

avait pris pour un polype un enchondrome de cette région. L'erreur ne peut être évitée qu'au moyen de l'exploration directe par le toucher ou les instruments appropriés.

Lorsque le polype a déformé la face, il est souvent fort difficile de préciser son point de départ. Il peut être nasal, pharyngien, ou maxillaire : une tumeur du sinus qui émet des prolongements en dedans et en arrière peut tout à fait simuler un polype naso-pharyngien. On ne peut arriver au diagnostic exact que par l'examen détaillé des commémoratifs, de la marche de la maladie, de la durée de son évolution. L'âge du malade viendra encore en considération, les tumeurs malignes du maxillaire et de son sinus se rencontrant le plus habituellement dans la vieillesse. Mais, nous le répétons, le seul critérium infaillible est l'examen direct de la tumeur, son exploration avec le doigt et par les divers procédés de rhinoscopie que nous avons passés en revue. Dans un cas cité par Postel, l'emploi du laryngoscope rendit les plus grands services.

Le diagnostic n'est qu'ébauché lorsqu'on a établi l'existence d'un polype naso-pharyngien; il faut, au point de vue du traitement à lui appliquer, connaître aussi exactement que possible son volume, le nombre et le siège de ses adhérences, les prolongements qu'il émet dans les diverses cavités de la face. On se rend assez facilement compte du volume en introduisant un doigt dans le pharynx et l'autre dans les fosses nasales; on peut encore employer une sonde à cet effet. Il est beaucoup moins aisé de connaître si le polype s'implante par plusieurs points ou par un seul : le doigt, qui apprécie la mobilité ou la résistance de la tumeur, ainsi que ses points d'attache postérieurs, est le seul guide. Quant à la direction des prolongements, il est facile en général de les diagnostiquer, en raison des déformations qu'ils impriment au visage et des troubles fonctionnels particuliers qu'ils déterminent (névralgies ou paralysie des nerfs dentaire, auriculo-temporal, lingual, etc.).

Il nous reste à parler d'un point fort important à reconnaître, l'existence d'un prolongement intracrânien de la tumeur. Nous avons déjà dit, en parlant des symptômes, que rien n'était moins absolu que les symptômes cérébraux dans ce cas. On a voulu, dans ces derniers temps, trouver dans l'ophtalmoscope un moyen de diagnostic, et, d'après de Gandt, l'atrophie de la papille indiquerait toujours une compression sur les racines des nerfs optiques; mais Michaux n'a pas eu de peine à démontrer que la simple pression des parois amincies de l'orbite peut donner lieu à des phénomènes du même genre, et qu'ils ne peuvent constituer de signes pathognomoniques; d'ailleurs on a vu plusieurs fois, après l'ablation de ces tumeurs, l'exorbitis cesser et les organes recouvrer leurs fonctions. Cependant l'apparition de troubles visuels, la céphalalgie persistante, et surtout les signes de compression cérébrale (sommolence, étourdissements, etc.), devraient faire craindre l'existence d'un embranchement encéphalique de la tumeur.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON. — Les polypes ont une marche continue

progressive, généralement assez lente; cependant ils peuvent, dans quelques cas, se développer très-rapidement et devenir en peu de mois une cause de suffocation pour le malade. Ils ne paraissent pas susceptibles de jamais rétrograder.

La durée de la maladie est variable. Elle dépend de la rapidité du développement de la tumeur, de la fréquence plus ou moins grande des hémorragies, du siège du polype. En général, celui-ci ne met guère moins de six mois, ni plus de trois ans à atteindre son apogée : la moyenne est un an et demi.

La guérison se produit parfois spontanément par élimination et gangrène de la tumeur, mais c'est une terminaison tout à fait exceptionnelle et dont on n'a que quelques exemples authentiques. Le plus habituellement les polypes naso-pharyngiens entraînent la mort, soit par asphyxie lente et dysphagie progressive, soit par épuisement dû aux hémorragies répétées, soit enfin par des complications cérébrales. Parfois aussi l'ulcération et la gangrène de la tumeur déterminent une élimination de matières sanieuses qui, continuellement avalées par le malade, deviennent pour lui une source d'infection putride.

