

la base du crâne, principalement le périoste de la face inférieure du corps du sphénoïde⁽¹⁾, ou le sinus sphénoïdal, ou l'aponévrose du trou déchiré antérieur (*foramen lacerum*); dans quelques cas ils viennent de la face interne de l'apophyse ptérygoïde. Tant qu'ils restent dans la cavité pharyngienne, on les appelle *polypes pharyngiens*; lorsqu'ils ont envahi les fosses nasales, ils prennent le nom de *polypes naso-pharyngiens*. Dans quelques cas, on a vu ces polypes prendre naissance sur la face antérieure des vertèbres cervicales, sous forme d'une tumeur rétro-pharyngienne. Leur développement sur le plancher osseux des fosses nasales doit être très rare. Dans la grande majorité des cas, les polypes naso-pharyngiens viennent de la base du crâne. Nélaton a fait voir que c'était une affection de la puberté ne se rencontrant que chez les garçons, et que si elle s'observait chez les individus adultes, elle datait certainement de la puberté.

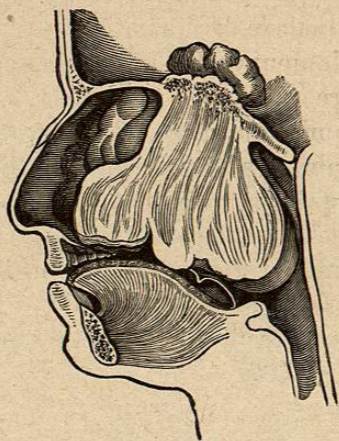


Fig. 66. — Polype naso-pharyngien.

Les polypes naso-pharyngiens constituent une affection très grave, pouvant mettre la vie en danger, soit par les troubles de déglutition, soit par la compression du larynx que provoque la tumeur en se portant en bas. Dans d'autres cas, ce sont les hémorrhagies qui épuisent le malade; par contre, la perforation du crâne par le néoplasme et l'envahissement de la cavité crânienne s'effectuent presque toujours silencieusement sans symptômes accusés.

Ces polypes se développent très lentement et persistent pendant des années avant de nécessiter une intervention immédiate. Mais c'est aussi une raison pour opérer ces tumeurs de bonne heure, car au moment où l'intervention paraît urgente il peut arriver que le crâne

(1) Et surtout la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital. (A. B.)

soit déjà perforé et que l'opération soit suivie d'une méningite. Dans certains cas, le polype subit par places une dégénérescence sarcomateuse, et alors la récurrence ne se fait pas attendre. C'est la seconde raison pour laquelle il faut opérer de bonne heure.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic d'un polype naso-pharyngien n'est pas difficile. En introduisant le doigt par dessus le voile du palais dans la cavité naso-pharyngienne, on sent une tumeur lisse, résistante, paraissant venir de la base du crâne. Cette exploration doit être bien faite, et c'est pour cela que je conseille toujours aux élèves de s'exercer à ce toucher sur le cadavre ou sur des individus bien portants.

Le malade doit être assis sur une chaise basse, le chirurgien se tient debout à côté de lui, à droite s'il va explorer le pharynx avec sa main droite. Il introduit dans la bouche l'indicateur et le médium, la face palmaire tournée en haut, les glisse sous le voile du palais et les fait remonter jusqu'à la base du crâne. En fléchissant ensuite les doigts, la pulpe de chacun vient se placer d'elle-même dans une choane. En quelques secondes et malgré les mouvements désordonnés du malade, on arrive ainsi à explorer non seulement la cavité pharyngienne mais aussi la partie postérieure des fosses nasales. S'il existe un polype naso-pharyngien, on voit tout de suite s'il descend plus bas à droite qu'à gauche, si les doigts peuvent l'embrasser entre eux, s'il envoie des prolongements dans une seule ou dans les deux choanes; en même temps on se rend compte de la conformation, de la résistance et de la mobilité de la tumeur. Ordinairement il faudra faire l'examen deux fois successivement, avec chacune des mains, pour explorer chaque face de la tumeur avec chacun des doigts. Si la tumeur a acquis des dimensions considérables et s'est portée en bas, on peut même l'apercevoir dans la bouche en abaissant fortement la langue et en disant au malade de prononcer A. Dans ces cas, l'aspect extérieur du malade est déjà caractéristique.

