

3° **Polypes fibreux naso-frontaux.** Le plus souvent la tumeur se développe dans la fosse nasale et se porte ultérieurement dans le sinus frontal. Hoffmann a observé une disposition inverse. Il peut y avoir dans le sinus frontal un simple prolongement de la tumeur nasale, ou une tumeur volumineuse pédiculisée en quelque sorte par un étranglement au niveau de l'ouverture de communication du sinus avec la fosse nasale. Dans certains cas, la tumeur a détruit la paroi osseuse du sinus pour venir faire saillie sous la peau du front. Chez un sujet cité par Bouyer, le polype, né dans le sinus frontal, envoyait un prolongement dans les deux fosses nasales jusque dans le pharynx, et dans les deux orbites.

4° **Polypes naso-pharyngiens.** La plupart des auteurs admettent que ces polypes naissent sur l'ouverture postérieure des fosses nasales, à la base du crâne, sur la face antérieure de la partie supérieure de la colonne vertébrale; les recherches les plus récentes, notamment celles de Nélaton, démontrent que ces tumeurs s'implantent toujours sur la base du crâne, et que dans les cas où il existe des adhérences intimes entre les parois des fosses nasales et les polypes, ces adhérences sont toujours secondaires. Dans les autopsies pratiquées par Syme, Giraldès, Huguier, Guersant, Marjolin, Nélaton, ces tumeurs ont toujours présenté un point fixe d'implantation sur le périoste très-épais qui recouvre la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital et du corps du sphénoïde.

Ces polypes naissent ordinairement par une base large; il est rare qu'ils soient pédiculés. Leurs embranchements sont en nombre variable; il y en a toujours deux principaux: l'un nasal, l'autre pharyngien. D'autres prolongements peuvent se porter par la fente ptérygo-maxillaire ou derrière l'apophyse ptérygoïde dans la fosse zygomatique, et de là dans l'orbite et la fosse temporale; d'autres arrivent parfois dans les sinus maxillaires et frontaux. Au niveau du passage de ces divers embranchements, les os sont plus ou moins déviés, détruits, altérés; il résulte de tout cela des difformités plus ou moins considérables de la face.

Les causes de ces polypes sont fort obscures. On rencontre ces productions morbides particulièrement chez les sujets de quinze à vingt-cinq ans, très-rarement chez la femme.

Le début de l'affection est insidieux: on observe des épistaxis fréquentes et très-abondantes; bientôt la respiration est moins facile et devient de plus en plus gênée, surtout quand le polype prend un développement considérable dans le pharynx et arrive jusque dans la région moyenne de cet organe. La déglutition, les mouvements du voile du palais sont difficiles; l'ouïe diminue en conséquence de l'oblitération de la trompe d'Eustache par la tumeur; on observe le nasonnement et un écoulement par la narine de mucosités abondantes, parfois de sang. L'examen direct permet de constater l'existence d'une tumeur dure, résistante, peu élastique, saignant facilement; bientôt surviennent des hémorragies nasales abondantes et répétées, le malade devient anémique; il se fait par la narine un écoulement de matières séro-purulentes fétides; la dyspnée augmente; la tumeur continuant à s'accroître, envoie des prolongements dans toutes les ca-

vités de la face, déjette les os, les perforé ou les détruit; en même temps elle contracte des adhérences intimes avec toutes les parties qu'elle comprime. Si l'art n'intervient pas, les malades finissent par succomber, soit à l'anémie, suite inévitable des hémorragies répétées; soit à l'infection putride, soit à des accidents cérébraux graves qui se développent quand la tumeur a pénétré dans le crâne, soit enfin à l'asphyxie.

Le diagnostic est facile. Le pronostic est grave: abandonnée à elle-même, la maladie finit par amener la mort; elle nécessite des opérations, qui à elles seules sont capables d'entraîner une terminaison fatale. La présence d'embranchements multiples ajoute encore à la gravité du pronostic.

Traitement. Il est palliatif ou curatif. Dans le premier cas, réservé pour les circonstances où l'on reconnaît l'impossibilité d'enlever tout le mal, on entreprend néanmoins une opération qui a pour but de rétablir plus ou moins le passage de l'air à travers les fosses nasales; dans le second, on enlève la masse morbide tout entière et l'on cherche à prévenir la récidive.

