

§ 5. — Polypes des fosses nasales.

Il se développe fréquemment dans les fosses nasales des excroissances plus ou moins volumineuses, qui paraissent formées par une sorte de végétation contre nature de la membrane pituitaire, et qu'on nomme polypes, à cause d'une certaine ressemblance avec les zoophytes de ce nom.

Les polypes peuvent naître de tous les points des fosses nasales, et même des sinus. Ils tiennent à la membrane pituitaire tantôt par une base large, tantôt par un pédicule plus ou moins épais. Ce pédicule est toujours unique; mais le polype peut se diviser en deux ou trois portions, dont l'une se porte quelquefois derrière le voile du palais, et les autres restent dans la fosse nasale. Lorsqu'il y a plusieurs polypes séparés les uns des autres, ils ont chacun leur pédicule.

Le volume des polypes du nez varie beaucoup; ceux qui sont mous et vésiculaires peuvent remplir entièrement les fosses nasales, s'échapper même par leurs ouvertures; mais ils n'écartent jamais les parois de ces cavités. Les polypes durs, au contraire, écartent les os en grossissant, et acquièrent quelquefois un volume énorme.

La figure des fosses nasales détermine celle des polypes qui s'y développent, lorsque ceux-ci sont mous et vésiculaires; mais lorsqu'ils sont durs, sarcomateux, après avoir rempli la cavité où ils ont pris naissance, ils en écartent les parois, et prennent des formes variées. Ceux qui sortent par les narines postérieures, pour se porter dans le pharynx, ont communément une figure globuleuse.

Les polypes des fosses nasales sont de deux espèces, avons-nous dit; il en est des mous et vésiculaires qu'on nomme encore muqueux; ceux qui sont durs sont appelés sarcomateux. Les premiers sont d'un blanc grisâtre ou jaunâtre, luisants, et cèdent aisément à une faible pression. Parmi eux, les uns s'écrasent avec la plus grande facilité, et se réduisent presque à rien par l'effusion d'un liquide séreux très-abondant; les autres cèdent sans se dissoudre, à la pression de l'instrument avec lequel on les saisit pour les arracher; mais ils ne se déchirent qu'avec peine. La texture des polypes muqueux n'est point connue: lorsqu'on les coupe, on ne voit dans leur substance aucun arrangement de parties; on remarque seulement qu'ils sont abreuvés d'une grande quantité de sérosité. Aucun vaisseau sanguin ne s'y fait

apercevoir, et ceux qui les nourrissent sont si petits, qu'en coupant les polypes vers leur sommet et à leur partie moyenne, ils ne saignent point: ce n'est qu'à leur pédicule qu'ils laissent échapper une petite quantité de sang, dont l'effusion cesse bientôt d'elle-même; ils ne saignent jamais quand on les touche, et moins encore spontanément; ils ne sont douloureux ni par eux-mêmes, ni par la pression qu'ils exercent sur les parties voisines; leur volume augmente quand l'atmosphère est froide et humide, et il diminue quand elle est chaude et sèche.

Les polypes durs ou sarcomateux diffèrent entre eux en ce que les uns paraissent purement charnus, et les autres squirrheux ou fibreux. Les premiers ont une couleur rougeâtre, quelquefois livide, à cause du grand nombre de vaisseaux qu'ils contiennent. Leur surface est tantôt égale et tantôt raboteuse. Ils saignent au moindre attouchement et souvent même sans qu'on les touche; leur substance est en quelque sorte friable et se déchire avec la plus grande facilité. Ils attirent des douleurs dans les parties voisines, ou en font sentir dans leur propre substance. Enfin, ils s'exaspèrent facilement et ont une grande tendance à se convertir en cancers. Les seconds, c'est-à-dire les polypes fibreux ou squirrheux, sont d'un blanc terne ou jaunâtre. Leur consistance est toujours plus grande que celle des premiers; mais elle présente quelques variétés: il y en a dont la consistance peut être comparée à celle du lard; d'autres ont une dureté égale à celle des tumeurs squirrheuses, et quelques-uns sont si fermes qu'ils semblent cartilagineux. La surface de ces polypes est unie, et la membrane qui la forme est tellement adhérente à leur substance qu'on ne peut l'en séparer, quelque soin qu'on y mette, sans intéresser cette substance ou la membrane elle-même. Au reste, celle-ci n'est qu'une expansion de la membrane pituitaire, et est parsemée de quelques vaisseaux sanguins excessivement fins. La texture de ces polypes est peu connue. On en voit dont la substance ne présente aucune organisation appréciable; elle a l'aspect du lard. Dans d'autres, cette substance est fibreuse, on n'y voit point de vaisseaux sanguins: aussi ne saignent-ils point spontanément comme les polypes charnus. Ils ne sont point douloureux par eux-mêmes; mais lorsqu'ils ont un gros volume considérable, la pression qu'ils exercent sur les parties qui les entourent cause de la douleur. Ils n'ont point, comme les polypes charnus, une tendance marquée à la dégénération cancéreuse, et ils

ne prennent ce mauvais caractère que lorsqu'on les irrite par des manœuvres imprudentes (1).

