

75,

REVUE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1^{er} et le 15 de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Chargé du cours de Laryngologie, d'Otologie
et de Rhinologie, à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. LACARRET, à Toulouse. — C. MIOT, à Paris. — NOQUET, à Lille. —
WAGNIER, à Lille.

Secrétaire de la Rédaction : D^r R. BEAUSOLEIL.

EXTRAIT

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

2-138641

Akc. z l. 2023 nr 512

CONTRIBUTION

A LA

CASUISTIQUE DES TUMEURS DE LA CAVITÉ NASO-PHARYNGIENNE

Par le Dr Jean SENDZIAK (de Varsovie) (1).

Le cas que je vais rapporter mérite d'attirer l'attention pour plusieurs raisons. Voici le fait :

W..., cinquante-deux ans, ouvrier, est venu me consulter à la polyclinique le 6 décembre 1893. Il se plaignait d'un catarrhe nasal chronique, ainsi que de l'impossibilité de respirer la bouche fermée. Cet état durait depuis deux ans environ. Dans les derniers temps, le malade avait de plus en plus un sommeil agité, et parfois des accès d'étouffement. Depuis quelques mois, il était inquiet par des bourdonnements dans l'oreille gauche. Un an auparavant, il avait été atteint d'une otorrhée du côté droit, qui avait disparu après l'extirpation de quelques polypes du nez. Santé générale bonne. A l'examen on constate que le malade a la bouche ouverte; la respiration nasale est absolument impossible; la voix est enrouée.

Par la rhinoscopie antérieure, on voit une masse de polypes muqueux dans les deux narines. Dans la cavité buccale, j'observe que le voile du palais est fortement renflé et que l'orifice de la cavité nasopharyngienne est très vaste. Après avoir écarté le voile du palais, on voit distinctement, surtout du côté gauche, la tumeur remplissant, comme cela a été constaté plus tard, toute la cavité nasopharyngienne. La tumeur a une teinte assez pâle et une surface rugueuse, offrant l'aspect d'une framboise. Lorsqu'on la touche, soit avec la sonde, soit avec le doigt, elle saigne un peu. La tumeur est molle. Ni par la rhinoscopie postérieure, ni par la palpation, on ne peut reconnaître distinctement le point d'implantation; une chose seulement n'est pas douteuse, c'est que la voûte pharyngienne n'est pas affectée.

(1) Communication faite à la Société Française de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Mai 1894.

WVB S449c 18.94/5

4369473810

A la demande du malade, je résolus d'extirper la tumeur sans délai, et cela au moyen de l'anse froide à défaut de l'anse galvano-caustique, que j'emploie ordinairement. Du reste, le néoplasme ne me paraissait pas très vasculaire. Dans tous les cas, j'avais, en cas de besoin, l'aide assurée du chirurgien consultant dans la pièce voisine, ainsi que de l'aide-chirurgien, qui m'assistait pendant l'opération.

Avant tout, je m'occupai d'une désinfection soigneuse de la cavité nasopharyngienne, ce qui offrait beaucoup de difficultés, parce que le liquide antiseptique (solution à 1 % de créoline) ne passait pas du tout à travers les cavités nasales. Ce n'est qu'en inclinant fortement la tête du malade en arrière, qu'une petite portion de liquide pouvait pénétrer dans la cavité nasopharyngienne, et cela seulement par la narine droite. La désinfection du naso-pharynx par la cavité buccale était aussi seulement partielle à cause des dimensions de la tumeur, qui obstruait toute la cavité nasopharyngienne.

