

crovait avoir conservé un périoste régénérateur, et il a reproché aux partisans des résections sous-périostées l'inutilité et le danger de leurs procédés.

Il est bon de savoir que les polypes fibreux basillaires envoient, comme nous l'avons indiqué, des prolongements dans toutes les anfractuosités de leur voisinage. Nous en avons constaté dans les sinus sphénoïdaux, où ils sont, sans contredit, fort difficiles à atteindre et à détruire.

La cautérisation ou la rugination des points d'émergence sont généralement indispensables pour éviter les récives, et l'espoir de voir le pédicule se flétrir spontanément après sa section est le plus ordinairement déçu. Il y aurait cependant à mieux étudier encore ce point très-pratique et très-important. Il n'est pas douteux que l'on ait obtenu des cures radicales par l'arrachement et la ligature, et il ne faudrait pas exagérer le précepte de détruire directement le lieu d'implantation de la tumeur, car on serait ainsi conduit à l'abandon de procédés simples et peu dangereux, pour y substituer des opérations excessivement graves et laissant après elles des mutilations que les appareils prothétiques, si perfectionnés qu'ils soient, ne peuvent toujours pallier.

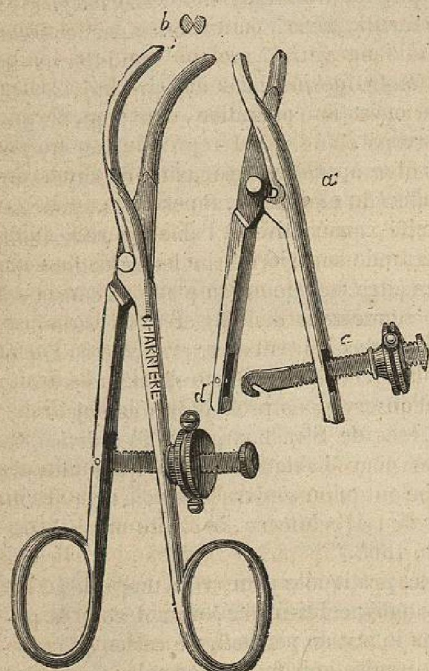


Fig. 404.

C'est en se fondant sur ces considérations, d'une part, et, de l'autre, sur l'histoire des polypes fibreux nasopharyngiens, qui nous apprend que cette affection appartient presque exclusivement à l'adolescence, que M. Legouest a proposé d'étrangler le pédicule du polype entre les mors d'une pince spéciale articulée à forceps *a* (fig. 404), dont les branches isolément introduites par les narines sont laissées en place jusqu'à sa chute spontanée par

la gangrène de la tumeur. L'application de la pince est plus facile que celle d'une ligature quelle qu'elle soit; et la constriction des mors de l'instrument est portée immédiatement au plus haut degré possible à l'aide d'un écrou *c* agissant sur une tige *d* qui traverse les branches. La pince serait appliquée autant de fois que le polype se reproduirait et jusqu'à ce que le sujet ait dépassé l'âge où le mal se développe et peut, par conséquent, repulluler. Le fait d'un jeune garçon opéré de cette manière il y a trois ans, par M. Legouest, et qui, après deux récives, est aujourd'hui guéri, milite en faveur de cette manière de voir pour les polypes à pédicules limités. La narine gauche avait été ouverte, et les os du nez, détachés du maxillaire supérieur par un coup de ciseaux, avaient été reportés en avant, laissant ainsi un vaste hiatus qui resta béant et permit de surveiller la marche de l'affection.

Les hémorragies sont parfois très-abondantes tant que la tumeur n'est pas enlevée. On s'expliquerait difficilement comment un polype dur, blanchâtre, comme cartilagineux, peut exposer à de si grandes pertes de sang, si l'on ne songeait à la violente compression qu'il exerce et à la rapidité de son développement. Ces hémorragies peuvent être fort dangereuses si l'opération n'est pas terminée promptement, et nous avons eu le cruel regret de voir un jeune enfant de onze ans succomber à une syncope, à la suite d'une résection temporaire de la totalité du maxillaire supérieur gauche, entreprise le 31 juillet 1865, pour enlever une énorme tumeur fibreuse qui avait envahi, en moins d'une année, les fosses nasales, l'antré d'Hygmore, la fosse temporale et l'arrière-bouche. Tout contact donnait la sensation d'une masse cartilagineuse et amenait une hémorrhagie. La compression avait déformé l'orbite, la tempe, le nez, le palais, et était si forte qu'il nous avait été impossible de passer aucun stylet entre le polype et les tissus en contact.

M. Sédillot pratiqua une incision verticale sur le milieu du nez et de la lèvre supérieure, qui fut entièrement fendue. Une autre incision, partant du sommet de la première, fut continuée le long du bord orbitaire inférieur jusqu'à l'apophyse zygomatique. Il divisa, avec un ciseau et le maillet, pour aller plus vite, l'apophyse montante du maxillaire, les angles orbitaires interne et externe, l'arcade zygomatique, la voûte palatine sur la ligne médiane, entre les dents incisives moyennes, qui ne furent pas ébranlées, après avoir coupé les parties molles du raphé palatin avec un bistouri simple et le voile avec un bistouri boutonné, jusqu'auprès de la luette. Un large ciseau, introduit sous le globe de l'œil, rompit la paroi inférieure de l'orbite, et il devint alors assez facile de luxer tout le