Les causes des polypes du nez sont presque entièrement inconnues. On a remarqué que beaucoup de personnes affectées de cette maladie avaient été sujettes à des inflammations de la membrane pituitaire : aussi a-t-on mis le coryza au nombre des causes des polypes.

On a aussi observé quelquefois que la formation de ces tumeurs avait été précédée d'une chute ou d'un coup sur le nez, de l'usage des poudres sternutatoires trop fortes et trop irritantes, de l'habitude de se frotter trop souvent le nez avec les doigts, de la suppression d'un écoulement habituel. Voilà à peu près à quoi se réduit ce que l'on sait sur les causes des polypes ; c'est dire combien leur étiologie est peu avancée.

Les symptômes des polypes du nez sont différents selon les degrés et l'espèce de la maladie. Quand elle commence, elle ne produit guère d'autre incommodité que celle qui accompagne le coryza un peu violent : le malade éprouve dans la narine une gêne, une sensation incommode, dont il cherche à se débarrasser en se mouchant souvent ; il est habituellement enchifrené ; l'air passe difficilement dans la fosse nasale, et l'odorat est émoussé. Le malade peut rester longtemps dans cet état sans se douter qu'il a un polype ; mais lorsque la tumeur a pris un certain volume, il s'aperçoit qu'un corps étranger bouche la narine ; il touche le polype avec le doigt, et on peut l'apercevoir en examinant l'intérieur du nez au grand jour. L'odorat et la faculté de respirer par la narine se perdent entièrement ; et si les deux narines

(1) Je crois devoir rappeler ici ce que j'ai dit en traitant des polypes dans le deuxième volume de cet ouvrage. Il n'y a qu'une seule espèce de polypes, c'est-à-dire qu'une seule production anormale qui, se développant sur les membranes muqueuses, mérite le nom de polype : c'est le polype vésiculaire. Les productions nommées polypes fibreux appartiennent au tissu fibreux sous-muqueux ; et les productions nommées polypes sarcomateux sont des cancers des membranes muqueuses. Quoi qu'il en soit, tout ce que dit Boyer sur ces diverses productions développées dans les fosses nasales, étant essentiellement pratique, rien ne doit être changé ; il suffit de mon observation pour savoir ce qu'on doit penser de chacune des espèces de polypes qu'il admet.

sont affectées, le malade ne peut plus respirer que par la bouche. En grossissant encore, la tumeur comprime le canal nasal, suspend ou arrête l'écoulement des larmes dans le nez ; de là la rétention de ce liquide dans le sac lacrymal, la dilatation de celui-ci et le larmolement. Quelquefois le polype sort en partie par la narine ; mais le plus souvent il se porte en arrière où il trouve moins de résistance, et s'étend au delà des fosses nasales jusque dans le pharynx, derrière le voile du palais qui est abaissé et porté en devant. Dans ce cas, l'ouïe devient dure, parce que les trompes d'Eustache sont comprimées, particulièrement celle qui correspond à la fosse nasale où le polype a pris naissance. La voix et la prononciation sont altérées ; la déglutition est gênée. La respiration devient plus pénible de jour en jour, le malade est menacé de suffocation. Presque tous les symptômes dont nous venons de parler sont communs aux différentes espèces de polypes ; mais chaque espèce a ses signes particuliers auxquels on peut la reconnaître et qui méritent une grande attention.