Toutefois nous devons signaler ici une remarque qui serait de la plus haute importance, si elle était suffisamment confirmée. Pour Legouest (1), les polypes n'auraient pas une marche fatalement ascendante, ils ne jouiraient que d'une vitalité temporaire, et, en les lassant, on finirait par les empêcher de récidiver. La conséquence immédiate de cette doctrine serait d'éviter les grandes opérations radicales dans le traitement des polypes. Tel n'est pas cependant l'avis de Boyer, qui avait déjà remarqué que plus on touchait à ces tumeurs, plus elles repoussaient vite, et qui en avait conclu qu'elles se transformaient en cancer. Nous serions plus disposé à nous ranger à l'opinion de Boyer, qui, fondée sur une observation clinique exacte, se trouve justifiée jusqu'à un certain point par les recherches anatomo-pathologiques. Car si la transformation des fibromes en cancer vrai n'existe pas, il n'est pas rare, comme nous l'avons dit, de voir les polypes naso-pharyngiens, après plusieurs extirpations incomplètes, subir des modifications dans leur structure histologique, et présenter peu à peu les caractères des sarcomes.

PRONOSTIC. — La présence d'un polype naso-pharyngien est toujours sérieuse, tant à cause de l'affection elle-même que de la facilité avec laquelle elle récidive. Une marche rapide, des hémorragies répétées, aggravent encore le pronostic : l'état des forces du malade est le meilleur guide pour apprécier le degré de gravité de la maladie. Ce que nous venons de dire montre assez qu'on ne doit pas lui laisser faire de progrès, et qu'il faut recourir le plus promptement possible à un traitement radical.

TRAITEMENT. — Les moyens qu'on a proposés pour combattre les

(1) Bull. Soc. chir., 31 janv. 1866.

polypes naso-pharyngiens sont tellement nombreux et multipliés, que pour en avoir une idée il est indispensable d'établir des divisions parmi les diverses méthodes. Les unes ont pour but de détruire le polype sans atteindre les parties molles ni le squelette avoisinant, elles sont dites *simples*; les autres n'attaquent la tumeur qu'après l'avoir mise plus ou moins complètement au jour par une opération préalable : ce sont les *méthodes composées*. Enfin, quel que soit le système employé, il reste après l'ablation de la tumeur toute une série de moyens destinés à empêcher la récurrence; c'est ce qui constitue le *traitement consécutif* du polype.

A. *Méthodes simples*. — Nous avons peu à nous étendre sur les méthodes simples. Bien que jusqu'à ces derniers temps elles aient été à peu près les seules usitées, elles sont tombées maintenant presque complètement en désuétude. Cependant, comme elles peuvent encore être employées en combinaison avec d'autres procédés, nous devons en dire quelques mots.

L'*exsiccation*, proposée pour tous les polypes en général, a en encore moins de valeur pour les polypes fibreux que pour les muqueux : c'est un moyen dont l'inutilité ne s'est jamais démentie.

La *cautérisation* était employée par les anciens. Du temps d'Ambroise Paré, c'était presque le seul traitement mis en usage. On n'a pas tardé à y renoncer, à cause des nombreux inconvénients qu'elle présente. Indépendamment de la douleur qu'elle produit, la cautérisation est difficile à localiser s'il s'agit du cautère actuel; encore plus peut-être avec les caustiques liquides. Malgré la précaution qu'on peut avoir de porter directement un tampon imbibé du liquide corrosif sur le point malade, on est exposé d'une part à cautériser la tumeur d'une façon insuffisante, de l'autre à léser les parties saines de la muqueuse. Le seul avantage qu'elle offre est l'absence d'hémorragies, et cet avantage est assez réel pour que certains chirurgiens, notamment Ad. Richard, croient devoir y recourir toujours dans le cas de tumeurs même volumineuses. Le caustique auquel on doit donner la préférence est la pâte de Canquoin, appliquée soit en forme de rondelles, soit en flèches, d'après la méthode de Maisonneuve. La difficulté ne consiste pas tant à enfoncer le caustique qu'à le maintenir en place : il risque de se détacher et d'être avalé par le malade, et bien que cet accident, qui est quelquefois arrivé, ne soit pas aussi grave que l'on pourrait croire, à cause des vomissements qui surviennent presque immédiatement, il faut à tout prix l'éviter. De plus, le traitement par les cautérisations successives est toujours long, exige de la part du malade et du chirurgien beaucoup de persévérance; enfin il n'est pas complètement inoffensif et peut donner lieu à des accidents d'infection putride, par l'absorption des matières sanieuses provenant de l'eschare. Pour toutes ces raisons, nous croyons que la cautérisation, au moins comme méthode générale, ne doit pas être recommandée, et que son emploi se borne à quelques indications spéciales sur lesquelles nous reviendrons en parlant du traitement consécutif.