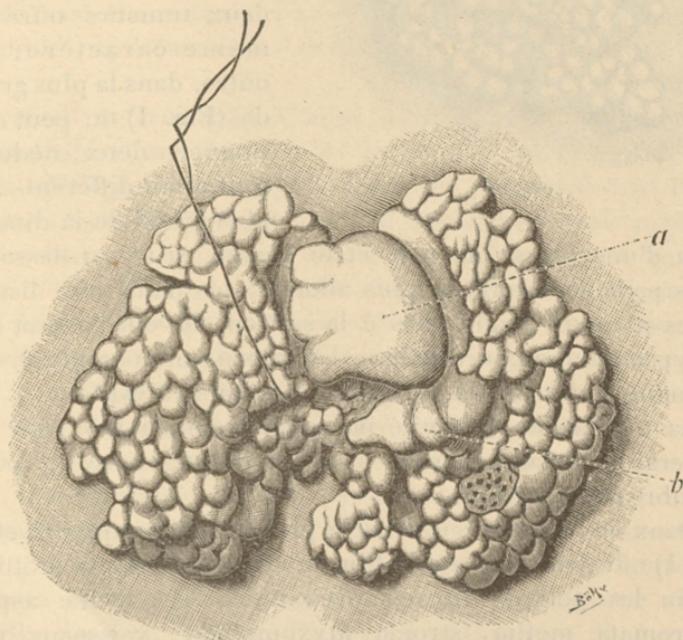
Je fis l'opération de la manière suivante : J'introduisis par la cavité buccale une anse recourbée horizontalement, dans un appareil spécial pour le naso-pharynx de Hartmann (le passage étant impossible par les cavités nasales à cause de la masse de polypes, dont l'ablation préalable pour me frayer un passage ne me paraissait pas utile). Après avoir écarté le voile du palais, je réussis à passer l'anse sur la partie inférieure de la tumeur. Avec l'index gauche je fis avancer le fil aussi haut que possible vers le point d'implantation. Ensuite, en tirant peu à peu l'anse et faisant de légères tractions, je pus retirer la tumeur tout entière. La douleur fut presque nulle et l'hémorragie très modérée. L'effet de l'opération fut étonnant : le malade, selon ses propres paroles, se sentait revivre, disant qu'il pouvait enfin respirer librement. Les injections par les cavités nasales faites immédiatement après l'opération (avec la même solution de créoline) donnèrent cette fois un résultat satisfaisant : le liquide traversa la narine droite sans aucun obstacle ; mais dans la gauche, il rencontrait encore quelques difficultés.

Pendant l'injection, le malade rejeta par la bouche un fragment de tumeur ; probablement une partie de la tumeur principale, qui avait été coupée pendant l'opération. La rhinoscopie postérieure était maintenant facile : la voûte du pharynx, ainsi que les parties supérieures des choanes, furent reconnues saines ; par contre, sur le bord postérieur de la conque inférieure gauche, fortement hypertrophiée, on pouvait reconnaître clairement des traces de racine très large

s'étendant sur la partie postéro-inférieure du vomer, ce que je pus constater de nouveau le jour suivant.

Le lendemain je m'occupai de même de l'extirpation des polypes muqueux (par le moyen ordinaire, c'est-à-dire à l'aide de l'anse froide). L'hémorragie fut très peu considérable, mais la douleur beaucoup plus forte que pendant l'extirpation de la tumeur nasopharyngienne. Bientôt après, le malade fut obligé de quitter Varsovie, ce qui empêcha la cautérisation des restes de tumeur.

La tumeur extraite de la cavité nasopharyngienne offre des dimensions démesurées, comme le montre la figure, sur

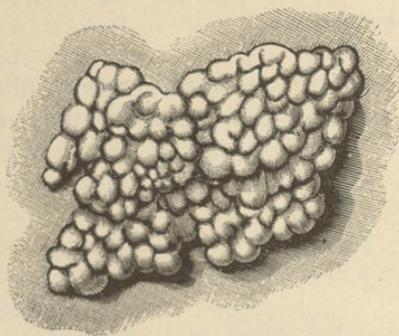


(Fig. 1)

laquelle elle est représentée avec un morceau de l'anse (1). Sa longueur comportait plus de 6 centimètres; le diamètre, 5 centimètres; l'épaisseur était de 2 centimètres et demi.

(1) Cette tumeur a été présentée à la séance de la Société Médicale de Varsovie le 16 janvier 1894.

A première vue elle produit l'effet d'un morceau de cerveau. La tumeur est pâle, de forme irrégulière, un peu ovale, molle, se composant de lobes et de lobules de différentes dimensions (l'un des plus grands lobes est représenté sur la figure 2, formant un losange de 3 centimètres et demi de longueur sur 2 de large).



(Fig. 2)

Chaque lobe est formé de petites papilles, rappelant plutôt les circonvolutions cérébrales. La plus grande partie des deux tumeurs offre le même caractère; en outre, dans la plus grande (Fig. 1) on peut distinguer deux nodules tout à fait différents : le plus grand de la dimen-

sion d'une grosse amande, et le second, situé au dessous, plus petit de moitié et plus allongé; les deux sont lisses, pâles et mous, homogènes à la section. Ils ont l'aspect des polypes muqueux ordinaires. L'examen microscopique des tumeurs ci-dessus me donna des résultats suivants :

La tumeur de la cavité nasopharyngienne montrait en général les images typiques de papillomes avec un petit nombre de vaisseaux.