Les polypes muqueux ne sont précédés ni accompagnés d'aucune douleur ; ils croissent lentement et sortent rarement par les ouvertures de la fosse nasale ; ils n'agissent point avec assez de force sur ses parois pour les écarter, et lorsque cela a lieu, c'est la cloison qui cède à la pression et se porte du côté opposé. Lorsque la tumeur s'avance sous les cartilages latéraux, elle les soulève et grossit le nez. Quand on examine la fosse nasale à un beau jour, le polype se présente sous la forme d'un corps aplati transversalement, arrondi à son extrémité, d'un blanc grisâtre et d'un aspect luisant. Ce corps est mobile ; il s'avance vers la narine lorsque le malade fait un effort d'expiration, et se porte en arrière et en haut lorsqu'il cherche à attirer l'air en faisant une forte inspiration. Les polypes muqueux augmentent de volume dans les temps humides, et diminuent quand l'atmosphère est sèche ; ces alternatives sont accompagnées de l'accroissement ou de la diminution des incommodités que ces tumeurs occasionnent. Ils ne saignent point spontanément, et s'ils versent du sang quand on les touche, ce n'est qu'en petite quantité.

Les polypes durs ou sarcomateux ont cela de commun entre eux qu'ils se développent avec assez de rapidité ; qu'ils s'échappent fréquemment par l'ouverture postérieure des fosses nasales pour pénétrer jusqu'au pharynx ; que leur accroissement étant quelquefois très-considérable et se faisant en tous sens, ils écartent les os entre lesquels

ils sont placés; qu'ils sont fixes dans leur position, en sorte que l'air expulsé dans l'expiration et attiré dans l'inspiration ne leur imprime aucun mouvement; qu'enfin ne recevant aucune influence de l'état de l'atmosphère, ils conservent le même volume dans les temps humides comme dans les temps secs.

Les polypes charnus sont quelquefois précédés d'épistaxis, de douleur au front et à la racine du nez; ils sont sensibles et saignent au moindre attouchement; ou même ils saignent et sont douloureux sans qu'on les touche. Lorsque le malade étternue, qu'il tousse ou qu'il se mouche, il éprouve une sensation très-désagréable dans la narine et au front, ou une souffrance réelle. Ces polypes ont une tendance singulière à dégénérer en cancer, surtout lorsqu'on les irrite; et quand ils ont pris cette fâcheuse terminaison, ils causent des douleurs lancinantes, et rendent une matière ichoreuse très-fétide.

Les polypes fibreux sont susceptibles d'acquérir un volume considérable, et dans leur développement ils s'échappent plus fréquemment que les autres polypes par l'ouverture postérieure des fosses nasales, pour se porter dans le pharynx où ils prennent souvent un accroissement énorme; quelquefois aussi ils naissent de la voûte du pharynx ou de quelque endroit voisin de cette voûte. Ces polypes ne saignent point spontanément, et lorsqu'on les fait saigner en les touchant, il ne coule ordinairement qu'une quantité médiocre de sang; durs et presque incompressibles, ils ne sont pas douloureux par eux-mêmes, et lorsqu'ils causent des douleurs, elles dépendent de la pression qu'ils exercent sur les parties voisines. Lorsqu'on les irrite par des opérations imprudentes, ou par l'application des caustiques, ils peuvent dégénérer en cancers; mais ils ont beaucoup moins de tendance à cette dégénération que les polypes charnus.

Le pronostic des polypes du nez est subordonné à leur nature, au lieu qu'ils occupent, à leur volume, à l'étendue de leurs adhérences, etc. Les polypes muqueux sont beaucoup moins graves que les polypes durs et sarcomateux. Abandonnés à eux-mêmes, ils ne prennent jamais un caractère fâcheux, et les incommodités qui en résultent sont très-supportables. On peut arracher ces polypes ou les attaquer de toute autre manière, sans causer ni hémorrhagie, ni tout autre accident; mais il est difficile de les déraciner entièrement, et ils se reproduisent souvent après avoir été arrachés. Néanmoins cela n'arrive pas aussi fréquemment qu'on le suppose. Il existe souvent

plusieurs polypes de cette espèce, dont chacun a son adhérence particulière, et est parfaitement distinct des autres. Celui qui est le plus près de la narine se porte vers cette ouverture, tandis que l'autre ou les autres sont comprimés, poussés en haut, en arrière, et ne peuvent être aperçus. Or, lorsque le polype apparent est arraché, le suivant se porte en devant et en bas, et lorsqu'il vient à paraître on le prend pour une reproduction du premier.

