

avons connu plusieurs malades qui se faisaient opérer tous les ans depuis fort longtemps.

Tous les autres procédés de ligature et de résections s'appliquent aux tumeurs fibreuses fibro-plastiques ou cancéreuses, le plus ordinairement développées en dehors des fosses nasales et n'y ayant pénétré que secondairement.

Les progrès du diagnostic ont apporté de vives lumières sur ce sujet, dont nous allons exposer l'histoire en parlant des polypes fibreux naso-pharyngiens.

Polypes fibreux naissant de la base du crâne. Les recherches de MM. Flaubert fils (de Rouen), Burggrave, Robert, Nélaton, Verneuil etc. ont montré que ces tumeurs continues au périoste de la base du crâne se développent généralement par un pédicule à fibres perpendiculaires aux points d'implantation. C'est la membrane fibreuse périostale qui recouvre l'apophyse basilaire et la face inférieure de la base du sphénoïde qui en est le point d'origine le plus habituel. La tumeur s'engage dans les fosses nasales, l'antre d'Hygmore, les fosses zygomatique, sphéno-maxillaire, temporale, et fait saillie dans l'arrière-bouche. Quelquefois même on l'a vue pénétrer dans le crâne. La plupart des procédés appliqués aux polypes du nez ont été habituellement appliqués à des tumeurs fibreuses basilaires dont les récives sont extrêmement communes. Le docteur Bautreil a rapporté dans sa thèse (Paris), l'observation d'un malade opéré vingt-cinq fois, par Dupuytren, sans succès. La liberté des fosses nasales était momentanément obtenue, puis la tumeur remplissait de nouveau les narines et faisait saillie au dehors. Manne (1747), chirurgien d'Avignon, fendit le voile du palais pour faciliter l'ablation de ces tumeurs. Syme (d'Edimbourg) fit la première opération d'ablation du maxillaire supérieure en 1840 (Verneuil, *Soc. de chir.*, 14 mars 1860) dans le même but. M. Flaubert fils (de Rouen) crut, en la pratiquant en 1840, en avoir eu le premier l'idée, que l'on trouverait dans Wataly, d'après M. C. Sarrazin (Thèse d'agrégation, Strasbourg 1863).

M. Nélaton, après avoir fendu le voile du palais comme Manne, décolle la membrane fibro-muqueuse qui revêt la face inférieure de la voûte palatine, perce cette dernière avec un perforateur de chaque côté de la ligne médiane, engage dans chacun des trous les mors d'une pince de Liston et fait éclater du même coup le pont osseux qui les sépare et la partie postérieure de la voûte. La tumeur, largement mise à découvert, est enlevée d'arrière en avant à l'aide de longs ciseaux courbes sur le plat portés dans le pharynx. M. Né-

laton conseille d'en détruire l'origine avec la rugine et la pâte de Vienne solidifiée. (Voy. *fig.* 399.)

M. le docteur Rampolla a perforé l'unguis et a porté directement une ligature sur la base du polype, procédé facile et ingénieux, si cette base était unique, étroite et pédiculée, et si l'on pouvait compter sur la guérison sans la destruction complète de la base de la tumeur et de ses fibres d'implantation.

M. le professeur Desgranges (de Lyon) a exécuté un nouveau procédé de cautérisation, par l'arrière-gorge, au moyen de la pâte Canquoin. Ce chirurgien enlève la partie saillante du polype par les procédés d'arrachement ordinaires, et lorsque tout écoulement de sang est suspendu, il soulève, au moyen d'un fil bucco-nasal, le voile du palais, et porte, sur la base de la tumeur, le chlorure de zinc fixé par des fils à l'extrémité A d'une baleine flexible qu'il fait passer par les fosses nasales d'arrière en avant (*fig.* 400). Arrivée sur le lieu d'implantation du polype, l'extrémité

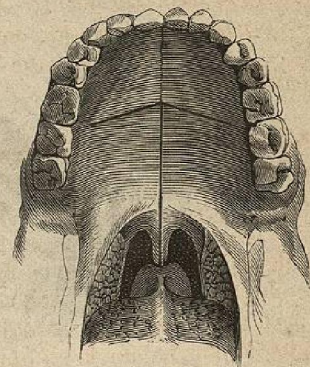


Fig. 399.

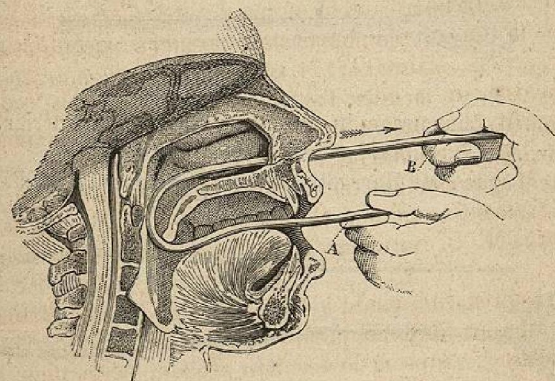


Fig. 400.

porte-caustique de la baleine y est maintenue par un tamponnement de charpie, soutenu lui-même par une spatule nasale G (*fig.* 401). Celle-ci, plate et arrondie d'un côté A (*fig.* 402), pour maintenir le