

IV

POLYPES NASO-PHARYNGIENS

PAR LE D^r A. BROCA

Agrégé de la Faculté, Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

On observe dans le naso-pharynx des tumeurs très spéciales par leur étiologie, par leur évolution clinique, mais dont l'histologie n'a pas encore donné une explication suffisamment nette. Il y a quelques années, on a cru qu'il s'agissait de fibromes, et l'on a tenté de substituer ce terme, de signification précise, à celui de polypes, qui éveille tout simplement l'idée de tumeur pédiculée. Mais ne sont-ils pas bien bizarres, ces fibromes coutumiers de la récurrence, parfois même de l'envahissement qui caractérise les sarcomes les plus malins? Ne fallait-il donc pas parler de sarcomes naso-pharyngiens? Cela aussi serait vicieux, car, à supposer qu'il s'agisse de sarcomes, nom qui convient, en effet, aux tumeurs malignes conjonctives, parmi les tumeurs conjonctives malignes du naso-pharynx, celles-ci présentent des particularités qui légitiment une description spéciale. Histologiquement, on peut, suivant les cas, dire fibrome, fibro-sarcome, sarcome : mais il convient de former un tout avec ces polypes naso-pharyngiens, nom qui a l'avantage de ne rien préjuger sur leur nature jusqu'au jour où l'on aura pu superposer exactement les données de l'anatomie pathologique à celles de la clinique.

A côté de ces tumeurs spéciales, on peut rencontrer dans le naso-pharynx des polypes muqueux, dont il sera question à propos du diagnostic.

Anatomie pathologique. — Un polype naso-pharyngien est une tumeur quelquefois très volumineuse, recouverte d'une muqueuse souvent rouge, enflammée; sa consistance est ordinairement dure, sa coupe blanche rappelle celle des fibromes.

Ce qui intéresse le chirurgien, c'est avant tout le *pédicule*, car là doit être le but visé dans l'attaque opératoire. Or, il est démontré que presque toujours ce pédicule s'implante sur la voûte du naso-pharynx, c'est-à-dire sur la face inférieure du corps du sphénoïde et de l'apophyse basilaire; généralement il est médian, assez volumineux. Là, il y a continuité entre la tumeur et le tissu sous-muqueux, ici fort épais, confondu avec le périoste, et si l'on remarque l'âge auquel sont atteints les sujets, au moment de l'adolescence, on arrive à admettre, avec grande vraisemblance, que l'activité formative du périoste n'est pas étrangère au processus morbide.

Mais si l'on doit penser que cette implantation est la règle, on ne saurait plus accorder à Nélaton que cette règle soit sans exception. Certains pédicules se fixent latéralement sur le corps du sphénoïde, sur les apophyses ptérygoïdes, d'autres sur le vomer et même quelques-uns dans les fosses nasales.

De son insertion pharyngée, le polype descend, sous forme de battant de cloche, vers le pharynx buccal et se présente constitué par des masses charnues du volume du poing et au delà, de coloration rougeâtre, de consistance ferme, irrégulièrement lobulées. La cavité du naso-pharynx est bientôt trop étroite pour contenir le polype, doué d'une grande tendance à s'accroître; aussi la tumeur envoie-t-elle un certain nombre de prolongements. Elle pousse du côté où elle trouve à s'étendre : ce sont les fosses nasales et le pharynx qui s'offrent tout d'abord. D'où, le plus souvent, l'existence de deux lobes, l'un pharyngien, l'autre nasal. Le lobe pharyngien remplit plus ou moins le naso-pharynx; repoussé par la colonne vertébrale, il refoule en avant le voile du palais. Quant au lobe nasal, il envahit l'une des deux narines ou les deux à la fois, en écartant les os sur son passage. Une des caractéristiques de l'évolution des fibromes naso-pharyngiens est la puissance de destruction qu'ils possèdent sur les parois osseuses des cavités qui les contiennent, ils les refoulent et les amincissent, agrandissant d'autant cette cavité et ce fait a une grosse importance pratique : la voie nasale, tortueuse et étroite à l'état normal, sera rendue plus accessible du fait même du polype.

