

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

notable, toutes les fois que l'on a affaire à des polypes muqueux multiples, inaccessibles aux instruments, ou ayant une grande tendance aux récidives.

§ 54. — Les **fibromes naso-pharyngiens typiques** se trouvent dans des conditions qui rendent beaucoup plus difficile une intervention chirurgicale. Par suite de leur insertion dans l'arrière-cavité des fosses nasales et de leur extension dans les différentes cavités et les interstices de tissu conjonctif, ils sont beaucoup moins accessibles aux instruments; en outre ils ne sont pas aussi nettement pédiculés que les polypes muqueux; parfois même leur base d'insertion est très étendue, et ils peuvent avoir contracté des adhérences secondaires avec les parties molles et les os. De plus les fibromes sont plus denses, plus résistants, et ne se laissent pas arracher par une simple traction brusque comme les polypes muqueux. Enfin ces derniers, tout en déterminant des troubles fonctionnels fort désagréables, ont cependant un bon pronostic et n'entraînent la mort que dans des cas tout à fait exceptionnels par leur propagation dans la cavité crânienne; par contre les tumeurs fibreuses de la cavité naso-pharyngienne entraînent bien souvent une terminaison fatale.

On comprend dès lors que l'on soit arrivé peu à peu à multiplier d'une façon extraordinaire les procédés opératoires ayant pour but l'extirpation des fibromes naso-pharyngiens. D'après les faits cliniques exposés plus haut, il est évident que l'ablation de ces tumeurs ne serait pas toujours possible si l'on voulait à tout prix respecter les téguments de la face. Nous avons donc à décrire d'abord brièvement les méthodes opératoires, telles que l'arrachement, la ligature, etc., qui ont été employées essentiellement dans l'idée d'extirper la tumeur par les voies naturelles sans avoir à pratiquer une opération préliminaire destinée à créer un passage aux instruments; méthodes qui d'ailleurs peuvent, cela va sans dire, être utilisées également pour l'extirpation proprement dite de la tumeur, après qu'on l'a rendue accessible par une opération préalable. Nous essayerons en même temps de tracer les limites dans lesquelles ces méthodes peuvent être employées avec succès. Puis nous mentionnerons rapidement les opérations préliminaires, qui dans les cas difficiles doivent rendre le néoplasme accessible à nos moyens chirurgicaux. Afin que le lecteur puisse porter un jugement sur la valeur de ces différentes méthodes, nous devons faire connaître tout d'abord les obstacles que rencontre l'opérateur, et l'influence que peut avoir sur la guérison le procédé opératoire employé.

Pour bien comprendre les dangers des extirpations de polypes naso-pharyngiens on n'a qu'à se rappeler les paroles d'un chirurgien de la valeur de DIEFFENBACH. Ces opérations, dit-il, exigent de la part du chirurgien beaucoup de courage, car il n'a le choix qu'entre trois alternatives: « l'asphyxie du malade s'il pratique la ligature du polype, la mort par hémorragie s'il a recours à l'arrachement ou à l'excision de

la tumeur, ou enfin l'impossibilité d'achever l'opération. » Or ces dangers sont dus, pour une part, à la difficulté d'accès du point d'implantation du polype; en effet c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer la gravité des hémorragies qui proviennent de la tumeur, et qu'il ne serait certes pas difficile d'arrêter si cette dernière était accessible à nos moyens d'hémostase. A cet inconvénient s'en ajoute un autre provenant du tissu même du néoplasme qui souvent présente une densité et une résistance considérables. Mais lorsqu'on est venu à bout de ces difficultés, on ne pourra se féliciter d'avoir obtenu une guérison définitive qu'à la condition que la méthode employée ait permis, non seulement de sectionner la tumeur au niveau de son pédicule, mais encore de détruire, au point d'implantation du néoplasme, le périoste avec les prolongements de tissu conjonctif qu'il envoie dans l'os sous-jacent. C'est précisément cette dernière condition que l'on a prise de plus en plus en considération dans ces derniers temps pour le choix d'un procédé opératoire.

§ 55. — Une méthode très ancienne d'ablation des polypes naso-pharyngiens, c'est la **ligature**. Pour pratiquer cette opération on commence par introduire par l'une des fosses nasales, et à l'aide d'une sonde de BELLOC, une anse d'un fort fil de soie bien ciré, qui vient occuper un côté de la tumeur; puis à l'aide de la sonde introduite encore une fois par la même narine, on retire le bout du fil de soie sortant par la bouche, de manière à former une anse autour de la tumeur. L'index introduit en arrière du voile du palais refoule l'anse aussi haut que possible sur le polype; enfin on introduit par le nez un serre-nœud (soit la double canule de LEVRET, soit un appareil en chapelet) destiné à serrer peu à peu et de plus en plus fortement l'anse de fil autour de la tumeur.

La ligature produit d'abord une augmentation de volume, puis la mortification de la tumeur. La tuméfaction peut devenir très considérable, au point que l'on est obligé parfois de pratiquer la trachéotomie pour obvier à des accidents de suffocation. En outre l'odorat et le goût sont péniblement affectés par la tumeur qui se mortifie et met au moins huit jours à se détacher, et ce n'est certes pas là un des moindres inconvénients de cette méthode opératoire. Enfin la résorption sur place des liquides putrides et leur écoulement dans l'estomac et les bronches, peuvent déterminer des accidents graves de septicémie. Pour prévenir l'asphyxie qui pourrait survenir au moment de la chute du polype, on a soin de passer à l'aide d'une aiguille, à travers la tumeur, un fil que l'on fixe sur la joue.

La ligature a cependant l'avantage, dans les cas où elle est applicable, de n'exiger l'emploi que d'instruments fort simples, d'enlever la tumeur sans hémorragie, et, comme l'effet de la constriction se fait sentir aussi au-dessus de l'anse, de déterminer également la mor-