Les procédés sont nombreux. La dessiccation et la compression sont complètement insuffisantes. On a essayé de broyer les polypes fibreux entre les mors d'une pince introduite par le nez ou par la bouche; on réduit ainsi la tumeur en un certain nombre de lambeaux qui sont privés de vie et ne tardent pas à se détacher. Cet expédient ne saurait être employé que comme palliatif, dans les cas où la cure radicale est impossible et dans ceux où le malade refuse de se soumettre à un autre mode opératoire. Pareille réflexion s'applique à la cautérisation.

L'excision est applicable aux polypes fibreux nasaux; on la pratique comme pour les polypes muqueux (p. 314). Si la tumeur est volumineuse, pourvue d'un pédicule large, on jette d'abord autour de ce dernier un fil; puis on introduit dans la narine un bistouri percé à sa pointe d'une ouverture dans laquelle passe un des chefs du fil, de façon à conduire le bistouri jusqu'à la racine du polype. Dans les polypes fibreux naso-maxillaires, on peut, à l'exemple de Desault, enlever d'abord par l'excision l'embranchement nasal, puis ouvrir le sinus maxillaire, soit en emportant avec la gouge et le maillet l'arcade alvéolaire, soit en pratiquant une brèche avec le trépan ou tout autre instrument au niveau de la fosse canine; par cette brèche on enlève la portion maxillaire du polype.

L'arrachement peut être mis en usage dans les polypes naso-pharyngiens, en agissant par le nez ou par la bouche, à l'aide de pinces droites ou courbes, à mors larges, à dentelures un peu fortes. L'arrachement par le nez se pratique comme dans les cas de polypes muqueux (p. 312). La manœuvre est un peu différente pour l'arrachement par la bouche: on introduit dans cette dernière, largement ouverte, le doigt indicateur de la main gauche, et on le porte au-dessus du voile du palais, pour servir de guide à la pince qui va saisir la tumeur: quand celle-ci est engagée entre les mors de la pince, on cherche à la détacher par l'arrachement combiné avec la torsion. On peut encore pratiquer l'arrachement, soit avec un simple fil ciré, assez fort, que l'on jette autour de la tumeur, soit avec les doigts seulement. Si, à la suite de cette opération, il survient une hémorragie, on la combat par

les moyens que nous avons indiqués page 303 et suiv. Cette méthode n'est applicable qu'aux polypes peu adhérents; son emploi pour les polypes fibreux proprement dits est très-restreint.

Ligature. Un grand nombre de procédés ont été proposés pour pratiquer cette opération, qui, du reste, peut s'appliquer aux diverses espèces de polypes des fosses nasales. Dans tous les cas, on cherche à entourer d'une anse de fil le pédicule de la tumeur et à serrer ensuite graduellement la portion comprise dans l'anse, afin d'en opérer l'étranglement, ce qui amène la mortification et la chute de la production morbide. On se sert d'un fil de chanvre, de soie, de laiton, d'argent; quand l'anse a embrassé le pédicule, on ramène les chefs hors de la narine, et on les passe dans l'ouverture d'un *serre-nœud* dont on augmente graduellement la striction. On emploie le *serre-nœud* à chapelet de Roderick, le *serre-nœud* de Levret, celui de Desault, de Græfe. On passe un fil double de la bouche dans la narine à l'aide de la *sonde de Belloc* (voy. p. 303), en laissant dans la bouche l'anse du fil. Avant de ramener cette dernière près de l'ouverture postérieure des fosses nasales, on attache sur son milieu un fil simple qu'on laisse pendre hors de la bouche. On tire alors les deux chefs du fil nasal de manière à faire remonter l'anse buccale en arrière et en haut. Pour en faciliter le placement autour du pédicule, l'opérateur la tient écartée le plus haut qu'il lui est possible avec l'indicateur et le médius de la main droite; pendant ce temps, un aide tire sur les deux chefs placés en dehors de la narine. On reconnaît que le polype est saisi à la résistance qu'on éprouve en continuant à tirer sur le fil. Une fois le pédicule saisi, on applique le *serre-nœud*; si la manœuvre a échoué, on retire l'anse du fil double en arrière, en se servant du fil simple qui sort par la bouche, et on recommence les mêmes essais pour arriver à jeter l'anse autour du pédicule. Chaque jour on augmente la striction du *serre-nœud*. On doit chercher à rendre la section aussi rapide que possible, afin de ne pas exposer le malade à un écoulement purulent fétide plus ou moins abondant.