Les polypes durs ou sarcomateux sont en général une affection très-grave. Leur pronostic cependant n'est pas toujours également fâcheux. Les polypes charnus, d'un rouge foncé, douloureux, qui saignent spontanément ou au moindre attouchement, ou qui versent une matière sanieuse, fétide, sont dangereux, et tous les efforts du chirurgien pour les détruire, ou pour les enlever, ne font que hâter la mort, qui est la terminaison inévitable de cette espèce de tumeur. Les polypes fibreux, quoique très-graves, le sont moins cependant que ceux dont nous venons de parler. On peut les lier ou les extirper lorsqu'ils ont un pédicule, surtout lorsqu'ils ont franchi l'ouverture postérieure des fosses nasales, et qu'ils ont pris de l'accroissement dans le pharynx. Mais quand ces polypes ont une base large, qu'ils sont très-volumineux, et qu'ils remplissent la fosse nasale dont ils ont écarté les parois, il ne faut pas y toucher: leur ligature est impossible; leur arrachement n'est que partiel, et ce qu'on laisse croît bien vite, prend un caractère plus fâcheux, et amène promptement une terminaison funeste. On cite cependant des exemples de polypes fibreux guéris par arrachement; mais ces exemples sont bien rares, tandis qu'on pourrait en citer un nombre infini où l'on a vu, après cette opération, le mal reparaitre et prendre un caractère carcinomateux.

Pour guérir les polypes des fosses nasales, on a proposé et employé l'excision, la cautérisation, l'excision, le déchirement, l'arrachement et la ligature. Nous allons examiner chacun de ces moyens thérapeutiques, les comparer, indiquer ceux qui méritent la préférence, et les cas où il convient de les employer.

Pour dessécher les polypes, on a recours aux médicaments astringents, liquides ou solides. Les remèdes liquides qu'on emploie ordinairement sont l'eau végéto-minérale, l'eau alumineuse, les décoctions astringentes. Quel que soit celui de ces liquides dont on se sert, le malade doit l'attirer dans le nez plusieurs fois dans le jour, ou bien l'injecter sur la tumeur. Mais lorsqu'on emploie des médicaments

actifs, tels que l'alcool, le vinaigre distillé, ils ne doivent être introduits dans la fosse nasale qu'avec circonspection. On portera donc sur le polype des bourdonnets trempés dans ces liquides, et on en exprimera un peu la liqueur, afin qu'elle ne coule pas sur les parties saines de la membrane pituitaire. Les médicaments solides dont on a conseillé l'usage sont diverses poudres astringentes, telles que la poudre de noix de galle, d'écorce de grenade, d'orange et de cyprès, qu'on rend plus actives en y ajoutant un peu d'alun calciné ou de sabiné. On peut insuffler ces poudres sur la tumeur au moyen d'un chalumeau, ou mieux en charger un bourdonnet humide, qu'on introduit dans la fosse nasale, et qu'on place sur la tumeur, de manière que le médicament la touche, et ne touche qu'elle. La méthode de l'exsiccation, applicable seulement aux polypes muqueux, offre peu d'inconvénients; mais elle a malheureusement fort peu d'efficacité. Cependant lorsque le polype est très-mou, et placé peu profondément; que d'ailleurs on a affaire à un malade très-craintif, et que la plus légère opération effraye beaucoup, on peut tenter l'exsiccation; si les dessiccatifs ne produisent pas une diminution sensible dans le volume du polype, ils rendront plus facile l'examen de la tumeur, ils pourront faire connaître le lieu et l'étendue de son adhérence, circonstances qui ne sont pas à dédaigner, lorsqu'on n'est point encore décidé à pratiquer l'opération, ou qu'on hésite sur le choix d'une méthode. L'exsiccation peut être utile surtout après l'arrachement d'un polype, ou sa destruction par tout autre procédé. Elle peut prévenir, ou tout au moins retarder la reproduction de la tumeur.

La cautérisation a souvent été mise en usage dans le traitement des polypes du nez. Les anciens avaient quelquefois recours au caustère actuel; mais aujourd'hui on ne l'emploie presque jamais. Malgré la précaution qu'on a toujours, et qu'on doit avoir, de ne l'appliquer qu'un instant sur la tumeur, afin que la canule dans laquelle on l'introduit, et qui doit protéger les parties voisines contre la chaleur, n'ait pas le temps de s'échauffer, la membrane pituitaire s'enflamme, la douleur est très-violente, et s'étend quelquefois dans l'intérieur. L'application des caustiques n'a pas des inconvénients aussi graves; l'on peut s'en servir contre les polypes muqueux qui ont peu de volume, et qui sont situés peu profondément. Ceux qu'on emploie ordinairement sont le nitrate d'argent fondu, le muriate d'antimoine liquide, l'acide nitrique, et la potasse caustique en *deliquium*.