Ce qui frappe avant tout, c'est l'air somnolent du malade. Son regard fatigué, sa respiration ronflante, sa bouche largement ouverte par laquelle coule continuellement la salive font penser à un individu incomplètement réveillé ou à un idiot. Seulement la dilatation d'une des moitiés du nez indique clairement que le malheureux est probablement obligé de respirer par la bouche. En inspectant les narines, on trouve d'un côté, profondément en arrière ou plus en avant, une tumeur lobulée, rouge-jaunâtre, immobile pendant la respiration, dure au toucher; avec un bon éclairage on aperçoit même à sa surface un riche réseau vasculaire. Dans l'autre narine on ne trouve pas de tumeur, mais l'air n'y passe pas plus que dans la narine oblitérée. Et quand on demande au malade s'il y a longtemps qu'il ne respire plus

par le nez, il vous répond que cela date déjà de plusieurs années et qu'il a souvent des épistaxis. La voix du malheureux produit la même impression que s'il avait une boule dans la gorge. En abaissant la base de la langue, on trouve que la voûte palatine n'est pas abaissée, mais que le voile du palais regarde en avant. En faisant prononcer la lettre A, on aperçoit une tumeur gris-jaunâtre ou gris-rougeâtre, à surface lisse ou quelquefois excoriée par place. Il faut alors explorer la tumeur en portant les doigts dans le pharynx, suivant le procédé que nous avons décrit plus haut¹.

TRAITEMENT. — Les opérations des polypes naso-pharyngiens ont été étudiées avec beaucoup de détails ces temps derniers. Du temps de Levret et de Desault on ne connaissait que la ligature lente. On cherchait à placer sur la base de la tumeur un fil solide qu'on nouait fortement avec un serre-nœud ; quand la ligature se relâchait après avoir sectionné une partie des tissus, on la resserrait davantage jusqu'à ce qu'on eût obtenu de cette façon la section complète du pédicule. Le procédé était fastidieux, et très pénible pour le malade, car les liquides qui provenaient des parties gangrénées de la tumeur tombaient dans le pharynx et, sans parler de cet inconvénient, constituaient un danger pour la vie du malade. En outre la méthode ne s'appliquait qu'aux cas dans lesquels on pouvait placer un fil autour de la base de la tumeur. Mais dans ces cas mêmes on peut déjà procéder plus rapidement si l'on remplace le fil ordinaire par un fil de fer adapté ensuite au serre-nœud de Maisonneuve. En procédant de cette façon on peut enlever le polype en une seule séance.

Dans d'autres cas, on circonscrit le pédicule, quand c'est possible, avec la chaîne de l'écraseur et on enlève le polype de cette façon. La chaîne de l'écraseur peut encore être remplacée par l'anse du galvanocautère, et dans tous ces procédés la seule difficulté consiste à bien placer l'anse de l'instrument.

Dans un cas que nous avons observé à la clinique de v. Dumreicher, on a procédé de la façon suivante. On prit un long fil de platine recourbé en anse qu'on

(1) Le diagnostic qui vient d'être résumé est celui du polype à la période d'état. Au début, l'aspect est loin d'être aussi caractéristique. Le sujet consulte pour un coryza chronique, pour des épistaxis répétées, et l'inspection simple des fosses nasales, de la gorge, ne fait rien voir. Pour porter un diagnostic précoce il faut donc, dans les cas de ce genre, pratiquer toujours le toucher du naso-pharynx et la rhinoscopie postérieure. C'est ainsi qu'on décèlera les tumeurs petites et dès lors aisément opérables. A une période avancée, pour poser un diagnostic complet et des indications thérapeutiques précises, il faut voir si la face est bien symétrique, si l'œil a toute sa liberté de mouvements, si la fosse zygomatico-temporale n'est pas anormalement remplie. C'est ainsi, en effet, qu'on reconnaît les divers prolongements faciaux de la tumeur. (A. B.)

poussa lentement à travers la narine dans le pharynx jusqu'à dépasser le bord du voile du palais ; on put alors le saisir et l'attirer dans la bouche, les bouts sortant toujours par le nez. On introduisit ensuite dans l'anse du fil une longue pince recourbée qu'on poussa derrière le voile du palais de telle façon qu'une fois les branches de la pince écartées elles vinrent se placer de chaque côté de la tumeur. En tirant sur les deux chefs du fil, sortant par la narine, on fit glisser sur les branches de la pince l'anse qui se plaça autour du pédicule de la tumeur. Les bouts du fil furent ensuite reliés à une pile, et le circuit fermé. Le pédicule une fois sectionné, on a pu retirer par la bouche la pince et le polype.