Une fois dans les fosses nasales, le fibrome, si on le laisse se développer, entre dans le sinus maxillaire, d'un seul ou des deux côtés, dans les sinus sphénoïdal et ethmoïdal, et de là il peut user et perforer la base du crâne. On peut également observer des prolongements pénétrant par la fente sphéno-maxillaire jusque dans l'orbite, ou encore suivant la fosse ptérygo-maxillaire pour atteindre la fosse temporale et s'y développer. En un mot, l'évolution périphérique des polypes se fait suivant trois ordres de prolongements : pharyngien, nasal et facial.

Je me suis déjà expliqué sur les incertitudes de l'histologie, qui nous révèle ici des tumeurs variant du fibrome le plus typique au sarcome proprement dit, sans que nous puissions déterminer à quelle structure correspond une évolution clinique spéciale, une tendance plus ou moins grande à la récurrence : et après ablation d'un fibrome paraissant pur, on a pu voir une récurrence de structure franchement sarcomateuse.

Certains de ces fibromes sont remarquablement vasculaires, et le microscope donne la clef d'une des particularités des polypes naso-pharyngiens; je veux parler des hémorragies. Sur les coupes, on trouve de nombreux vaisseaux; parfois même il existe une véritable dégénérescence caverneuse et l'on conçoit que ces tumeurs aient été parfois considérées comme des tumeurs veineuses caverneuses ou encore comme des angio-fibromes. Ce qui est certain, c'est que pendant les interventions opératoires, les tumeurs incisées fournissent une hémorragie toujours importante et souvent redoutable. Quant aux hémorragies, parfois inquiétantes, dont s'accompagne le polype en dehors de l'opération, leur cause semble devoir être plutôt recherchée dans la vascularisation de la muqueuse épaissie.

Étiologie. — Deux faits méritent d'être mis en relief : les sujets atteints sont âgés de 15 à 20 ans, rarement au-dessus ou au-dessous, jamais après 50 ans; ils appartiennent au sexe masculin. Sans doute, on a réuni quelques observations chez la femme, et récemment Pluyette en a compté 9 : mais,

par leur évolution, par l'âge des malades, ces tumeurs doivent être rapprochées des rares néoplasmes naso-pharyngiens observés également chez l'homme adulte et différenciés, au contraire, de la tumeur à allures spéciales que nous étudions ici.

Symptômes. — Au point de vue clinique, les polypes naso-pharyngiens offrent une première période, souvent très longue, pouvant durer des mois, et pendant laquelle ils restent latents; une gêne légère se traduit parce qu'assez souvent le sujet avale de travers; et surtout la tumeur cause de l'enchifrènement tenace avec de fréquentes épistaxis. On croit à un simple coryza chronique, bien qu'une céphalalgie sourde, tenace, parfois localisée, puisse déjà éveiller l'attention du médecin. On n'aura pas de surprise désagréable, si l'on pratique, comme on doit le faire, la rhinoscopie chez tous les sujets dont les fonctions nasales paraissent anormales.

A une période plus avancée, les troubles fonctionnels s'exagèrent, et au premier rang sont les troubles de la respiration nasale. L'entrée de l'air à travers les fosses nasales ne peut plus avoir lieu, d'un seul côté ou des deux en même temps, et lorsqu'on dit au malade de fermer la bouche et de souffler avec force, on constate que le rejet de l'air par les fosses nasales est devenu impossible. Si la tumeur gêne le fonctionnement du voile du palais, il en résulte des nausées, de la gêne de la déglutition, et parfois le passage des liquides par le nez, si les fosses nasales ne sont pas envahies par les prolongements de la tumeur. Le malade a la sensation d'un corps étranger dans les fosses nasales, l'enchifrènement augmente, l'odorat et le goût sont émoussés; un écoulement d'abord séreux, puis muco-purulent, a lieu par les fosses nasales.