Quand on se sert de nitrate d'argent, on le porte sur le polype, et on l'y tient pendant quelques secondes; on absorbe ensuite avec de la charpie la partie du caustique qui s'est fondue, et qui pourrait se porter sur la membrane pituitaire. Lorsqu'on emploie un caustique liquide, on l'applique sur la tumeur avec un pinceau de linge bien exprimé, et aussitôt qu'on a retiré le pinceau, on fait inspirer ou l'on injecte de l'eau tiède dans le nez, pour affaiblir et entraîner les parties du caustique qui pourraient se répandre sur la membrane pituitaire et la cautériser. Quel que soit le caustique dont on se serve, on en réitère l'application plus ou moins souvent, selon la grandeur, la résistance de la tumeur, et la sensibilité du malade. Cette méthode est toujours longue, douloureuse et incertaine. Quelquefois, après plusieurs années de traitement, on parvient à diminuer considérablement le volume du polype; mais on ne le détruit pas en totalité. Aussi l'usage des caustiques, tombé en désuétude pour les polypes muqueux, est dès longtemps abandonné pour les polypes durs et sarcomateux, dont il a toujours hâté la dégénération cancéreuse.

L'excision, ou amputation des polypes, a été anciennement recommandée par Celse, Paul d'Égine, et les chirurgiens qui les ont suivis. Les instruments dont ils se servaient pour la pratiquer ne nous sont presque pas connus, et nous n'avons qu'une idée fort imparfaite de celui qui a été employé beaucoup plus récemment par Fabrice d'Aquapendente, malgré la figure qu'il en a donnée. Aussi la plupart des chirurgiens qui, dans le siècle dernier, ont eu recours à cette méthode ont employé soit un couteau en forme de croissant, soit des ciseaux ou un bistouri ordinaire. L'excision peut être pratiquée lorsque le polype a un pédicule, et qu'il est situé assez près de la narine pour qu'en le tirant avec une érigne on puisse apercevoir le pédicule et le couper, sans craindre d'exciser en même temps une portion de la membrane pituitaire. Les polypes situés profondément ne peuvent être amputés: un chirurgien prudent, lors même que l'opération est praticable, en est détourné par la crainte de l'hémorrhagie, dont elle pourrait être accompagnée. Cependant cette méthode a été mise en usage, et avec succès, dans des cas où les autres moyens curatifs n'auraient pu être employés, ou n'auraient pas trouvé une application aussi heureuse. Tel est celui dont parle Le Dran dans ses observations de chirurgie. Un polype squirrhueux remplissait la fosse nasale gauche, et sortait en partie par le nez, en s'élargissant en forme de champi-

gnon, de la grosseur d'une noix : de plus il s'étendait dans la gorge, où il formait une tumeur grosse comme une pomme de reinette, qui poussait fortement en devant le voile du palais. Le Dran saisit avec les doigts la portion qui sortait par le nez, et la tirant à lui autant qu'il le put, sans l'arracher, il la coupa dans la narine, le plus haut possible. Il porta ensuite profondément les doigts dans l'arrière-bouche, au delà du voile du palais, et parvint à enlever, au moyen de ciseaux courbes, des portions considérables de la tumeur. L'écoulement du sang força Le Dran de suspendre l'opération. Ayant porté le doigt dans la narine, il reconnut de quel point partait la tumeur, et avec des ciseaux et un bistouri il l'abattit en entier. L'hémorrhagie, que le dernier point de l'opération rendit très-considérable, fut arrêtée par le tamponnement des deux ouvertures de la fosse nasale.

Entre les procédés employés pour la guérison des polypes, l'arrachement est celui qu'on met en usage dans le plus grand nombre de cas. Il convient particulièrement pour les polypes muqueux. On peut s'en servir aussi contre les polypes fibreux à pédicule. Mais dans ceux qui ont une base large, ainsi que dans tous les polypes charnus, l'arrachement, ne pouvant être que partiel, accélérerait la dégénération cancéreuse de la portion restante. On arrache les polypes avec des pinces droites, ou un peu courbes, dont les mors, allongés et fenêtrés, sont garnis, du côté par lequel ils se touchent, d'aspérités disposées de manière que celles de l'un sont reçues dans les intervalles de celles de l'autre, et auxquelles les ouvriers donnent le nom de *dents de loup*. Ces dents s'enfoncent dans la substance de la tumeur, et empêchent que la pince ne glisse. Voici de quelle manière on procède à l'arrachement des polypes. Le malade est assis à un beau jour, sur une chaise médiocrement élevée, la tête un peu renversée en arrière, et appuyée contre la poitrine d'un aide qui relève en même temps le bout du nez. Le chirurgien, placé vis-à-vis, prend de la main droite une pince, dont la grandeur est proportionnée à l'âge du malade, et qu'il tient comme des ciseaux; il la porte dans la narine, et, écartant ses branches, il la fait pénétrer le plus avant possible entre les parois de la fosse nasale et la tumeur. Lorsqu'il reconnaît que l'instrument a pénétré à la profondeur convenable, il en rapproche les branches sur le polype, et s'il juge qu'il est bien saisi, il l'arrache en faisant tourner la pince sur elle-même, toujours dans le même sens, et en la tirant à lui. Si le polype cède, et s'avance hors