Stromeyer a indiqué un procédé fort simple pour placer la chaîne de l'écraseur. On introduit par le nez la sonde de Bellocq et on fixe au bouton les deux bouts d'un gros fil qu'on fait ressortir par le nez en laissant pendre l'anse hors de la bouche. Avec un fil de laiton, on forme une autre anse à laquelle on donne à peu près la forme d'une cuiller de forceps et on passe sa concavité dans celle de l'anse du fil. On pousse cette anse métallique derrière le polype en dirigeant l'anse du fil de façon à ce que celle-ci arrive à entourer le polype. Une fois l'anse métallique remontée suffisamment haut derrière la tumeur, on retire l'anse du fil en tirant sur un de ses bouts. On attache alors la chaîne de l'écraseur à une extrémité du fil métallique et en l'attirant vers l'autre, on lui fait contourner ainsi la base de la tumeur. Pour éviter la chute du polype dans le pharynx après la section du pédicule, on le tient solidement tout le temps de l'opération avec une pince de Muzeux.

Rampolla a indiqué pour ces cas un procédé très ingénieux. Ayant à opérer en 1857 un cas de ce genre, il pénétra dans la cavité naso-pharyngienne en poussant à travers l'os unguis un trocart, introduisit par la canule la chaîne de l'écraseur qu'il plaça, avec les doigts introduits dans la bouche, autour du polype, et enleva ainsi la tumeur.

Mais lorsqu'il est impossible de placer ainsi une anse autour du pédicule de la tumeur, trois voies sont à la disposition du chirurgien pour extirper la tumeur : il peut arriver au néoplasme par les fosses nasales en élargissant l'orifice d'entrée, par la cavité buccale en divisant le voile du palais, par la joue après la résection totale ou partielle du maxillaire supérieur, résection qui peut être définitive ou seulement temporaire.

a) Voie buccale. — La voie buccale a été utilisée pour la première fois en 1717, par Manne (d'Avignon), qui divisa le voile du palais sur la ligne médiane et mit ainsi à découvert une grande partie du polype. La même voie a été suivie plus tard par J. L. Petit et par Dieffenbach, qui opéra de cette façon quatre malades. Le procédé opératoire fut notablement perfectionné par Nélaton qui, dans un cas qu'il opéra en 1848, divisa le voile du palais et en prolongeant l'incision jusqu'au milieu de la voûte palatine perfora cette dernière, réséqua par la brèche une partie de la cloison du nez et enleva la tumeur avec des ciseaux courbes. Cette opération a depuis été faite par les chirurgiens français. (Adelmann a fait une opération semblable en janvier 1843.) La méthode de Nélaton a été plus tard modifiée. Ainsi Maisonneuve

neuve se contenta d'une boutonnière au voile; E. Bœckel fit cette boutonnière transversale, c'est-à-dire qu'il sépara le voile du palais de la voûte, dans une étendue de 2 centimètres, suffisante pour laisser passer l'indicateur. En outre, il ne fit l'ablation du polype qu'en une autre séance, en faisant tenir la tête du malade en bas. Gussenbauer divisa sur la ligne médiane la membrane fibro-muqueuse de la voûte palatine, décolla ces deux lambeaux jusqu'à l'arcade alvéolaire, réséqua ensuite avec le ciseau les apophyses et les os palatins, coupa avec des ciseaux la tumeur au niveau de son insertion sur la base du crâne, arrêta l'hémorrhagie avec le thermocautère et, pour terminer, sutura les lambeaux de muqueuse du palais.

b) *Voie nasale.* — La voie nasale a été utilisée pour la première fois par Wutzer (1850). Dans un cas où il s'agissait d'enlever une tumeur de la cloison du nez, il circoncrivit la portion cartilagineuse du nez par deux incisions qui longeaient les sillons naso-labiaux et remontaient jusqu'à la partie supérieure du nez; il divisa ensuite avec des ciseaux la cloison et rabattit le nez en haut. O. Weber a proposé de prolonger les incisions latérales en haut, de scier de chaque côté, de dedans en dehors, les apophyses nasales du maxillaire, de récliner le nez en haut après section du vomer et de réséquer les cornets, s'il fallait encore agrandir l'orifice.

