

Procédé d'A. Dubois. — On introduit par la bouche une anse de fil dont les chefs au moyen d'une sonde de Belloc ou d'une bougie ont été ramenés par les narines. Un fragment de sonde de 25 millimètres de long répond à la partie moyenne de l'anse qu'elle doit tenir écartée. Un fil de couleur attaché au bout de la sonde et passant aussi par la narine sert à le retirer quand on a placé la ligature autour du polype.

Procédé de Moscati. — On dispose une anse de ligature simple, dont on va chercher les chefs par la narine et par la bouche comme dans le procédé précédent. Les deux chefs ramenés au dehors par la narine, on étale l'anse sur un instrument en forme de cuiller fenêtrée et recourbée, que l'on porte ainsi armé en arrière et au-dessus du voile du palais. Le polype engagé dans cette anse ouverte, on tire sur les deux chefs; l'anse glisse vers le haut de l'instrument jusqu'à la racine du polype qu'elle embrasse; l'instrument est alors retiré, et la striction opérée à l'aide d'un serre-nœud ordinaire (fig. 477).

Procédés de F. Hatin, Rigaud, Leroy d'Étiolles. — Ils consistent à se servir d'instruments spéciaux, ayant pour but de maintenir l'anse de fil écartée pour qu'elle puisse embrasser le polype. On peut faire à tous ces instruments le même reproche, c'est qu'ils sont d'un maniement fort difficile, malgré leur simplicité, et qu'on réussit difficilement à placer l'anse de manière à embrasser le polype. J'ai essayé ces procédés de ligature en me servant des porte-ligature de Hatin et de Charrière; je n'ai pas été satisfait de leur emploi, tandis que je me suis parfaitement trouvé du procédé suivant qui a quelque analogie avec celui qu'emploie Ricord pour le varicocèle. Voici comment je le pratique.

Je prends du cordonnet de soie très solide, dite soie de Chine, j'introduis par la narine une sonde de Bellocq, en ayant soin de longer la cloison des fosses nasales; j'engage les deux chefs du fil, plié en double pour avoir une anse, dans le bout de la sonde sortant par la bouche et en retirant l'instrument, j'ai placé ainsi dans la narine, en dedans du polype, un fil double dont les chefs libres sortent par la narine, tandis que l'anse sort par la bouche. Je réintroduis la sonde en longeant cette fois la paroi externe des fosses nasales, et je retire avec la sonde un fil double placé en dehors du polype et dont les chefs libres sortent par la bouche, tandis que l'anse sort par la narine. Engageant les chefs libres de ces deux ligatures dans l'anse qui lui correspond, je saisis

sûrement le polype, sans avoir à me préoccuper de cette difficulté si grande de guider avec le doigt dans le pharynx une anse dans l'intérieur de laquelle il faut engager le polype.

Pour sectionner le pédicule saisi et serré entre les deux fils, il suffit d'engager dans un serre-nœud le fil qui sort par les fosses nasales, tout en tirant avec les doigts sur les deux chefs du fil

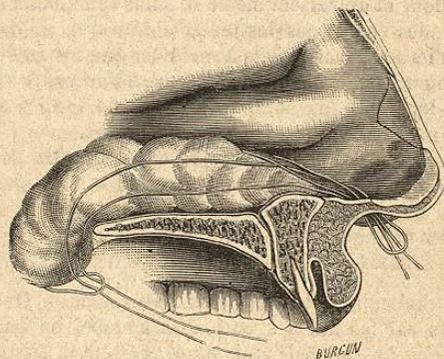


FIG. 478.

Ligature des polypes nasaux.

sortant par la bouche afin de les empêcher de glisser dans l'anse au milieu de laquelle ils sont placés.

De tous ces procédés l'arrachement reste incontestablement le plus facile et le plus sûr.