Nous n'avons que peu de chose à dire de la *compression*, vantée par Lamauve (de Rouen) en 1807, et que Léteneur a essayé de faire revivre en 1856. C'est un procédé lent, pénible pour le malade, insuffisant presque toujours. D'ailleurs son emploi se borne forcément aux cas où le polype, peu volumineux, peut être saisi entre les mors de l'instrument compresseur, c'est-à-dire à ceux qui guérissent le plus facilement par les autres opérations radicales. C'est donc un procédé à rejeter.

L'*excision* est un moyen bien ancien et qui a dû venir à l'esprit des chirurgiens de tout temps. Son plus grand inconvénient est d'exposer à des hémorragies très-graves et parfois incoercibles; de plus, ce n'est jamais qu'un procédé palliatif, puisqu'on ne peut enlever toute la tumeur; on a même remarqué que les polypes traités de cette façon récidivent avec beaucoup plus de rapidité. On doit donc encore rejeter son emploi comme méthode générale.

L'*arrachement*, auquel avaient recours J. L. Petit, Ledran, Garengot, serait un bon procédé si l'on était sûr d'agir en connaissance de cause; mais les conditions anatomiques des polypes fibreux en font un moyen peu applicable. Si l'on se reporte, en effet, à la façon dont s'implantent ces tumeurs, à leurs larges adhérences, aux prolongements qu'elles émettent et qui peuvent contracter des adhérences secondaires, on reconnaît que le plus souvent leur arrachement est impossible. Dans certaines circonstances, il est même absolument contre-indiqué : c'est quand le polype a une implantation voisine de l'ethmoïde; il y a trop à craindre que les efforts de traction ne déterminent une fracture du crâne et une lésion encéphalique. Lorsque, au contraire, le polype siège à la paroi postérieure du pharynx et ne se rattache au squelette que par une faible étendue, on peut essayer de l'ébranler par quelques tractions modérées. C'est ainsi que Cabaret (de Saint-Malo) a pu, dans une circonstance de ce genre, enlever un polype volumineux qu'il sentit s'ébranler sous son doigt.

La *rugination* est un procédé dérivé de l'arrachement. Elle a été préconisée par Borelli en 1865 (1) et, quelques mois plus tard, par A. Guérin (2). Celui-ci la pratique au moyen d'une rugine introduite par une narine et guidée par l'indicateur de la main gauche porté derrière le voile du palais. Ce procédé se fonde sur ce que le périoste malade se détache plus facilement de l'os sous-jacent que le périoste sain. Au point de vue des polypes naso-pharyngiens, c'est là une erreur; d'ailleurs il suffit de réfléchir à ce procédé pour voir qu'il est applicable à bien peu de cas.

Si l'on combine l'arrachement avec la compression, on a le *broiement*, méthode imaginée par Velpeau et employée par lui seul. Elle a tous les inconvénients de l'arrachement et, de plus, expose bien davantage aux lésions traumatiques de voisinage et à l'infection putride. Depuis longtemps on ne la cite que pour mémoire.

(1) Borelli, *Gaz. med. di Torino*, 1865.

(2) *Bull. Soc. chir.*, 27 déc. 1865, 24 janv. 1866.

La *ligature* a compté beaucoup de partisans. Imaginée, dit-on, dès le XIII^e siècle par Guillaume de Salicet, elle est devenue depuis l'objet d'une foule de perfectionnements plus ou moins ingénieux, dont la description fastidieuse nous entrainerait trop loin. Le principe de tous ces procédés est toujours le même : il consiste à conduire par la bouche ou la gorge, autour du pédicule de la tumeur, l'anse d'un fil dont les chefs sont ramenés par l'orifice des narines. Longtemps pratiquée avec des instruments grossiers, l'introduction du fil fut singulièrement facilitée par l'invention de la sonde de Belloc, qui marque un progrès notable dans le manuel de cette opération. Plus tard on fut conduit à imaginer, pour étrangler la tumeur, une série d'instruments fabriqués sur le modèle des serre-nœuds ordinaires, et dont la double canule de Levret représente le type le plus connu. Puis l'insuffisance des sondes pour amener l'anse du fil directement à la racine du polype fit chercher des moyens d'introduction plus perfectionnés : de cette idée sortirent les *porte-anse* de Hatin, de Rigaud et de Leroy (d'Étiolles). Ils consistent, avec quelques variantes, en un tube à double coulisse, susceptible de renfermer plusieurs branches flexibles capables de se déployer à un moment donné en conduisant l'anse.