Les procédés décrits sous les noms de Dionis, de Græfe, Brasdor, Desault, Dubois, etc., ne sont que des modifications plus ou moins ingénieuses apportées à la ligature. (Pour plus de détails, consultez les *Traité de médecine opératoire*.) Rigaud, F. Hatin, Leroy d'Étiolles, ont inventé des instruments très-ingénieux pour porter sur le pédicule la ligature, avant d'engager le fil stricteur dans le *serre-nœud*.

La *ligature* n'est applicable qu'aux polypes assez peu volumineux, à base étroite, n'offrant qu'un ou deux prolongements. Dans des conditions opposées, il faut recourir à un mode opératoire plus compliqué, qui permette d'enlever toute la tumeur, et surtout d'agir sur la surface d'implantation de manière à prévenir la récurrence de la production morbide.

Opérations complexes. Wately, le premier, en 1803, parle de la nécessité d'enlever un des maxillaires pour arriver au point d'implantation du polype. Plus tard, Manne (d'Avignon) a fendu le voile du palais pour rendre possible l'ablation d'un polype. Flaubert (de Rouen) a pratiqué le premier, en 1840, l'ablation totale du maxillaire supérieur chez un sujet déjà

opéré plusieurs fois par d'autres procédés. Depuis cette époque, les *résections partielles ou totales du maxillaire supérieur* ont été exécutées un grand nombre de fois pour la cure des polypes.

La perte de substance qu'on fait éprouver aux os de la face par ces derniers procédés est considérable. Frappé de cet inconvénient, Langenbeck, puis, plus tard, Bœckel (de Strasbourg), Huguiet, Maisonneuve, Jules Roux, etc., ont pratiqué la résection désignée sous le nom de *temporaire, d'ostéo-plastique*, consistant à détacher le maxillaire *incomplètement*, à le faire basculer et à atteindre par la solution de continuité la tumeur qui est ainsi plus facilement enlevée. Après cette ablation, l'os est remis en place, les parties molles sont réunies, et après la guérison, il ne reste que des cicatrices plus ou moins étendues, au lieu de la perte de substance osseuse qui succède à l'ablation d'une partie ou de la totalité du maxillaire supérieur. La carie et la nécrose consécutives aux résections *temporaires* ou *ostéo-plastiques* sont très-rares. Bien que ces espèces de *résection* réalisent un grand progrès, néanmoins elles présentent encore des inconvénients; elles exposent à des accidents immédiats fort graves, surtout à l'hémorragie; elles comportent l'ablation *immédiate* du polype, en raison de la nécessité de rapprocher les parties molles; elles laissent après elles de grandes cicatrices. Pour remédier à ces inconvénients, Nélaton incise le *voile du palais* de haut en bas, fait une perte de substance à la partie postérieure de la voûte palatine, en ayant soin de ménager la muqueuse de cette région, qui est destinée à fermer plus tard la perte de substance. Il enlève alors, séance tenante, la production morbide, et maintient l'ouverture béante tout le temps nécessaire pour détruire par la *cautérisation* la racine de la tumeur, et en surveiller la récurrence. La *cautérisation* est pratiquée à l'aide de la *pâte de Vienne* solidifiée, appliquée autant de fois qu'il est nécessaire. Cette méthode offre de nombreux avantages; elle expose moins aux accidents immédiats, il n'y a pas de difformité apparente, et la prothèse remédie facilement à la perte de substance de la voûte palatine. On peut même, si on le juge convenable, différer l'ablation du polype.

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que deux méthodes se trouvent en présence pour obtenir la cure radicale des polypes *naso-pharyngiens*: la *méthode maxillaire*, comprenant les procédés de la *résection définitive, partielle ou totale*, ou de la *résection temporaire*, qui, pour parvenir jusqu'au polype, se créent un chemin au travers et aux dépens du maxillaire supérieur; et la *méthode palatine*, c'est-à-dire le procédé de Nélaton. Toutes deux ont donné des succès; toutefois les *résections partielles* sont moins favorables que les *résections totales*; alors même qu'on opine pour ces dernières, on ménage le plancher de l'orbite et la partie de la voûte palatine qui porte les dents incisives. Pour les polypes très-volumineux, à prolongements multiples, on donne la préférence à la *méthode maxillaire*. Dans les autres cas, on a recours au procédé de Nélaton (*méthode palatine*). Quel que soit le procédé, pour éviter les récurrences, il est indispensable de *ruginer* ou de *cautériser* les points d'implantation du polype. Dans le cours de l'opération, surtout lorsqu'on emploie les résections, il peut survenir des hé-