

tification ultérieure de la base d'insertion du néoplasme (SCHUH)<sup>1</sup>. Néanmoins il est hors de doute que ce procédé, étant admis qu'il présente certains avantages, ne peut être employé que dans un nombre de cas assez restreint. C'est ainsi que les fibromes à large pédicule, à base d'insertion étendue, ne se prêtent absolument pas à l'ablation par la ligature ; il en est de même des fibromes très volumineux qui ont considérablement rétréci la cavité naso-pharyngienne, ou qui se sont développés dans différentes directions, ou ont contracté des adhérences avec les parties molles. De même la ligature doit être exclue plus ou moins dans les cas où la tumeur s'insère sur la face supérieure de la cavité naso-pharyngienne, dans le voisinage du pavillon de la trompe, ou enfin, et surtout, lorsqu'elle a pour point de départ l'apophyse ptérygoïde.

En présence des inconvénients et des dangers que nous avons signalés plus haut, c'est à peine si l'emploi du **procédé de constriction lente** peut encore être justifié, même dans les limites étroites que nous lui avons fixées. On devra évidemment le réserver pour les cas, certainement exceptionnels, dans lesquels on n'a pas à sa disposition un des appareils dont nous allons parler, et qui permettent d'opérer rapidement. Les appareils en question sont l'**écraseur** et l'**anse galvanocaustique** ; tous deux présentent l'avantage de produire une constriction rapide de la tumeur ; en outre ils n'ont pas les inconvénients de la ligature tout en ne faisant courir qu'à un très faible degré le danger d'hémorragie. De ces deux procédés l'anse galvanocaustique est certainement préférable, soit à cause de la facilité d'introduction de l'anse métallique et de la double canule, à laquelle le fabricant peut donner une épaisseur moindre qu'à n'importe quel écraseur, soit parce qu'elle permet de diviser sûrement la tumeur avec très peu de force. Lorsqu'on se sert d'une batterie faible, composée d'un ou de deux éléments seulement, la section s'opère assez lentement pour que le danger d'hémorragie se trouve réduit à un minimum.

L'anse métallique est habituellement introduite par la cavité nasale, et on la guide à l'aide du doigt comme conducteur jusqu'à la place qu'elle doit occuper. Cependant il peut être avantageux, ainsi que j'ai pu m'en convaincre dans plusieurs cas de polypes naso-pharyngiens

1. Voici en peu de mots l'opinion de FOLLIN et DUPLAY sur ce sujet : Abstraction faite de la difficulté de manœuvrer dans des cavités étroites, et rendues plus resserrées encore par la présence de la tumeur, on ne parvient jamais, disent-ils, à lier convenablement cette dernière. En introduisant le fil 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, et même en admettant que le fil ne glisse pas et 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. La ligature constitue donc une opération incomplète et insuffisante (*Traité élémentaire de pathol. ext.*, III, p. 832).

(Note du traducteur.)

simples et d'un volume modéré, d'introduire par la cavité buccale jusqu'à la paroi postérieure du pharynx un porte-cautère galvanique recourbé muni de son anse métallique, dans laquelle on engage immédiatement la tumeur. Les **écraseurs linéaires** de grandes dimensions ne peuvent être employés pour l'extirpation des fibromes naso-pharyngiens, mais on peut se servir dans ce but du **serre-nœud de MAISON-NEUVE**. L'**écraseur à corde de DESGRANGES**, armé d'une corde métallique, semble répondre encore mieux au but à cause de sa solidité. — L'opération pratiquée à l'aide de ces divers instruments est plus douloureuse et dure plus longtemps que lorsqu'on se sert de l'anse galvanocaustique.

Les procédés que nous venons de mentionner ne peuvent guère être employés que dans les limites que nous avons assignées à la ligature. Cependant l'anse galvanocaustique permet d'enlever des tumeurs à base d'insertion très large, mais la section s'opère alors en ligne droite et ne suit pas toutes les inégalités de la surface d'insertion du néoplasme ; aussi la récurrence est-elle plus fréquente à la suite d'un pareil procédé qu'après l'extirpation totale. Bien plus encore que les autres procédés, l'**arrachement** des polypes fibreux ne peut se pratiquer que sur des tumeurs à pédicule mince, et, en outre facilement accessible aux instruments.