Alors s'imposent, bien évidemment, l'examen du pharynx et des fosses nasales. Si la tumeur est encore petite, on ne la verra pas proéminer dans la gorge, mais le voile du palais sera déformé et un peu asymétrique, il n'aura plus sa concavité régulière. Grâce au *speculum nasi* et au toucher digital, on peut constater l'existence d'une tumeur dure, non élastique, saignant au moindre contact. L'expiration forcée, la bouche étant fermée, montre que cette tumeur est le plus souvent immobile ou tout au moins fort peu mobile. Dès que le lobe pharyngien déborde le voile du palais, il devient visible par la bouche. Dans tous les cas on peut le sentir, grâce au toucher buccal. Pour pratiquer méthodiquement l'exploration digitale du naso-pharynx, on doit faire asseoir le malade sur une chaise et se placer derrière lui. L'index droit, recourbé en crochet, est introduit dans la bouche, puis insinué derrière le voile du palais; il faut constater le volume de la tumeur, apprécier sa dureté et s'efforcer de remonter aussi haut que possible le long du pédicule. Mais on doit avouer que le doigt peut rarement atteindre le point d'implantation: il en est empêché par le volume du lobe pharyngien, qui remplit tout le naso-pharynx. Après cet examen, même pratiqué avec douceur, on peut constater que le doigt ramène un peu de sang, et que souvent même on provoque de la sorte une hémorragie abondante.

Le polype, continuant à croître, devient trop volumineux pour les cavités qui le logeaient primitivement; alors apparaissent les modifications pro-

fondes du squelette et des parties molles de la face: c'est la troisième période ou *période des déformations*.

Les troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat sont très marqués, la respiration nasale est complètement supprimée, et chacun des prolongements de la tumeur amène des déformations en rapport avec son siège. Le prolongement nasal repousse les parois osseuses des fosses nasales, d'où l'effacement des sillons naso-géniens. Le prolongement orbitaire peut causer des troubles profonds de la vision, — exophtalmie, diplopie, épiphora, cécité par compression des nerfs optiques. Cette dernière complication est rare; lorsque la cécité existe des deux côtés, on peut l'expliquer par l'existence d'un prolongement crânien comprimant le chiasma des nerfs optiques; le prolongement temporal produit un empatement de la face du côté correspondant, et la force d'expansion de la tumeur est telle que l'arcade zygomatique peut être déjetée en dehors.

Dans le cas de prolongement intra-crânien, il y a rarement des troubles cérébraux graves; l'envahissement se faisant d'une façon lente et progressive, le cerveau s'habitue à cette compression graduelle, et souvent rien ne peut, à l'examen le plus attentif, révéler l'existence de ce prolongement.

Diagnostic. — On fait rarement le diagnostic dès le début: les malades croient à un simple coryza et ne viennent pas consulter. Appelé à la période initiale, le chirurgien doit attacher une grande importance à la céphalalgie si tenace qui existe parfois et à l'écoulement muqueux continu, surtout lorsqu'il se fait par une seule narine.

La conclusion logique, c'est, je le répète, l'examen complet des fosses nasales et du naso-pharynx dans le cas de coryza tenace que rien ne vient expliquer.

La tumeur étant constatée, une erreur de diagnostic est à peu près impossible. On parle, classiquement, de diagnostic différentiel avec les polypes muqueux des fosses nasales; mais, en dehors de toute différence d'aspect, il suffit de constater que le naso-pharynx est libre; on décrit divers caractères spéciaux des tumeurs du voile du palais, alors qu'il suffit du toucher pharyngien pour constater que les polypes ne font pas corps avec la face postérieure du voile.

Deux sortes de tumeurs seulement obstruent le naso-pharynx et pendent de sa voûte: les végétations adénoïdes, les polypes muqueux. Pour les végétations, le toucher tranche immédiatement la question, en constatant des masses mollasses, qui de toutes parts tapissent le pharynx, qui s'accompagnent souvent d'hypertrophie amygdalienne.