II. — Des polypes fibreux ou naso-pharyngiens.

On a nommé ces polypes *fibreux*, à cause de leur aspect général, et en effet le microscope y trouve quelquefois une texture purement fibreuse. Mais ils offrent d'autres variétés; les uns sont durs, les autres mous et comme charnus; d'autres durs en un point, ramollis ailleurs. Ils naissent principalement en arrière de la voûte sphéno-basilaire; quelques-uns semblent implantés sur les vertèbres à la paroi postérieure du pharynx, d'autres latéralement sur les apophyses ptérygoïdes; mais l'étude précise de ces diverses insertions laisse encore des lacunes. Quelques-uns ont un pédicule étroit, facile à diviser, et se prêtent à la ligature,

à l'arrachement, à l'excision; d'autres, au contraire, ont une base si large, qu'ils semblent s'insérer sur la plus grande partie de la voûte naso-pharyngienne. A mesure qu'ils se développent, ils remplissent la partie supérieure du pharynx, pénètrent dans les fosses nasales et jusque dans le sinus maxillaire, dépriment le voile du palais et la voûte palatine; se prolongent quelquefois dans les fosses zygomatique et temporale, et enfin refoulent et détruisent même le sinus sphénoïdal et la paroi supérieure des fosses nasales jusqu'à pénétrer dans le crâne. Ajoutez qu'ils sont aussi sujets à récidiver que les autres, et avec plus de danger, à raison de leur tendance à s'accroître; quelques-uns enfin, lorsqu'on les entame, versent du sang à flots, et se rattachent ainsi aux tumeurs les plus malignes.

Quels que soient d'ailleurs les prolongements du polype, c'est à la partie supérieure du pharynx qu'il faut aller chercher son origine. De nombreux procédés ont été institués; ils se rallient tous à deux méthodes générales, selon qu'on attaque le polype par les voies naturelles, ou qu'on se fraye des voies artificielles.

PREMIÈRE MÉTHODE. *Par les voies naturelles.* — On dirige les instruments par les narines ou par la bouche, ou par les deux voies à la fois. Les procédés mis en usage sont la *ligature*, l'*arrachement*, le *broiement*, l'*excision*, la *rugination* et la *cautérisation*.

1° *La ligature.* Elle n'est guère applicable à ces polypes qui ne sont pas pédiculés, et qu'il faut enlever complètement si on ne veut pas avoir de récidive. Je ne crois pas devoir m'y arrêter.

2° *L'arrachement.* On se sert de tenettes courbes qu'on introduit par la bouche et qu'on guide à l'aide de l'indicateur gauche placé dans la bouche. Le plus souvent l'arrachement est un véritable broiement.

3° *Le broiement.* — Velpeau a imaginé d'appliquer le broiement aux polypes fibreux naso-pharyngiens, en les saisissant avec de fortes pinces, et écrasant tout ce qu'il pouvait en saisir. Il pensait qu'il suffît d'en désorganiser une certaine étendue, pour que le reste ne tarde pas à se mortifier; ainsi, dans deux cas où il avait broyé tout au plus le tiers du polype, le reste de la tumeur tomba en putrilage et finit par disparaître.

Si le polype proémine du côté des narines, c'est par les narines qu'on l'attaque; sinon, on se sert de pinces recourbées qui vont le saisir par la bouche en arrière et au-dessus du voile du palais.

Molinari en 1845 et Letenneur en 1856 ont cherché à broyer le pédicule du polype avec des pinces laissées à demeure. Legouest a employé également ce procédé dont Sédillot semble fort à tort vouloir lui attribuer l'invention. Du reste Legouest était arrivé sur le polype non par ses voies naturelles, mais après avoir ouvert la narine gauche et détaché les os propres du nez. Au total le broiement ne peut atteindre avec sécurité toute la racine du polype et laisse craindre la récidive.

4° *L'excision.* — L'excision se pratique ou sur le corps du polype pour en diminuer la masse, et se règle alors d'après les circonstances; ou bien sur le pédicule même. On a cherché à porter par la bouche des instruments recourbés, des cuillers tranchantes; mais le voile du palais oppose un obstacle à peu près insurmontable, et le seul procédé d'excision applicable serait celui de Wathely.

Excision par les narines. Procédé de Wathely. — Dans un cas de polype très volumineux et à pédicule très large, Wathely plaça préalablement une ligature autour du pédicule; puis il introduisit par la narine un bistouri caché dans une gaine, et muni près de sa pointe d'une ouverture par où il fit passer un bout de la ligature. Un aide maintenait l'autre bout; l'instrument fut ainsi dirigé sûrement et immédiatement sur le pédicule, qui n'avait pas moins de 55 millimètres de diamètre en un sens, et de 37 millimètres dans l'autre, et l'excision en fut faite peu à peu avec succès.