Malgré tous ces perfectionnements, la ligature est toujours restée une opération médiocre. D'abord il est très-difficile de manœuvrer dans des cavités étroites par elles-mêmes, formant naturellement un angle prononcé avec la voûte naso-pharyngienne et rendues plus resserrées encore par la présence de tumeurs volumineuses et irrégulières. Ensuite, quel que soit le procédé employé, jamais on ne parvient à lier convenablement la tumeur. Rampolla a parfaitement fait ressortir qu'en introduisant le fil à travers les narines, le long du plancher des fosses nasales, on n'étreint jamais complètement le pédicule de la tumeur, puisque celle-ci a son grand diamètre oblique en bas et en arrière, tandis qu'on l'attaque suivant une direction horizontale. Il en résulte que presque toujours, au moment où le serre-nœud fonctionne, le fil a de la tendance à glisser. En admettant même que la constriction se fasse régulièrement, on n'enlève jamais que le segment du polype inférieur au plan prolongé du plancher des fosses nasales; le segment supérieur échappe. De plus, la ligature n'est guère possible que pour les polypes à implantation directement postérieure, situés sur la ligne médiane; elle est à peine applicable à ceux qui siègent sur les parties latérales, malgré les tentatives de Maisonneuve et de Gerdy dans ce sens. A plus forte raison ne l'est-elle pas pour les tumeurs volumineuses, qui émettent des prolongements multiples et contractent des adhérences secondaires : pour celles-là, le chirurgien va toujours au hasard, comme il peut, sans savoir exactement ce qu'il fait; il est tel de ces cas où il est impossible d'entourer la tumeur d'un fil constricteur.

Donc, la ligature, sauf quelques très-rares circonstances, est une opération incomplète et insuffisante; c'est, de plus, une opération dangereuse. Il y a danger de plusieurs façons : dans les manœuvres d'intro-

duction du porte-anse, on peut déterminer des hémorrhagies; la douleur est très-vive, et le traumatisme qui résulte de la constriction entraîne souvent des angines graves, qui peuvent aboutir à un abcès profond rétro-pharyngien. Il y a danger consécutif, car ce polype, qu'on laisse à demeure en attendant sa mortification totale, devient une source d'empoisonnement continuel pour le malade, et détermine chez lui tous les accidents de la septicémie, sans compter les phlegmons de voisinage, qui peuvent se communiquer aux méninges, comme dans un cas cité par Hecter (1). Longtemps après la ligature, le polype peut se détacher, obturer l'orifice du larynx et amener la mort subite par suffocation; d'autres fois il est avalé et donne lieu à des troubles du côté du tube digestif.

Enfin, dans les cas les plus heureux, si le malade est débarrassé de sa tumeur en apparence d'une manière complète, il reste toujours à redouter l'imminence d'une récurrence, puisque la ligature ne détruit jamais l'implantation même du polype.

Nous devons maintenant étudier un dernier procédé de destruction des polypes par une opération simple : nous voulons parler de l'*électrochimie*. Cette méthode, qui ne date que de 1860, semble avoir de l'avenir et présenter de réels avantages. La découverte en appartient à Ciniselli (de Crémone), qui, expérimentant sur la cure des anévrysmes par la galvano-caustique, observa des eschares de la peau au contact des pôles de la pile : il en conclut qu'il se produisait là une destruction chimique des tissus. C'est à Nélaton que revient le mérite d'avoir appliqué ces données au traitement des polypes naso-pharyngiens : il constata qu'au pourtour des aiguilles, il se produit toujours une coagulation du sang et une induration des tissus; de plus, le pôle négatif s'environne d'une eschare noirâtre qui ne tarde pas à s'éliminer. Ce procédé, indépendamment de l'absence totale d'hémorrhagie, permet de détruire en un temps assez court des portions considérables de tumeur, sans provoquer d'autre douleur qu'une secousse assez vive au moment de l'entrée et de la sortie du courant.