La seule difficulté consiste, en somme, à reconnaître les polypes fibromuqueux qui, nés des fosses nasales près des choanes, descendent dans le naso-pharynx et y prennent un développement inconnu aux polypes ordinaires, à évolution nasale. Cependant, la tumeur est alors moins dure, moins rouge, moins facilement saignante; parfois la coexistence d'un ou de plusieurs polypes muqueux bien caractérisés des fosses nasales apporte au clinicien un argument de plus. L'âge du sujet, enfin, sera pris en sérieuse considération: deux fois j'ai observé de ces gros polypes muqueux chez

l'enfant, et j'ai porté le diagnostic exact en me fondant surtout sur ce que les sujets n'avaient que 8 à 10 ans.

En lui-même, le diagnostic d'un polype naso-pharyngien est donc assez facile. Mais ce qui est plus délicat — et c'est le point capital pour déterminer le choix du procédé opératoire — c'est de préciser avec soin le volume du polype, son point d'implantation, ses prolongements, l'existence d'un prolongement intra-crânien. La voie suivie par les prolongements est la notion dont l'importance pratique est la plus grande.

Les prolongements du côté de la face sont évidents quand les déformations sont considérables, mais pour les dépister au début il faut regarder le sujet bien en face, relever la moindre asymétrie de la joue ou de la tempe, examiner avec soin l'œil, la profondeur et la rougeur des culs-de-sac conjonctivaux, la dimension des fentes palpébrales, faire fermer et ouvrir les paupières à plusieurs reprises pour saisir le début de l'exophtalmie, comparer la pupille des deux côtés, déterminer l'acuité visuelle. On explorera l'olfaction, l'audition, la sensibilité et les mouvements de la face, on notera, à leurs plus légers degrés, l'effacement des sillons, l'asymétrie de la face, la tuméfaction de la région temporale. Les prolongements vers les fosses nasales sont reconnus le plus souvent à la simple inspection. Et c'est grâce au toucher buccal que l'on évaluera le volume du prolongement pharyngien tout en cherchant à préciser le siège d'implantation. Il faut reconnaître que cette dernière notion est impossible à acquérir dès que la tumeur est un peu volumineuse.

Quant à la nature intime de la tumeur, la clinique est incapable de la déterminer. Entre le fibrome pur, le fibro-sarcome et le sarcome, il y a tous les degrés, et c'est seulement l'examen histologique qui peut trancher la question.

Pronostic. — La marche des polypes naso-pharyngiens est d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune. Outre les troubles mécaniques qui peuvent devenir graves, les hémorragies abondantes et répétées, la suppuration, la méningite possible aggravent encore le pronostic. Le pronostic est donc toujours très sérieux; les opérations sont longues et laborieuses, on est souvent obligé d'y revenir à plusieurs fois, et, même après les extirpations les plus complètes, on observe fréquemment la récurrence. Il est à noter que si le malade, opéré ou non, arrive à l'âge adulte, à partir de ce moment on observe une tendance à l'état stationnaire ou même à la régression; ce fait doit être pris en sérieuse considération au point de vue thérapeutique, car plus le sujet sera éloigné de cette période favorable et plus il sera utile de se ménager la possibilité de surveiller le pédicule pour y attaquer rapidement les récurrences.

Traitement. — En présence de la marche fatale de ces tumeurs, l'intervention est admise par tous, et à l'heure actuelle on ne discute plus que sur les procédés opératoires. L'intervention dans les polypes naso-pharyngiens est toujours grave et les deux principales préoccupations du chirurgien, au cours de l'opération, doivent être de maîtriser l'hémorragie et de pratiquer une extirpation aussi complète que possible. C'est dire que les voies natu-

relles doivent être en principe abandonnées; que seules les opérations avec larges voies d'accès permettront de combattre l'hémorragie et de pratiquer des extirpations radicales; que la plupart des méthodes anciennes, comme la cautérisation, la rugination, ne seront plus employées qu'après avoir créé une large brèche pour aborder la tumeur. Nous ne décrirons pas ces nombreux procédés, que l'on trouvera du reste exposés tout au long dans les traités classiques. Nous retiendrons seulement l'arrachement, la ligature, la rugination et la cautérisation, et encore pour les éliminer, au moins comme méthode opératoire par les voies naturelles.

L'arrachement, qui se pratique par la voie buccale au moyen de très fortes pinces, est un procédé insuffisant, car il permet rarement de tout arracher, et parfois dangereux, car il peut provoquer des hémorragies graves et difficiles à combattre.

