

extrémités de l'anse et de la ligature qui sortent par le nez, et à un autre aide l'anse de fil qui dépasse la bouche. L'opérateur prend lui-même le chef de la ligature, qui sort aussi par la bouche; il l'enfile dans la canule, et fait glisser celle-ci jusqu'à l'attache du polype; il tourne avec la canule autour de la base de la tumeur, le plus près possible de son insertion, pour former avec la ligature une anse dans laquelle le pédicule du polype se trouve pris. Lorsque les choses sont ainsi disposées, le chirurgien fait passer par la canule l'anse de fil simple qui sort par la bouche, puis saisissant les deux bouts de cette anse, il les tire à lui. L'anse glisse le long de la canule; elle rencontre à la base de la tumeur la ligature qui a servi à l'entourer, et l'entraîne avec elle au dehors par l'ouverture antérieure de la fosse nasale. On a alors les deux chefs de la ligature à l'extérieur de la narine, tandis que sa partie moyenne forme une anse qui embrasse le pédicule du polype. L'anse du fil simple et la canule deviennent inutiles, dès que le chef buccal de la ligature a été ramené à l'extérieur, en traversant de derrière en devant la fosse nasale. Il ne s'agit plus que d'engager les deux chefs de la ligature dans l'ouverture du serre-nœud, et de conduire celui-ci jusqu'au pédicule du polype, qui se trouve plus ou moins comprimé alors, suivant le degré de traction qu'on exerce sur les chefs de la ligature. Quand on juge que la constriction est suffisante, on engage ces chefs de la ligature dans la fente de l'extrémité aplatie du serre-nœud, et on les tortille sur cette extrémité. Le serre-nœud reste dans la fosse nasale, et sert à resserrer la ligature, à mesure qu'elle se relâche par l'affaissement du pédicule de la tumeur. Ce procédé est très-simple. Il n'a d'autre inconvénient que d'obliger à recommencer entièrement l'opération, lorsqu'on a manqué la tumeur. Malgré cet inconvénient, nous pensons qu'il mérite la préférence sur tous ceux dont nous avons parlé.

Quel que soit le procédé qu'on ait employé pour lier un polype de la gorge, on doit, autant que cela est possible, traverser la tumeur avec un fil, dont les extrémités sortiront par la bouche, et seront fixées au bonnet du malade. Ce fil servira à tirer la tumeur au dehors, au moment où elle se détachera. Sans cette précaution il serait à craindre que le malade n'avalât le polype, ou, ce qui serait plus fâcheux encore, que la tumeur ne le suffoquât en bouchant l'entrée du larynx. Pour placer ce fil, nous nous servons d'une petite aiguille courbe, placée à l'extrémité d'un porte-aiguille. Lorsque l'aiguille a

traversé la tumeur, après avoir retiré le porte-aiguille, nous en saisissons la pointe, soit avec ce dernier instrument, soit avec le pouce et l'indicateur.

Après l'opération le malade peut rester dans un fauteuil pendant le jour. La nuit, il doit, étant au lit, se mettre dans une situation telle, que les humeurs putrides, qui ne tardent pas à exsuder de la tumeur, puissent sortir aisément et ne soient point avalées avec la salive. Pendant la cure, dont la durée est plus ou moins longue, suivant la grosseur du pédicule de la tumeur et le degré de la constriction, le malade aura soin de se rincer souvent la bouche, surtout avant de prendre ses tisanes et ses bouillons. On lui fera connaître l'usage du fil qui traverse la tumeur, et on lui recommandera de s'en servir, pour la tirer en dehors, au moment où elle viendra de se détacher (1).

Lorsque les polypes abandonnés à eux-mêmes, ou irrités par des tentatives imprudentes, ont pris un caractère cancéreux, il faut bien prendre garde de les irriter par le fer, ou par les escharotiques. Dans ce cas, il n'y a d'autre moyen à employer que le régime et les remèdes adoucissants et calmants, pour rendre la maladie moins pénible, et retarder, s'il est possible, sa funeste terminaison.

§ 6. — Épaississement de la membrane muqueuse du nez.

On doit éviter de prendre pour des polypes du nez l'épaississement et le boursoufflement de la membrane pituitaire. Dans cette dernière maladie, qui attaque les deux narines, et tantôt n'en affecte qu'une, la membrane muqueuse relâchée acquiert une épaisseur quelquefois assez considérable, sans perdre sa couleur naturelle; ou si cette couleur est changée, elle l'est très-peu. La tuméfaction de la membrane pituitaire

(1) De nouveaux instruments ont encore été inventés tant pour faciliter la constriction du pédicule des polypes que pour rendre plus facile le transport de l'anse du fil sur ce pédicule. Tels sont le serre-nœud de Graëfe, et les instruments porte-anse de MM. Hatin, Rigaud et Leroy. Je ne crois pas devoir les décrire ici: il suffit de savoir qu'ils existent, et la vue de leur mécanisme apprendra bien mieux leurs avantages ou leurs inconvénients que la description que je pourrais en faire.

est assez souvent le résultat d'une affection vénérienne, scrofuleuse ou dartreuse. D'autres fois elle est déterminée par un long séjour dans des lieux bas et humides. Les personnes qui en sont affectées n'éprouvent ordinairement d'autre incommodité que celle qui résulte de l'obturation totale ou incomplète de la narine.

