrophiée. On a aussi observé parfois dans le nez des kystes particuliers, et j'ai moi-même opéré des tumeurs de ce genre. Toute la cavité nasale était remplie d'une coque osseuse mince tapissée d'une muqueuse et renfermant un liquide légèrement trouble.

Quant aux **enchondromes proprement dits**, ils siègent ordinairement à un niveau plus élevé, et il en est de même des ostéomes. La tumeur est alors généralement bilatérale, et non seulement elle rétrécit notablement les deux fosses nasales, mais elle altère, en outre, la forme du nez ; en effet suivant qu'elle se développe dans un point situé à la partie supérieure ou inférieure de la cloison, elle produit un écartement de la voûte osseuse ou de la partie molle du nez. Cette forme de néoplasme est souvent suspecte, car les enchondromes s'allient volon-

tiers aux sarcomes, et souvent ils perforent la lame criblée de l'ethmoïde pour pénétrer dans la cavité crânienne (G. WEBER).

L'ablation de ces différentes tumeurs, lorsqu'elle est possible, exige en même temps la résection des os et des cartilages intéressés par le néoplasme. Lorsqu'elles siègent sur la cloison, on est presque toujours obligé d'inciser préalablement le nez sur la ligne médiane, ou d'en détacher les ailes dans toute leur étendue pour sectionner ensuite le septum cartilagineux au niveau de son union avec les parties molles de l'organe. Ces incisions permettent de relever la partie inférieure du nez et de pratiquer la résection de la cloison (*voir* § 56).

Traitement des tumeurs pédiculées de la cavité naso-pharyngienne

§ 53. — De nombreuses tentatives ont été faites dans le but de détruire les **polypes muqueux du nez** au moyen de médicaments, et particulièrement par l'introduction de solutions ou de poudres astringentes dans la cavité nasale. Dernièrement encore l'emploi du *tannin* sous forme de poudre à priser a été si chaudement recommandé par BRYANT, que l'on fera bien en tous cas d'essayer ce moyen de traitement, qui a au moins le mérite d'être inoffensif. L'usage de ce médicament devra être, naturellement, continué pendant plusieurs semaines.

Les procédés chirurgicaux offrent déjà ici un certain degré d'incertitude à cause de l'exiguïté de l'espace dans lequel doivent manœuvrer les instruments. La méthode la plus usitée encore aujourd'hui consiste dans l'arrachement des tumeurs au moyen de **pinces à pansement ou à polypes**; malgré les tentatives faites pour la détrôner, elle continuera évidemment à être employée de préférence, sans doute, à cause de la simplicité du matériel opératoire et de l'opération elle-même. Comme il s'agit de saisir la tumeur aussi haut que possible au niveau de son pédicule, on comprend qu'avec des instruments tant soit peu volumineux introduits à une grande hauteur dans les fosses nasales on ne puisse guère éviter de produire des lésions des os délicats qui constituent la charpente osseuse du nez. Ces lésions, lorsqu'elles sont légères, sont encore moins regrettables que l'incertitude du résultat de l'opération, et l'impossibilité d'arriver au pédicule ou même de saisir la tumeur dans les parties étroites de la cavité nasale.

Lorsqu'on n'a affaire qu'à un petit nombre de polypes muqueux d'un certain volume, la méthode que nous venons d'exposer est suffisamment sûre et présente moins d'inconvénients qu'on pourrait le croire. La tête du malade étant renversée en arrière, on élargit la narine par une pression exercée avec le doigt sur le lobule du nez; on introduit alors une pince droite dans la cavité nasale, on l'ouvre et l'on cherche à saisir la tumeur aussi haut que possible au niveau de son pédicule. Par un mouvement de torsion ou une traction énergique on arrache le polype

en entraînant parfois, il est vrai, un fragment de cornet. Si l'on a saisi avec l'instrument le corps de la tumeur, on ne parvient à en arracher qu'une portion, et il devient alors plus difficile de la pincer à nouveau. Dans les cas où le pédicule de la tumeur s'insère à un niveau élevé, j'ai souvent obtenu de bons résultats à l'aide d'une pince à polypes étroite, recourbée en *S*, dont on peut placer les deux branches l'une après l'autre dans le diamètre transverse du nez, en s'aidant d'un bon éclairage artificiel. Il peut être avantageux dans ces cas d'introduire un doigt par la bouche jusque dans l'orifice postérieur des fosses nasales dans le but de pousser en avant la petite tumeur contre les mors de la pince.

Mais lorsqu'on se trouve en présence d'un grand nombre de petites tumeurs, comme c'est le cas très souvent, et qu'elles siègent à l'extrémité antérieure du cornet supérieur et sur la paroi supérieure des fosses nasales, il n'est plus possible de les saisir avec la pince à polypes. Il n'est point douteux que dans ces conditions l'**anse galvanocaustique**, lorsqu'on se sert d'un porte-cautère très étroit, ne soit plus facile à introduire jusque sur la tumeur, et ne donne dans des mains exercées de meilleurs résultats que la pince à polypes. En outre, l'anse galvanocaustique offre évidemment l'avantage de ne pas produire des lésions aussi considérables, d'exposer beaucoup moins que la pince à l'arrachement de portions de cornets ou de muqueuse saine. Dans ces derniers temps VOLTOLINI a plaidé vivement en faveur de cette méthode dont il a démontré les avantages, et il a fait construire dans ce but des instruments spéciaux; mais tandis que les polypes sont partout assez communs, on ne trouve que dans un petit nombre de localités des appareils galvanocaustiques et surtout des médecins qui sachent s'en servir d'une façon convenable. Toutefois on peut se passer ici de l'action de la chaleur, et l'on réussit assez bien à enlever les polypes muqueux à l'aide d'une anse métallique à froid et d'un serre-nœud. Comme les instruments à employer sont très simples dans ces conditions, on peut espérer que l'anse métallique remplacera de plus en plus les pinces à polypes. Un instrument semblable au polypotome de WILDE, mais un peu plus grand tout en ayant une très faible épaisseur, suffira dans le plus grand nombre des cas. Pour saisir les tumeurs siégeant au pourtour de l'orifice postérieur des fosses nasales, on s'aidera de la rhinoscopie.

Les polypes muqueux multiples et de consistance molle siégeant dans la partie supérieure des fosses nasales, ne peuvent être extirpés radicalement qu'au moyen d'une opération destinée à les rendre accessibles aux instruments. On peut arriver sur ces tumeurs soit par une incision simple du nez sur la ligne médiane, soit par la résection temporaire des os propres du nez d'après l'un des procédés bien connus de LANGENBECK ou de BRUNS. Pour ma part, me basant sur une série d'observations personnelles, je ne puis que conseiller ces opérations préliminaires qui n'ont aucune gravité et n'entraînent pas de déformation