La ligature est difficile à exécuter. L'anse ne se laisse pas facilement placer, l'extirpation est incomplète puisque le pédicule, étant donnée la direction du naso-pharynx, ne peut être, à sa partie antérieure, sectionné qu'assez loin de l'os. La tumeur met par ce procédé un certain temps avant de tomber; aussi peut-elle amener des accidents septiques ou encore, se détachant pendant la nuit, causer l'asphyxie. La section du pédicule au serre-nœud ou à l'anse galvanique ne présente pas ces derniers inconvénients, mais elle a, comme la ligature lente, le désavantage de ne pouvoir détruire radicalement le pédicule.

En réalité, ce procédé convient aux seuls polypes muqueux, et pour les vrais polypes naso-pharyngiens il faut attaquer la tumeur à travers une voie artificielle qui sera nasale, buccale ou faciale.

VOIE NASALE. — La voie nasale a été surtout préconisée par Dupuytren. Dans un temps préliminaire, on incise le nez, puis on extirpe la tumeur. Les procédés d'incision du nez sont nombreux: on peut inciser sur la ligne médiane ou sur les parties latérales; on peut, pour se donner plus de jour, pratiquer, à l'exemple d'Ollier, l'*ostéotomie verticale et latérale du nez et son renversement de haut en bas*. La voie nasale conduit non pas sur le pédicule, mais sur les prolongements; on arrache ceux-ci avec de fortes pinces, on rugine la base d'implantation et, dans un dernier temps, on suture le lambeau rabattu pour obtenir une réunion par première intention.

Elle donne un accès assez large, car les fosses nasales sont distendues par les prolongements de la tumeur.

VOIE PALATINE OU BUCCALE. — C'est Manne (d'Avignon), en 1717, qui utilisa l'incision du voile du palais pour arriver jusqu'au pédicule et le détruire plus facilement. Mais l'incision du voile étant insuffisante, Nélaton a ajouté la résection d'une portion de la voûte palatine osseuse. L'extirpation peut être pratiquée en une seule séance et l'on termine en restaurant le voile du palais; ou bien on laisse la brèche palatine béante, et des cautérisations sont à plusieurs reprises pratiquées au niveau du pédicule. Ces cautérisations peuvent amener une régression favorable des prolongements de la tumeur; cette méthode lente ne saurait être employée chez les sujets affaiblis

par de nombreuses hémorragies. Lorsqu'elle est possible, la méthode rapide est préférable.

VOIE FACIALE. — La voie faciale, avec résection du maxillaire supérieur, a été utilisée par Syme et Flaubert. On pratiqua d'abord la résection du maxillaire supérieur, puis, devant la déformation consécutive, on songea à employer la résection temporaire : les os, écartés pour donner une large voie, sont remis en place à la fin de l'opération. Cette résection temporaire du maxillaire peut être partielle ou totale.

Le point intéressant est de déterminer les indications de chacune de ces voies et leurs avantages respectifs.

La voie nasale ne donne qu'un jour limité, elle permet d'aborder non pas le pédicule, ce qui est cependant le point essentiel, mais seulement les prolongements; elle ne saurait être employée que dans les cas de polypes insérés très en avant.

La voie buccale donne déjà un accès plus large que la voie nasale, elle est indiquée dans les polypes à insertion basilaire et avec un lobe pharyngien unique et petit. Son principal avantage est le peu de difformité consécutive, et d'autre part, on peut laisser la brèche longtemps ouverte, pour surveiller le pédicule et le soumettre, si besoin est, à des cautérisations successives. La voie faciale donne un large accès, mais la résection maxillaire s'accompagne d'une hémorragie grave, et, d'autre part, le sujet reste plus ou moins défiguré.