5° *Rugination.* — A. Guérin a communiqué, en 1865, à la Société de chirurgie l'observation d'un malade chez lequel il avait excisé un polype en ruginant l'os au niveau du point d'implantation. La rugine courbe, dirigée par le doigt enfoncé dans le pharynx, avait agi par la bouche, sans opération préliminaire. Michaud (de Louvain) a opéré par cette méthode cinq malades pour lesquels il a obtenu trois succès.

6° *Cautérisation.* — Hippocrate et P. d'Égine employaient le fer rouge, protégeant les parties molles par une canule métallique. Nélaton a imaginé et employé surtout pour cette opération son cautère à gaz (voy. tome 1^{er}, p. 66). Maisonneuve, Richard ont employé les flèches caustiques.

On s'est servi du cautère électrique, on pourrait surtout avoir recours à la cautérisation galvanique ou électrolyse. J'ai pu par ce moyen détruire par les voies naturelles un polype qui avait résisté à la ligature et à l'arrachement. En introduisant l'une par

les fosses nasales, l'autre par la bouche les deux aiguilles placées aux pôles négatif et positif, on obtient en un nombre de séances variable avec le volume du polype et sans avoir à redouter aucune hémorrhagie, la destruction de la tumeur.

DEUXIÈME MÉTHODE. *Voies artificielles.* — On a songé successivement à élargir la voie nasale, puis la voie buccale, et finalement les deux à la fois.

1° *Élargissement de la voie nasale.* — On trouve dans le canon Hippocratique l'indication d'un procédé qui consiste à fendre le nez pour porter sur le polype un ou plusieurs cautères actuels. Garengéot, pour faciliter sa sortie, a proposé de séparer l'aile du nez de la joue, en faisant suivre exactement à l'incision le sillon naturel. Enfin Chassaignac a détaché le nez tout entier pour livrer passage à son écraseur linéaire. Voici le procédé.

Procédé de Chassaignac. — Il commence par une incision transversale pratiquée à la racine du nez et allant d'un orbite à l'autre. De l'extrémité gauche de cette incision, il en fait partir une seconde qui descend un peu obliquement jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'orifice des narines; puis à celle-ci il en ajoute une troisième qui s'étend en travers de gauche à droite au-dessous du nez et dans toute la largeur de cet organe. Le nez se trouve ainsi inscrit dans un lambeau rectangulaire, qui ne tient que par son côté droit au reste de la face. On divise les cartilages et on les dissèque avec la peau, de manière à rejeter le lambeau sur la joue droite. C'est le premier temps (fig. 479).

On pratique ensuite, à l'aide d'un perforatif monté sur un manche solide, une ouverture qui répond au haut du nez et qui va transversalement d'un orbite à l'autre, en perforant les apophyses montantes de l'os maxillaire. Une scie à chaîne, passée dans cette ouverture, divise les os du nez en travers; deux autres scies, enfoncées par les extrémités de l'ouverture et ressortant au niveau des narines, divisent de haut en bas et de chaque côté les apophyses montantes; et l'on résèque ainsi le squelette du nez. On a dès lors une voie spacieuse, que l'on peut agrandir au besoin en enlevant tout ou partie de la cloison ou des cornets (fig. 480).

Il reste à engager la chaîne de l'écraseur autour du pédicule du polype, soit en faisant pénétrer l'anse dans le pharynx et l'ajustant avec les doigts, comme dans le procédé de ligature d'A. Dubois; soit en disposant autour du pédicule une simple

anse de fil rattachée par un bout à l'extrémité de la chaîne, que l'autre bout servira à entraîner. Le pédicule saisi, on le divise en suivant les règles générales (voy. tome I^{er}, page 51).

Pour le deuxième temps de l'opération, Chassaignac avertit lui-même que les scies à chaîne pourraient être remplacées chez les jeunes sujets par les cisailles de Liston; et j'ajouterai que, dans tous les cas, il serait bien préférable de laisser les os



FIG. 479.

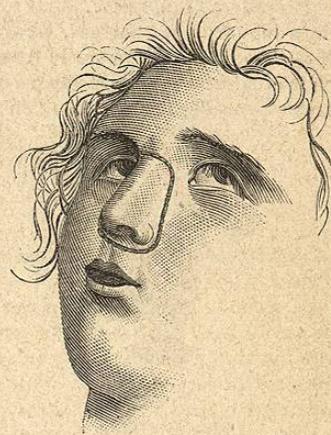


FIG. 480.