Le procédé de Langenbeck que nous décrirons plus loin, et qui consiste en une résection de l'os nasal et de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur avec conservation d'un lambeau périostique, est préférable. Les méthodes de résection ostéo-plastique du nez proposées par Ollier et Bruns sont bien plus parfaites. Ollier circonscrit la partie osseuse du nez par une incision en fer à cheval, concave en bas, sectionne l'os dans toute l'étendue de l'incision, rabat le squelette devenu mobile en bas vers la lèvre inférieure et le remet en place après l'extirpation du polype. Bruns rabat le nez sur le côté. Il fait deux incisions transversales, une supérieure au niveau de la racine du nez, l'autre inférieure qui passe entre le nez et la lèvre, ces deux incisions sont réunies par une troisième, verticale, qui suit un bord latéral et l'aile du nez. Le squelette osseux du nez est scié dans toute l'étendue des incisions et le nez rabattu sur le côté. Si l'on veut ne rabattre qu'une moitié du nez, il suffit d'arrêter à la ligne médiane les incisions transversales. On peut du reste se contenter de fendre le nez sur la ligne médiane et de réséquer ensuite le bord de l'orifice piriforme et le cornet inférieur.

Ces temps derniers, j'ai opéré un certain nombre de cas par un procédé qui m'a donné des résultats satisfaisants. Le nez était fendu tout près de la cloison et, au besoin, un os nasal mobilisé et rabattu. Avec

le ciseau j'ai réséqué le bord de l'orifice piriforme; je saisis ensuite avec une pince courbe la tumeur tout près de l'insertion et je sectionnai le pédicule avec le thermocautère. Après l'ablation de la tumeur, je détruisis avec le thermocautère ce qui restait encore du pédicule. Kœnig emploie un autre procédé. Après avoir ouvert le nez, il introduit sous le polype une curette tranchante à manche en bois qu'il conduit, sur le doigt poussé dans le pharynx, derrière la tumeur; pour détacher le polype il attire « énergiquement » la curette d'arrière en avant.

c) *Voie maxillaire.* — La voie génienne a été indiquée par Wately en 1805; mais la première opération a été faite en 1832 par Syme qui, dans un cas de polype naso-pharyngien, fit la résection du maxillaire supérieur (ROCHARD, *Hist. de la chir.*). Son malade mourut. Le premier succès a été obtenu par Flaubert fils en 1840; viennent ensuite Michaux, Robert et Maisonneuve. Si l'on ne considère que la gravité de l'affection, on ne peut qu'admirer le courage des hommes qui ne reculent pas devant des opérations aussi étendues.

A. Bérard a proposé de diminuer en quelque sorte l'étendue des dégâts en conservant, suivant les cas, la voûte palatine ou le plancher de l'orbite. Mais il suffit de comparer à ces opérations les résections temporaires du maxillaire supérieur pour être frappé de la supériorité de ce dernier procédé même sur celui de Bérard.

La méthode à employer et la voie à suivre dépendent de chaque cas particulier. Si le polype n'occupe que le pharynx et s'insère en arrière, on suivra la voie buccale, lorsqu'il est impossible de passer autour du pédicule l'anse du galvano-cautère ou la chaîne de l'écraseur. Mais si le polype a déjà envahi le pharynx, les fosses nasales et les cavités voisines, il ne reste que la résection temporaire du maxillaire, et encore souvent sera-t-on obligé de combiner cette dernière, suivant l'idée de Huguier, avec la résection temporaire de la voûte palatine et de l'arcade alvéolaire. Dans ces cas, après avoir rabattu le maxillaire supérieur, on scie la voûte palatine à travers les fosses nasales, près de la cloison, et, sans toucher à la muqueuse, on rabat le palais avec l'arcade alvéolaire en bas.