Arrivé sur le polype, le chirurgien possède plusieurs moyens pour le détruire. La curette tranchante est commode pour enlever rapidement, et par morceaux, la tumeur. Il se produit toujours une hémorragie notable, parfois très abondante, et la condition du succès est d'aller vite, de laisser saigner et d'attaquer le pédicule, sans perdre de temps à des tentatives d'hémostase, qui du reste seraient infructueuses. La seule précaution à prendre, c'est de mettre le malade dans la position de Rose; certains chirurgiens pratiquent la trachéotomie préalable. Le pédicule enlevé, on pratique un tamponnement, et dès que l'hémorragie diminue, on attaque au thermocautère la base d'implantation et on la détruit aussi complètement que possible. Malgré ces précautions, les récurrences sont fréquentes, mais elles le seront d'autant moins qu'on pratiquera des opérations plus précoces et plus larges.

V

APPENDICITE

PAR

FÉLIX BRUN

Professeur agrégé,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

VICTOR VEAU¹

Ancien interne, méd. d'or,
Prosecteur à la Faculté.

Il semble que l'importance de l'appendicite soit de plus en plus grande dans la pathologie abdominale : la typhlite lui a définitivement fait place, le plus grand nombre des péritonites est reconnu d'origine appendiculaire, enfin l'inflammation chronique du vermis est la cause d'un grand nombre d'états douloureux et dyspeptiques qui jusqu'alors étaient mal classés. La fréquence de l'appendicite chez l'enfant justifie l'importance que lui ont accordée les directeurs de ce traité.

Historique. — *L'appendicite est née en France* (Kelly, *Soc. chir.*, 1905), avec les observations de Mestivier (1759), Joubert-Lamotte (1766), Jadelot (1808), Wegeler (1812), Loyer-Villermay (1824). — Mélier publie en 1827 dans le *Jour. gén. de méd.*, un mémoire qui reste comme un modèle d'observation clinique : l'anatomie pathologique y est minutieusement étudiée, la possibilité du traitement chirurgical nettement pressentie et indiquée.

En Allemagne, sous l'influence des travaux de Alberts (1858), naît une réaction en faveur de la typhlite qui est bientôt victorieuse. Petrequin, Dupuytren, Grisolle ne mentionnent que les inflammations du cæcum.

Vers 1880, on commence à entrevoir l'importance de l'appendice (Biermer, 1879; With, Matterstock, 1880), mais le travail capital est celui de Talamon (1882) qui formule clairement la théorie du vase clos.

En 1886 commence la phase chirurgicale. En Amérique, Reginal Fitz opère à chaud, Mac Burney (1889) crée le mot d'appendicite. En Angleterre (1888), Treves enlève à froid un appendice après deux crises. En France, la première résection à chaud fut faite par Reclus (*Soc. chir.*, juillet 1890) et la première ablation à froid fut pratiquée par Schwartz (*Soc. chir.*, 18 mars 1891), la deuxième, par Routier (17 juin 1891). Les travaux de Talamon, de Roux (de Lausanne) et de ses élèves, de Sonnenburg, font bien connaître l'affection qui prend bientôt une place prépondérante dans la pathologie de l'abdomen. Letulle, Pilliet en décrivent les lésions histologiques. Dieulafoy insiste sur les formes toxiques, Walther, Siredey en montrent les formes chroniques. — Pendant tout ce temps, les chirurgiens discutent sans pouvoir s'entendre sur les indications opératoires. L'appendicite est constamment à l'ordre du jour de la Société de chirurgie, tous ses membres y prennent la parole. Les congrès, la Société médicale

⁽¹⁾ L'article de M. Brun, dans la 1^{re} édition de ce traité, a fait époque dans l'histoire de l'appendicite (1897) : il contribua beaucoup à faire connaître cette affection alors mal décrite. — La disparition de cet homme éminent sera vivement ressentie par le lecteur, car personne ne connaissait mieux que M. Brun toutes les modalités de l'appendicite. La rédaction de ce chapitre fut sa dernière préoccupation : nous y avons travaillé sur son lit de mort.

Après avoir passé trois ans auprès de ce maître vénéré, j'ai été pleinement converti à ses idées. Je me suis efforcé ici de reproduire son enseignement. J'ai ajouté à la 1^{re} édition quelques détails nouveaux; mais j'en ai respecté la lettre et l'esprit, car tout ce qui a été écrit en 1897 est resté vrai. V. V.