Sans regarder l'électrochimie comme destinée à venir à bout des cas les plus rebelles, nous croyons que c'est un moyen que l'on pourra toujours essayer avant d'en venir à une opération radicale. Les reproches que lui adressait Verneuil, en 1866, nous semblent trop sévères : depuis, la méthode a fait son chemin. Dolbeau, Guyon, ont eu des succès par ce moyen, sans que les inconvénients de l'opération aient été sensibles. On ne peut guère encore se prononcer sur son efficacité absolue, mais on peut dire que jusqu'ici elle a souvent été fort utile et bien rarement nuisible.

B. *Méthodes composées*. — Elles sont au nombre de trois principales, comprenant chacune un grand nombre de procédés. Suivant qu'on attaque la tumeur par la voûte palatine, par le nez ou par la face, on a pratiqué la méthode *palatine*, *nasale* ou *faciale*.

1^o *Méthode palatine*. — L'idée d'aller chercher le polype par la voûte

(1) *Prager Vierteljahrsschrift*, 12 Jah., IV, Band, 1855.

palatine remonte à Manne (d'Avignon), qui, en 1747, publia le résultat de trois opérations de ce genre.

Il s'agissait de fibromes volumineux, que ce chirurgien ne put mettre au jour, sans inciser verticalement le voile du palais. Ce procédé, inspiré par la nécessité des circonstances, fut employé depuis quelquefois dans des conditions analogues, sans qu'on eût l'idée d'en faire une méthode spéciale. Le premier, en 1834, Dieffenbach érigea en principe que le plus sûr chemin pour arriver au polype était de perforer dans une certaine étendue la voûte palatine, tout en respectant l'intégrité du voile du palais. Ce procédé fut repris en 1859 par Maisonneuve sous le nom de *boutonnière palatine*. Mais on peut lui reprocher de ne pas donner assez de jour pour attaquer le polype et de ne pouvoir s'appliquer qu'à des tumeurs peu volumineuses. Il est facile de voir, en effet, que, tout en admettant une certaine élasticité dans les lames osseuses de la voûte palatine, ces lames ne sont pas indéfiniment extensibles.

C'est pour éviter cet inconvénient que Nélaton, tout en conservant le principe de la méthode, lui fit subir une modification importante. Comme Manne, il sectionne verticalement le voile du palais, mais il prolonge l'incision de la voûte palatine et la croise par une incision transversale qui vient compléter l'incision en T. Cela fait, il décolle la muqueuse sur les parties latérales, fait sauter le pont osseux dénudé au moyen d'une pince de Liston, et arrive ainsi sur la face antérieure du polype qu'il enlève par excision et par arrachement combinés.

Cette opération, qui fut pratiquée pour la première fois à la fin de l'année 1848, présente des avantages considérables. Grâce à l'ablation préliminaire d'une partie de la voûte palatine, le chirurgien sait ce qu'il fait : il voit la tumeur et la touche, reconnaît son point exact d'implantation, peut cautériser les points qui sont le siège d'hémorragie; enfin, par l'ouverture qu'il laisse béante tout le temps qu'il veut, il peut détruire les derniers vestiges de l'implantation du polype et surveiller la marche de la cicatrisation. Par là est écartée toute chance de récurrence, ce qui n'a jamais lieu avec les modes opératoires simples, même les plus perfectionnés. Enfin, la guérison a lieu sans mutilation apparente et sans difformité extérieure.

Toutefois on peut élever contre cette méthode de sérieuses objections. D'abord il est des cas où, tout en facilitant la destruction de la tumeur, elle n'ouvre pas encore une voie assez large pour attaquer le point d'implantation. Quand le polype est volumineux, en effet, c'est sa masse centrale, comme l'a fait remarquer avec raison Verneuil, qui se présente à travers l'ouverture palato-staphyline et obstrue la voie que l'on vient d'ouvrir. Pour se faire jour jusqu'au pédicule, il faut exciser par portions la masse fibreuse, ce qui ne peut se faire sans provoquer des hémorragies abondantes. On a vu cet accident se produire plusieurs fois (1), et amener

(1) Obs. de Michaux, *Bull. Soc. chir.*, mars 1863; Deguise, 1861.

même des syncopes mortelles ou l'asphyxie, par suite de l'impossibilité d'arrêter l'écoulement sanguin. On essaye alors le cautère actuel, les caustiques liquides, la pâte de Canquoin. Nélaton recommande l'acide nitrique porté directement sur la tumeur. Mais alors on retombe dans les inconvénients que nous signalions à propos de la cautérisation, la difficulté de limiter l'action du caustique et le danger de léser des tissus sains.