L'ablation du polype donne lieu ordinairement à une *hémorrhagie grave* qui à elle seule emporte souvent le malade. Aussi tout chirurgien soucieux de son malade doit-il avoir toujours toutes prêtes l'anse du galvano-cautère ou la chaîne de l'écraseur quand même il ne se propose pas d'opérer avec ces instruments. Un procédé très avantageux dans ces cas, indiqué en France par Denucé et en Allemagne par Bruns, consiste à ne pas suturer tout de suite le lambeau ostéocutané dans la résection temporaire du maxillaire supérieur, procédé

qui permet d'arrêter sûrement et rapidement les hémorrhagies secondaires et de détruire la tumeur si elle se mettait à proliférer après l'opération ¹.

(1) La plus ancienne extirpation d'un polype naso-pharyngien a été faite par Albucasis (Lit. II, c. 6). « *Et ego quidem jam medicatus fui mulierem ex apostemate quod natum erat inter guttur ejus, quod jam fere clauserat guttur: et mulier respirabat a meatu stricto et jam prohibuerat ei comestionem et potum aqua et jam pervenerat ad mortem, si remansisset uno die aut duobus. Et apostema tantum ascenderat quod emiserat duos ramos, donec exierant super duo foramina nasi. Properavi ego festinanter et fixi in unum eorum uncinum, deinde traxi ipsum et tracta ex eo est portio magna. Deinde abscidi eam ubi comprehendi ex foramine nasi. Deinde feci illud ei quod processit ex foramine nasi altero. Deinde aperui os ei et pressi linguam ejus, et postea fixi uncinum in ipsum apostema, deinde abscidi ex eo partem ejus et non currit ex eo nisi sanguis paucus. Absolutus est ergo guttur mulieris et incepit statim bibere aquam, deinde accepit ex cibo. Non ergo cessavi incidere ex illo apostemate multotiens tempore longo: et apostema succedebat loco ejus quod incidebam, donec prolongatum est nimis. Ingeniavi ergo et cauterisavi apostema inter guttur. Stetit ergo ab additione. Deinde ambulavi a parte et non scivi, quod fecit deus cum ea post me ».*

Albucasis ou Albukasem (Chalaf ben Abbas Abul Kasim el Zahrewi) de Zahera près de Cordoue, le seul chirurgien éminent de l'école arabe, mourut dans le premier quart du XII^e siècle.

CHAPITRE XIV

RÉSECTIONS DES MAXILLAIRES.

Historique. — Les résections des maxillaires et la désarticulation du maxillaire inférieur ne sont entrées dans la pratique chirurgicale que depuis notre siècle. Les ablations partielles de l'arcade alvéolaire ou même d'une partie du maxillaire supérieur ont déjà été exécutées vers la fin du siècle dernier. Fischer, médecin militaire autrichien, a fait le premier, et avec succès, la désarticulation et l'extirpation d'une moitié du maxillaire inférieur pour une plaie par arme à feu (1793). Il a fallu toute la hardiesse de Dupuytren pour encourager les chirurgiens à persister dans cette voie, et pour juger de l'admiration qui s'attachait à cette pratique de Dupuytren, il suffit de rappeler qu'encore en 1823 Ammon considérait l'opération de Dupuytren comme unique dans son genre et ne la comparait qu'à la « célèbre » opération de Græfe qui a consisté à extirper de la fosse glénoïde une partie du maxillaire inférieur ¹. Aujourd'hui ces opérations sont devenues pour ainsi dire banales et il n'y a pas de chirurgien de profession qui n'en compte plusieurs dans sa statistique. Mais qu'aurait dit Ammon s'il avait vu la célèbre opération d'Es-march qui, pour extirper une tumeur rétro-maxillaire très vasculaire, a fait la résection ostéo-plastique du maxillaire supérieur, le tamponnement de la trachée et la transfusion du sang pour parer à l'hémorrhagie abondante? Il se serait probablement écrié avec Pline: *Evecta supra humanam fidem ars est successu, mox et audacia!*

§ 1. — Indications.

1) **Traumatismes.** — Cette indication devrait être la plus rare, car, comme nous l'avons déjà vu, les fractures des maxillaires sont remarquables par leur tendance à la guérison; aussi la résection primitive du maxillaire n'a-t-elle été faite que dans les fractures à esquilles par armes à feu. On a pensé prévenir ainsi ou du moins rendre moins

(1) La première opération de Dupuytren sur le maxillaire inférieur date de 1812; en 1818 il réséqua pour un carcinome les deux tiers antérieurs de la voûte palatine.