de la narine, quoiqu'il tienne encore à la membrane pituitaire, le chirurgien doit prendre une seconde tenette, avec laquelle il le saisira plus près de sa racine, et il continuera les mêmes mouvements de torsion et de traction, jusqu'à ce que cette racine soit rompue et le polype amené au dehors en totalité. Lorsque le polype est d'un tissu ferme, et qu'il tient par un pédicule étroit, on l'enlève tout entier d'un seul coup. Mais le plus souvent il se rompt, et l'on est obligé de le saisir de nouveau à sa base. Lorsque le polype est un peu déchiré par la première application de la pince, le sang coule avec tant d'abondance, que les personnes qui n'ont point encore pratiqué ni vu pratiquer cette opération, seraient tentées de l'abandonner, avant d'avoir arraché entièrement le polype. Mais cette espèce d'hémorrhagie ne doit point arrêter le chirurgien; car si après avoir laissé couler le sang pendant quelque temps, l'hémorrhagie continue, on y met fin en faisant renifler de l'eau froide; ce qui a aussi l'avantage d'entraîner le sang qui remplit la narine et qui dérobe à la vue la portion restante du polype. Lorsque la tumeur est si considérable, qu'il est fort difficile ou même impossible de la saisir avec les tenettes ordinaires, on se sert, d'après les conseils de Richter, de tenettes à branches séparées, comme celles d'un forceps, et on porte sur les deux points opposés du polype ces deux branches : on les réunit ensuite pour les faire agir concurremment.

On juge que le polype est arraché entièrement lorsque l'air passe librement dans la fosse nasale, que l'eau qu'on y fait attirer tombe dans la gorge, et qu'après avoir débarrassé la narine du sang qui la remplit, on n'aperçoit aucune portion de la tumeur.

Lorsque le polype, au lieu de faire saillie vers la narine, s'est porté dans la gorge, et y déprime le voile du palais, il est impossible d'aller le saisir avec des pinces par l'ouverture antérieure, et en supposant qu'on le pût, il ne serait pas facile de le faire rentrer dans la fosse nasale; pour le tirer par là, il faut donc l'entraîner dans le sens où il est naturellement dirigé, et l'aller chercher par la bouche. Les pinces droites ne pourront être ici d'aucun usage. On est obligé de se servir de tenettes courbes à la fois sur leur plat et sur un côté. Il est vrai que ces tenettes ont le désavantage de ne pouvoir tordre la tumeur, et qu'on ne peut les faire agir qu'en les tirant à soi; mais cet inconvénient tient à la méthode elle-même, et à l'impossibilité d'em-

ployer un autre instrument. Pour aller saisir un polype derrière le voile du palais, on fait placer le malade comme dans l'opération précédente. Il ouvre la bouche, et on introduit un coin de bois entre les deux dernières dents molaires, pour empêcher les mâchoires de se rapprocher. On enfonce le doigt indicateur de la main gauche dans l'arrière-bouche, pour reconnaître la forme et les connexions de la tumeur, et on introduit la tenette courbe sur ce doigt à l'aide duquel on conduit chacun des mors dans le lieu et à la hauteur convenables. On ôte le doigt, on serre la tumeur, et on la tire à la fois en bas et en avant, en imprimant à la tenette des mouvements latéraux. Dès qu'on l'a arrachée, on porte de nouveau le doigt derrière le voile du palais, pour s'assurer si elle est enlevée en totalité. S'il en reste une portion, on applique encore la tenette pour la détacher. Mais quand le polype glisse entre les dents de l'instrument, ou qu'il est tellement compacte, que les tenettes courbes avec lesquelles on n'agit qu'en tirant ne peuvent l'arracher, on excise avec des ciseaux courbes, conduits sur le doigt indicateur, la portion de la tumeur qui fait saillie derrière le voile du palais, et poussant ce qui reste dans la fosse nasale, avec le doigt qu'on tient dans la gorge, on l'arrache par la narine en se servant d'une tenette droite, avec laquelle on a le pouvoir de tordre la tumeur.