L'**excision** à l'aide du bistouri serait encore la méthode opératoire la plus sûre pour les *tumeurs à large base d'insertion*, si, à cause de l'exiguïté de l'espace dans lequel on opère, elle n'était pas le plus souvent difficile ou impossible à mener à bien sans une opération préliminaire destinée à rendre le polype accessible à nos instruments. En outre cette méthode expose le malade au danger d'une hémorragie dans quelque point inaccessible à nos moyens d'hémostase. Il n'y a donc, en somme, que les petits fibromes naso-pharyngiens ayant laissé libre la cavité nasale, qui soient justiciables de ce procédé opératoire. On peut, en effet, dans ces cas, faire passer par l'une des narines des ciseaux à polypes étroits, dont on guide la pointe à la rencontre de la tumeur à l'aide du doigt introduit par la bouche, et l'on sectionne alors peu à peu le pédicule du fibrome par de petits coups de l'instrument (ROSER). GUÉRIN prétend arriver au même résultat au moyen d'une rugine introduite par les fosses nasales.

En présence des difficultés d'exécution des procédés opératoires que nous venons de passer en revue, il n'est nullement étonnant que l'on ait tenté également la destruction des tumeurs naso-pharyngiennes à l'aide de caustiques chimiques ou du fer rouge. Nous pensons qu'il faut réserver l'emploi du fer rouge ou du galvanocautère pour la destruction des restes du pédicule de la tumeur. Par contre, un procédé tout récent est venu attirer l'attention des chirurgiens, nous voulons parler de l'**électrolyse**. La destruction des polypes naso-pharyngiens au moyen de l'é-

lectrolyse a été tentée avec succès par NÉLATON, CINISELLI, et en Allemagne, par BRUNS principalement. Ce dernier a réussi à obtenir, à la suite d'un très grand nombre de séances, de bons résultats dans des cas tout à fait désespérés. Pour mettre en pratique ce procédé, on enfonce en deux points de la tumeur éloignés l'un de l'autre, deux aiguilles de platine, réunies aux rhéophores d'une batterie galvanique; il se produit alors une décomposition chimique des tissus, suivie de l'élimination des parties mortifiées, et de la rétraction cicatricielle du reste de la tumeur. Jusqu'ici, il n'est pas possible de formuler des conclusions sur les dangers de cette opération et les garanties de succès qu'elle présente, mais les résultats obtenus doivent certainement engager les chirurgiens à faire de nouveaux essais dans cette direction.

§ 56. — Il ressort de notre discussion que les diverses méthodes que nous venons d'exposer sont toutes plus ou moins insuffisantes. Aussi, pour arriver à extirper complètement des tumeurs volumineuses, à large pédicule s'insérant sur un point d'accès difficile, a-t-on dû imaginer des procédés ayant pour but de mettre à découvert le néoplasme et de le rendre ainsi plus accessible à nos instruments. Les tentatives faites dans cette direction remontent à une époque relativement ancienne, et consistent à se frayer un passage vers la tumeur, soit par la cavité buccale, soit par les fosses nasales ou par le maxillaire supérieur. On a tenté de rendre la tumeur accessible par la **voie buccale** en divisant le voile du palais. Ce procédé a été mis en pratique pour la première fois par MANNÉ (1711), et plus tard par DIEFFENRACH. Puis, MAISONNEUVE y apporta une modification consistant à laisser intacte la luette. Parmi les chirurgiens allemands, c'est surtout HUETER qui a conseillé ce procédé, et il a eu plusieurs fois l'occasion de s'en servir. Après avoir pratiqué la trachéotomie et introduit dans la trachée une canule-tampon, il divisait le palais mou, et à l'aide de forts ciseaux de Cooper, détachait la tumeur de la base du crâne. NÉLATON pratiquait une incision en forme de  $\perp$  intéressant le voile du palais et la partie postérieure du palais dur, détachait de la surface osseuse les lambeaux limités par cette incision, et enfin pratiquait l'excision de portions de l'os ainsi dénudé. C'est GUSSENBAUER qui, dernièrement, a pratiqué de la façon la plus complète la résection de la voûte osseuse, dans le but d'agrandir l'ouverture de l'incision. Il commença par détacher le voile du palais comme dans l'uranoplastie de LANGENBECK, puis enleva, à l'aide de la gouge, la portion horizontale de l'os palatin et l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, de façon à se frayer une voie vers les fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne. La réunion des parties divisées s'opérait évidemment d'une façon plus sûre dans ce procédé. Lorsqu'on aura affaire à des tumeurs volumineuses, et surtout à des tumeurs ayant contracté des adhérences avec la muqueuse, on fera bien dorénavant de s'adresser de préférence au pro-