Deux nodules du centre de la plus grande tumeur (*a* et *b*, fig. 1) offraient l'aspect du fibrome mou (*fibromata mollia*). Enfin les polypes du nez présentaient le même aspect (*fibromata mollia*, *stroma myxomateux*; vaisseaux peu nombreux, point de glandes).

Ces résultats ont été obligeamment confirmés par les anatomo-pathologistes prof. Brodowski et Przewoski.

Ce cas a paru intéressant à plus d'un titre.

La dimension du néoplasme dépasse de beaucoup la normale habituelle des tumeurs du naso-pharynx, quoique ces dernières soient en général considérables (j'ai rapporté un

cas dans lequel la tumeur mesurait 5 centimètres de longueur sur 3 de large et 1 et demi à la racine, ayant la forme d'une grosse poire) (1).

Le caractère du cas qui nous occupe est beaucoup plus important. On sait que les tumeurs du naso-pharynx se divisent en bénignes et malignes. Pour la plupart, les fibromes (fibromata dura) appartiennent à la première catégorie. Par contre, les papillomes sont très rares surtout avec les dimensions que nous avons observées. Bench (2), auteur d'une excellente monographie sur les tumeurs nasopharyngiennes, ne mentionne pas un seul papillome sur 120 cas. On rencontre au contraire assez souvent des altérations papillomateuses des cornets, surtout des inférieurs.

Schech (3) et Grünwald (4) nous fournissent également les dessins d'altérations des cornets inférieurs (parties postérieures). Mais je ne me rappelle pas avoir rencontré dans la littérature spéciale la description de papillomes vrais aussi considérables. Jurasz seul décrit avec figures dans son Manuel (5), p. 211, un cas très curieux assez semblable au nôtre. Il s'agissait d'un garçon de treize ans, chez lequel l'auteur a extirpé une tumeur de la cavité nasopharyngienne. (Il est regrettable que l'on n'ait pas remarqué le point d'insertion.) La tumeur était composée de trois parties : une supérieure fibreuse et deux autres ressemblant à des framboises. Les dernières avaient sous le microscope l'aspect de papillomes typiques. La dimension de cette tumeur n'était pas cependant aussi considérable que dans notre cas (l'une des parties avait 3 centimètres de longueur et 12 millimètres de largeur; l'autre 13 millimètres de lon-

(1) « O stosowaniu galwanokastyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszow » (*Kronika Lekarska*, 1892).

(2) VOLTOLINI. « Die Krankheiten der Nase, etc. », mai 1888.

(3) « Die Krankheiten der Mundhöhle, etc », 1890.

(4) « Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, der Rachen und der Nase », 1894.

(5) « Die Krankheiten der oberen Luftwege », 1892.

gueur et 2 centimètres de largeur). Il existait également des polypes muqueux dans le nez. Il est à remarquer qu'après l'extirpation du néoplasme, l'asthme disparut. Enfin je dirai quelques mots sur le traitement que j'ai employé dans mon cas. Je fais ordinairement l'extirpation des tumeurs du naso-pharynx à l'aide d'une anse galvanique, et je regarde cette méthode comme une des plus sûres, à cause de la consistance de la tumeur et des hémorragies considérables qui surviennent le plus souvent. J'ai déjà indiqué pourquoi, dans ce cas, je me suis écarté de ce principe. Je considère également la méthode d'extirpation de ces tumeurs par la cavité buccale comme la plus convenable, et je l'ai employée plusieurs fois avec succès. (Entre autres, le fibrome mentionné plus haut a été aussi extirpé à l'aide de cette méthode, l'anse étant recourbée horizontalement.)

Quel pronostic peut-on établir dans ce cas? Il ne paraît pas douteux que par suite de l'omission (ce qui d'ailleurs ne dépendait pas de moi) de la cautérisation radicale des restes de la tumeur, la récurrence se produira, et probablement sous peu. La question est seulement de savoir si la tumeur récidivée aura (sous le microscope) le même caractère bénin, ou si, ce qui est plus probable, vu l'âge avancé du malade, elle ne se transformera pas en tumeur maligne?