Un cas de cette espèce, et plus embarrassant encore, s'offrit à Manne. Le polype remplissait la fosse nasale, formait une saillie considérable dans l'arrière-bouche, et fermait complètement en devant l'ouverture de la narine. Manne essaya d'extirper la masse postérieure; mais le voile du palais, tendu par la pression que la tumeur exerçait sur lui, mettait obstacle à l'opération; en sorte que ce chirurgien se détermina à fendre le voile du palais, sur la ligne médiane, dans toute la portion charnue; il retrancha ensuite, à plusieurs reprises, diverses portions de la tumeur, et quand il l'eut réduite à un volume tel qu'elle pût être entraînée en devant, il essaya de passer des tenettes entre la portion antérieure du polype et les narines. Mais celles-ci étaient tendues à un degré si considérable, que toutes les tentatives furent inutiles. Manne alors passa plusieurs fils dans la tumeur, et forma une anse en devant, avec laquelle il tirait sur le polype, tandis que les doigts introduits dans l'arrière-bouche le poussaient en avant. La tumeur céda, son pédicule se rompit, et le bruit

qu'elle fit en franchissant avec vitesse la narine fut pareil à celui d'une bouteille qu'on débouche. Un nouveau polype se montra peu de jours après; on l'arracha, et la guérison fut complète.

Il y a une troisième manière d'arracher les polypes: on imprime à la tumeur des mouvements alternatifs vers les ouvertures antérieure et postérieure de la fosse nasale jusqu'à ce qu'elle cède: pour pratiquer cette opération, il ne faut d'autre instrument que les doigts indicateurs; on en enfonce un dans la narine, et on introduit l'autre par la bouche, derrière le voile du palais; arrivé à la tumeur, on la pousse alternativement en devant et en arrière, jusqu'à ce que toute résistance ait cessé; et on la fait sortir par l'ouverture dont elle est le plus près. Ce procédé est très-simple; mais il ne peut convenir que dans un très-petit nombre de cas. Il faut que la tumeur prenne naissance et soit placée dans la partie la plus déclive des fosses nasales; il faut encore qu'elle offre une certaine fermeté; car un polype vésiculaire qui n'aurait aucune consistance ne pourrait point être extrait de cette manière; et celui qui occuperait la partie la plus élevée de la cavité nasale ne pourrait point être atteint par les doigts du chirurgien. Morand a pratiqué l'opération dont il s'agit dans un cas où le polype, situé fort en arrière, n'avait pu être arraché avec des tenettes. Sabatier y eut également recours dans une circonstance à peu près semblable: la situation profonde de la tumeur l'avait empêché de la saisir avec des pinces; seulement, au lieu d'imprimer au polype des mouvements alternatifs de devant en arrière et de derrière en devant, il poussa simplement dessus avec un doigt introduit dans la narine, et le fit tomber dans le pharynx. Il ne reparut plus de tumeur.

De quelque manière qu'on ait arraché un polype nasal, si le sang coule abondamment, et qu'après un certain espace de temps il ne s'arrête pas de lui-même, on fera reniffler de l'eau froide ou de l'oxycrat; et si cela ne suffit pas pour mettre fin à l'hémorrhagie, on aura recours au tamponnement.

Il est très-rare que l'arrachement des polypes du nez soit accompagné d'accidents inflammatoires qui exigent l'emploi de la saignée et des autres moyens antiphlogistiques généraux. La douleur et l'irritation qui en résultent se calment promptement, surtout si l'on fait reniffler des décoctions émollientes. Quand l'irritation a cessé, on substitue à ces lotions l'eau alumineuse et on en continue l'usage pendant longtemps, pour réprimer ce qui pourrait être resté de la base du

polype, et en prévenir la reproduction. Malgré cette précaution, il arrive souvent qu'un nouveau polype se montre au bout d'un temps plus ou moins long. Ce nouveau polype est tantôt une production de la tige de celui qui a été arraché, et tantôt un polype distinct et séparé, qui existait en même temps que le premier, et qui se montre lorsque la résistance que celui-ci lui opposait ne l'arrête plus. Dans l'un et l'autre cas, il faut en revenir à l'opération, et on le peut sans inconvénient. Il n'est pas rare de voir des personnes qui ont subi cette opération trois ou quatre fois, à des intervalles plus ou moins grands, et qui ont fini par guérir.