cédé de GUSSENBAUER, toutes les fois que l'on aura l'intention d'opérer par la voie buccale.

Les procédés consistant à arriver sur la tumeur par les **fosses nasales** sont beaucoup plus répandus que les précédents, surtout que la déformation qui en résulte est relativement minime. Lorsqu'il suffit d'obtenir une dilatation permettant l'introduction des doigts dans la cavité naso-pharyngienne, les procédés en question sont certainement toujours préférables à toutes les autres opérations préliminaires.

La **simple division du nez sur la ligne médiane** donne déjà suffisamment de place pour permettre l'ablation de petits polypes du nez, à l'aide du bistouri et des ciseaux, ainsi que pour faciliter l'introduction de l'anse galvanocaustique ou d'autres instruments servant à extirper des fibromes naso-pharyngiens peu volumineux. Mais les **résections osseuses temporaires**, introduites surtout par LANGENBECK dans la pratique chirurgicale, donnent certainement beaucoup plus de place que la simple incision.

Pour pratiquer la *résection ostéoplastique de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et de l'os propre du nez* (V. LANGENBECK), on fait d'abord une incision partant de la région intersourcilière et descendant à peu près jusqu'à l'extrémité inférieure de la voûte osseuse du nez, sur la face latérale de cette dernière, pour se diriger ensuite le long de la limite externe de l'aile du nez. Les lambeaux sont alors disséqués de façon à dénuder les os dont on a soin de conserver le périoste. On incise ensuite tout près de la cloison la muqueuse qui tapisse la face interne de l'os propre du nez, puis à l'aide d'une scie pointue on divise l'os le long de cette incision, et l'on en fait autant pour l'apophyse montante du maxillaire supérieur, que l'on sectionne à sa base par un trait de scie allant de l'orifice antérieur des fosses nasales à la cavité orbitaire et pénétrant dans le sinus maxillaire. Ces os sont ensuite renversés en dehors à l'aide d'un élévatoire tout en restant en relation avec le périoste et la muqueuse. Puis, une fois la tumeur enlevée, ils reviennent prendre la place qu'ils occupaient auparavant.

LINHART, après avoir incisé la peau et le périoste sur la ligne médiane, sépare l'un de l'autre les os propres du nez, puis sans dissection préalable des téguments, il divisait d'un côté, à l'aide de la scie, l'apophyse montante à sa base et à son sommet, ce qui lui permettait de renverser en dehors tout un côté du nez (il se produit à ce moment une fracture de l'os unguis). OLLIER pratiquait une incision en forme de fer à cheval commençant à la limite inféro-externe des ailes du nez, et passant sur le dos de l'organe, puis rabattait en bas le lambeau ainsi formé.

Enfin dans ces derniers temps BRUNS a indiqué un procédé, qui, en somme, est le même que celui que CHASSAIGNAC avait déjà décrit brièvement en 1856: Les parties molles et le squelette osseux du nez sont divisés de façon à ce qu'ils puissent être renversés en dehors et maintenus plusieurs jours sans inconvénient dans cette position, si l'opérateur a quelque intérêt à laisser le champ libre; c'est surtout ce dernier avantage que BRUNS revendique en faveur de ce procédé.