Les objections précédentes sont assez sérieuses pour qu'on ne puisse pas préconiser la méthode palatine comme méthode générale. D'ailleurs elle laisse toujours après elle un peu de nasonnement, en raison de la réparation incomplète de la voûte du palais, et la staphyloporrhée qu'il faut faire à la suite de l'ablation du polype ne réussit pas constamment. Pour nous résumer, nous dirons donc que la méthode palatine par le procédé de Nélaton, quoique présentant d'immenses avantages, est inférieure quand il s'agit de polypes qui présentent de nombreux prolongements; mais qu'elle doit être toujours employée lorsque la tumeur est située dans le pharynx et ne présente pas un volume considérable.

2° *Méthode nasale*. — Bien que, depuis Hippocrate, on ait pratiqué l'extraction des polypes après avoir incisé l'aile du nez, les procédés de la méthode nasale sont comparativement de date récente.

Il n'entre pas dans le programme de cet ouvrage de reproduire tous les procédés opératoires auxquels les chirurgiens ont attaché leurs noms, et qui se bornent pour la plupart, à des modifications de détail sur l'incision des parties molles. Nous renvoyons, pour de plus amples explications, à la thèse récente de Baudrimont, où toutes ces variantes sont exposées longuement.

A l'exemple de cet auteur, on peut établir une division fondamentale dans les procédés de la méthode nasale, suivant que l'on enlève immédiatement le polype ou qu'on l'attaque lentement, en laissant la plaie béante : les premiers sont dits *procédés de guérison extemporanée*; les seconds, *procédés de cure lente*.

a. *Procédés de guérison extemporanée*. — L'opération la plus simple, et peut-être une des meilleures, consiste à fendre directement le nez sur une ligne verticale et à écarter les ailes latérales. Cette incision, recommandée par Verneuil, donne en effet beaucoup de jeu pour attaquer le polype et permet une réparation assez régulière.

D'autres chirurgiens préfèrent la section du sillon naso-génien et nasolabial, avec ou sans destruction de l'aile du nez. Ce procédé convient plus particulièrement quand la tumeur proémine beaucoup d'un côté de la face et distend la joue d'une façon difforme.

On a également proposé de détacher, après incision préalable, toutes les attaches des cartilages nasaux et de la sous-cloison, de façon à relever complètement le nez en haut et de côté, afin de mettre au jour l'échancrure nasale du maxillaire. D'après le même principe, Langenbeck, à l'exemple de Huguier et de Chassaignac, rabat l'os nasal et la racine du nez en faisant basculer le maxillaire; mais ce procédé, qui donne beau-

coup de jour, expose aux fistules lacrymales. Enfin, dans le même but, Ollier, après avoir divisé les parties molles par une incision en fer à cheval partant de l'épine nasale supérieure, sectionne parallèlement à la direction du frontal la charpente du nez et rabat cet organe, de façon à découvrir le polype et à l'enlever à loisir. Après cette opération, que l'auteur désigne sous le nom d'*ostéotomie verticale bilatérale des os du nez*, le nez est remis à sa place.

Comme on le voit, ce qui domine plus ou moins dans tous ces procédés, c'est le désir d'ouvrir le plus largement possible les fosses nasales, tout en évitant les mutilations trop visibles. Sans discuter la valeur individuelle de ces modes opératoires, ce qui nous entraînerait trop loin, nous devons jeter un coup d'œil sur la méthode elle-même.

D'abord, au point de vue de l'accès facile de la tumeur, les recherches de Robin Nassé nous apprennent que l'on arrive aussi aisément sur elle par la voie nasale que par la bouche ou la face; on ne peut donc pas soulever d'objections de ce côté. De plus, bien qu'en apparence la route soit plus encombrée à l'orifice antérieur des fosses nasales qu'à sa partie postérieure, ce ne sont pas les cornets du nez qui peuvent opposer des obstacles à l'opération: on a donc aisément sous les yeux une large surface du polype. L'excision en est généralement assez facile, en raison même de la direction de la tumeur, qui se présente suivant son grand axe, et non transversalement comme dans la méthode palatine. Cependant les mêmes inconvénients que nous avons signalés dans cette dernière se retrouvent pour l'extraction du polype par la voie nasale; on n'est pas plus à l'abri des hémorragies graves. Dans les efforts de traction pour arracher ou détruire le polype, on peut fracturer les cellules ethmoïdales, si minces à ce niveau, et déterminer une méningite traumatique, un phlegmon orbitaire; enfin, de même que la méthode palatine, la méthode nasale devient insuffisante lorsque l'on a affaire à un polype à nombreux prolongements. Dans un cas de ce genre, Giraldès (1), surpris par une hémorragie abondante, ne put continuer l'opération, faite en vue de ménager le maxillaire: le malade mourut quinze jours plus tard d'accidents septicémiques.