Lorsque par des circonstances commémoratives ou par quelque autre accident on est porté à croire que l'épaississement de la membrane pituitaire dépend d'une affection générale, on doit combattre la diathèse qu'on soupçonne, avant d'employer aucun topique. Si la maladie paraît purement locale, on fait usage des dérivatifs, particulièrement des exutoires et des purgatifs. Dans ce cas, comme dans celui où le mal, provenant d'un vice général, n'a cédé ni aux moyens propres à détruire ce vice, ni aux exutoires, on doit s'occuper à rendre plus facile le passage de l'air par le nez, en affaissant la membrane tuméfiée. On essaiera d'abord les injections dessiccatives, poussées avec assez de force pour que le liquide pénétre, s'il est possible, jusque dans le gosier. Il faut que ce liquide ne soit pas de nature à ne pouvoir être avalé sans danger. Si ces injections ne suffisaient pas pour ramener la membrane pituitaire à son état naturel, on aurait recours à des moyens mécaniques pour dilater la narine en affaissant sa membrane. Le Dran s'est servi dans cette occasion de cordes à boyau, qu'il faisait entrer le long du plancher de la fosse nasale jusqu'à la luette; il en employa d'abord une très-petite, et en introduisit successivement de plus grosses, jusqu'à ce qu'il fût parvenu non pas à guérir la maladie, mais à la rendre plus supportable. On obtiendra le même effet plus sûrement et plus promptement encore avec des canules de gomme élastique qu'on fera porter nuit et jour au malade très-longtemps (1).

(1) Monteggia, MM. J. Cloquet, Fleming et A. Bérard ont parlé de tumeurs purulentes qui, se développant sur la cloison des fosses nasales, se montraient dans chaque narine. Je crois, d'après les observations rapportées, que ces tumeurs étaient symptomatiques, car toujours on a trouvé malades les parties qui constituent la cloison des fosses nasales, et souvent même celle-ci était perforée. Quant aux signes de ces abcès et aux phénomènes qu'ils produisent, ce sont ceux de tous les abcès et de toutes les tumeurs qui font saillie dans les fosses nasales.

ARTICLE III.

Maladies des sinus maxillaires.

Les plaies, l'inflammation, l'amas du mucus, la suppuration, la carie, la fistule, le sarcôme ou polype, l'exostose, les corps étrangers, telles sont les maladies qui peuvent attaquer les sinus maxillaires.

§ 1. — Plaies du sinus maxillaire.

Un instrument piquant peut pénétrer dans ce sinus en perçant ses parois sans les enfoncer. Les plaies de cette espèce n'entraînent ordinairement aucun accident, et leur guérison est facile et prompte. Un instrument tranchant peut ouvrir les sinus maxillaires en fendant seulement ses parois ou en enlevant une portion avec les parties molles qui la couvrent, et qui forment alors un lambeau qui tient à la joue par une base plus ou moins épaisse. Dans l'un et l'autre cas, on doit réunir la plaie au moyen des emplâtres agglutinatifs, d'un bandage, et même de la suture, si on le juge indispensable. Les corps contondants qui frappent le sinus maxillaire peuvent en fracturer les parois sans les enfoncer, ou les fracturer et les enfoncer tout à la fois, et, dans ces deux cas, les esquilles tiennent encore au reste de l'os, ou bien elles en sont entièrement séparées. Dans toutes ces circonstances, les parties molles sont fortement contuses, et il survient un gonflement inflammatoire plus ou moins grand. Si la plaie est sans enfoncement de l'os, il n'y a autre chose à faire que de combattre l'engorgement et l'inflammation par les antiphlogistiques généraux et locaux. A cette indication se joint celle de relever les pièces enfoncées lorsqu'il y en a, et d'extraire les esquilles entièrement séparées, s'il s'en trouve. L'extraction de ces portions d'os est assez facile en général; mais il n'est pas aisé de relever les parois enfoncées du sinus, et de prévenir la difformité, lorsque l'enfoncement est considérable. Quelquefois ces plaies restent fistuleuses par la présence d'une esquille ou d'un autre corps étranger, et ne guérissent que lorsqu'on les a débarrassées de ce corps, ou que la suppuration l'a entraîné. Si la fistule subsiste après l'extrac-