Paul d'Égine, ensuite Albucasis, et plusieurs autres chirurgiens, ont proposé un moyen particulier qu'ils ont cru propre à détruire les restes des polypes arrachés ou coupés. Il consiste à passer du nez dans la bouche une ficelle garnie de plusieurs nœuds, à un demi-pouce de distance l'un de l'autre, et à tirer alternativement chaque bout de la ficelle. L'imperfection de ce procédé n'a point échappé à Fabrice d'Aquapendente. Il fait observer très-judicieusement que les portions de polypes qui ont échappé à l'extraction ne peuvent être attaquées par la ficelle, parce qu'elles ont leurs attaches aux parois ou à la partie supérieure de la fosse nasale, et que les nœuds, n'agissant que sur la partie inférieure de cette fosse, où ils exercent des frottements douloureux, l'irritent, l'excorient, et peuvent dénuder les os sans toucher aux débris du polype.

Ce que nous venons de dire de cette ficelle nouée s'applique sans aucune restriction à un instrument imaginé par Levret, et qu'il croyait plus propre non-seulement à remplir l'intention de Paul d'Égine, mais encore à détruire les polypes muqueux entiers. Cet instrument est composé d'un stylet d'argent très-flexible, sur lequel un fil de laiton tourne en spirale. Deux manches, l'un fixe et l'autre amovible, ajoutés aux extrémités de l'instrument, servent à le mouvoir. Celui qui est amovible est creusé pour recevoir une canule terminée en larme, à laquelle le stylet d'argent et le fil de laiton sont fixés. Pour faire usage de cet instrument, il faudrait introduire dans la narine l'extrémité sur laquelle se monte le manche amovible, jusqu'à ce que la canule, étant aperçue au delà du voile du palais, pût être saisie avec des pinces à polype, et amenée au dehors par la bouche; le manche amovible y serait adapté, et le chirurgien, prenant de chaque main chacun des deux manches, tirerait l'instrument alternativement de devant en ar-

rière, et de derrière en devant pour froisser le polype et le faire fondre. Levret ne s'est jamais servi de cet instrument; et il ne paraît pas que personne en ait fait usage, non plus que du cordon noué de Paul d'Égine.

Il ne faut pas confondre les procédés dont on vient de parler avec le séton qu'employaient les anciens pour porter sur les restes des polypes qu'ils n'avaient pu extraire des médicaments propres à les détruire. Le Dran s'est servi de ce moyen avec succès pour anéantir les débris d'un polype muqueux dont il n'avait pu arracher qu'une partie. Ce célèbre chirurgien fit fabriquer une pince plate, légèrement courbe et fenêtrée à son extrémité, et dont les branches avaient environ quatre pouces de long. Pour passer le séton qui était composé de douze ou quinze brins de coton, Le Dran se le fit attacher au bout du doigt indicateur de la main gauche, de manière qu'il pût s'en détacher sans peine: il introduisit la pince dans le nez jusque derrière le voile du palais; il porta aussitôt le doigt chargé du séton au fond de la bouche, derrière la luvette, le plus haut qu'il put, il saisit le bout du séton et l'entraîna hors du nez. Chaque jour, le soir et le matin, on tirait le séton par la bouche, après avoir enduit d'un digestif la portion qui devait toucher au polype. Le volume du séton fut grossi par degrés; la suppuration fut très-abondante pendant vingt jours. Le passage très-libre de l'air et des injections ayant fait connaître que le polype était détruit, Le Dran substitua au suppuratif une eau dessiccative préparée avec le sulfate de zinc et l'oxyde vert de cuivre. La guérison fut complète en un mois. Lorsque la pince ne peut passer par le nez, il faut, d'après le conseil de Le Dran, faire glisser une corde à boyau, peu grosse, très-sèche, bien droite, longue d'un pied, de l'ouverture antérieure de la fosse nasale malade à l'ouverture postérieure; lorsque cette corde est arrivée au-dessus du voile du palais, on va la chercher par la bouche avec deux doigts, on l'amène de derrière en devant, et avec elle le séton qui est attaché à son extrémité. Ce procédé est plus simple que le premier; mais il l'est beaucoup moins que celui de Bellocq, que nous avons décrit à propos de l'épistaxis.

Le dernier moyen de guérison des polypes des fosses nasales, dont il nous reste à parler, est la ligature. Elle consiste à étendre la racine du polype, le plus près possible de son origine, avec un fil d'or, d'argent ou de chanvre, conduit et serré avec des instruments conve-