b. *Procédé de cure lente.* — La difficulté d'arriver à une extirpation complète du polype en une seule séance a fait imaginer les *procédés de cure lente*. Au fond, ce sont les mêmes ouvertures: ainsi Legouest sectionne latéralement l'aile du nez; Verneuil découvre l'orifice nasal par une section longitudinale; Denucé joint à l'incision de Legouest la résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire; mais tous laissent la plaie nasale béante, afin d'attaquer graduellement la tumeur par la cautérisation et de surveiller la récurrence. Cette méthode, plus prudente que la précédente, expose toujours aux difformités consécutives et, de plus, laisse subsister pendant longtemps une plaie hideuse; aussi est-elle peu employée.

(1) Arch. gén. méd., 1851, p. 265.

En résumé, nous croyons que la méthode nasale, tout comme la palatine, a ses indications spéciales. Quand le polype a son siège à la partie supérieure des fosses nasales, quand il déjette la paroi antérieure du maxillaire et déforme le sillon naso-génien, la méthode nasale présente d'incontestables avantages. Dans les implantations pharyngiennes supérieures, au voisinage des apophyses ptérygoïdes et du sinus sphénoïdal, il sera souvent plus facile d'extraire le polype par le nez que par la bouche; mais il faut pour cela que la tumeur ne soit pas trop volumineuse, et surtout qu'elle n'ait pas d'adhérences secondaires; dans ce dernier cas, la méthode nasale est tout à fait contre-indiquée.

Nous mentionnerons, en terminant, un procédé qui a fait assez de bruit en 1860 sous le nom de *méthode orbitaire* ou *lacrymale*. Ce n'est qu'un dérivé de la méthode nasale. Son auteur, Rampolla (1) (de Palerme), proposait de perforer l'unguis pour aller sectionner le pédicule du polype au moyen de l'écrasement linéaire ou de la ligature extemporanée. Verneuil, dans son rapport à ce sujet, a parfaitement prouvé que ce procédé n'était qu'un nouveau mode de ligature ingénieux, fondé sur des relations anatomiques exactes, mais qui, comme tous les procédés de ligature, ne garantissait nullement de la récurrence. D'ailleurs la seule fois que ce procédé a été employé sur le vivant il a été suivi d'insuccès.

3° *Méthode faciale.* — La nécessité de se créer une large voie jusqu'au point d'implantation du polype, dans des cas où tous les autres moyens étaient insuffisants, a fait recourir au procédé radical de l'ablation du maxillaire. Les trois premiers chirurgiens qui eurent la hardiesse de pratiquer cette opération furent Syme en Angleterre, Michaux à Louvain, Achille Flaubert en France. Leur exemple fut bientôt suivi par Robert, Maisonneuve, Huguier et Verneuil, avec quelques variantes quant au mode opératoire, mais d'après le même principe.

Nous n'avons pas à décrire la résection du maxillaire supérieur, dont les différents procédés sont minutieusement indiqués dans les traités de chirurgie opératoire, mais nous voulons montrer par quelles phases successives a passé la méthode faciale. Du premier coup, Flaubert et Michaux avaient fait une opération radicale et enlevé la portion orbitaire et palatine du maxillaire. On leur objecta immédiatement la gravité de l'opération, la mutilation affreuse qui en résultait, les inconvénients considérables qu'en éprouvait la mastication. Par réaction naquirent les procédés d'ablation partielle, dont Chassaignac fut le plus zélé partisan. Pour lui l'opération doit n'avoir qu'un but, celui de mettre à nu la tumeur; enlever la portion buccale du maxillaire est toujours inutile, et l'ablation doit porter seulement sur la partie moyenne, qui correspond au sinus maxillaire. Vers la même époque, et dans le but d'éviter une mutilation considérable, Huguier imaginait un procédé tout nouveau: il détachait le maxillaire dans son entier, le laissait adhérer aux parties

(1) Bull. Soc. chir., mars et mai 1860.