Procédé de Chassaignac.

adhérents à leurs cartilages et au reste du lambeau que de les détruire.

Enfin, l'opération peut être limitée dans certains cas à la dissection du lambeau des parties molles; Chassaignac s'est ainsi comporté pour un polype assez volumineux qu'il put enlever par arrachement et par excision, sans avoir recours à l'écraseur.

Procédé de Bæckel. — L'incision est la même que dans le procédé de Chassaignac; un trocart enfoncé d'un sac lacrymal à l'autre permet de passer une scie à chaîne avec laquelle on scie les os du nez à leur base; puis on coupe l'apophyse montante du maxillaire gauche, la cloison des fosses nasales et l'on brise l'apophyse montante du côté droit en la renversant avec les os du nez saisis avec une pince garnie d'amadou, ou bien on la brise au moyen

d'un ciseau introduit par le nez; on a ainsi un lambeau comprenant le nez et son squelette, lambeau qui sera ultérieurement réappliqué. On extrait enfin les cornets et le reste de la cloison. Ce procédé, essayé sur le cadavre par Bæckel en 1863, a été publié par lui dans la traduction du livre d'Heyfelder: c'est donc à tort que Von Brun^s qui le premier, il est vrai, l'appliqua sur le vivant, a réclamé la priorité.

Procédé de Lawrence. — Il est surtout applicable aux polypes fibro-muqueux des narines. Lawrence en 1862 détacha le nez sauf à sa base, et le releva sur le front, y compris les os du nez et la cloison laissés adhérents aux parties molles. Ollier eut recours au même procédé, mais pratiqué en sens inverse: le nez était divisé

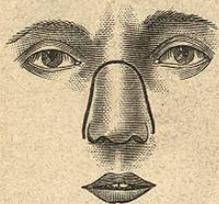


FIG. 481.

Procédé d'Ollier.



FIG. 482.

Procédé de Lawrence.

à sa base, mais il restait adhérent au niveau des ailes et de la sous-cloison et était abaissé au-devant de la lèvre supérieure (fig. 481-482).

2° *Élargissement de la voie buccale.* — Manne (d'Avignon) avait fendu le voile du palais de bas en haut, à côté de la luette; J.-L. Petit l'avait fendu des deux côtés à la fois; Nélaton a ouvert à la fois le voile du palais et la voûte palatine.

Procédé de Nélaton. — Le malade assis, la tête renversée en arrière et appliquée contre la poitrine d'un aide, on lui fait ouvrir largement la bouche; on saisit et l'on attire avec une pince à griffes le bord libre du voile du palais, et avec le bistouri ou les ciseaux on divise ce voile de bas en haut, sur la ligne médiane, jusqu'à ses attaches à la voûte palatine. Le bistouri prolonge même cette incision en avant sur la voûte, dans l'étendue de 2 centimètres,

tres, en divisant soigneusement toutes les parties molles jusqu'aux os. C'est le premier temps (fig. 483).

Dans un second temps, à l'extrémité antérieure de la première incision, on en fait une seconde transversale, longue aussi de 2 centimètres, et qui complète une incision en T; puis on décolle les lambeaux d'avec les os à droite et à gauche, avec un grattoir ou une spatule (fig. 484).

Il faut encore, avec des ciseaux ou un bistouri, séparer en travers la lame supérieure du voile du palais du bord osseux auquel

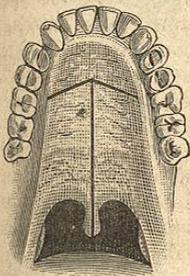


FIG. 483.

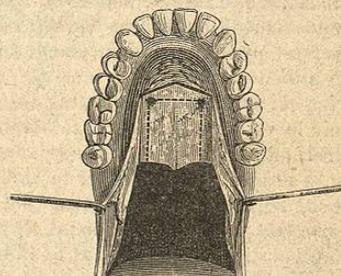


FIG. 484.

Procédé de Nélaton.

il adhère, dans l'étendue d'un centimètre de chaque côté, sans échancre les lambeaux déjà décollés.

On écarte ces lambeaux à l'aide d'érigines tenues par des aides; on perfore la voûte palatine avec un poinçon aux deux extrémités de l'incision transversale; par ces deux trous on enfonce les deux branches d'une cisaille de Liston, dirigées obliquement en haut et en arrière, et l'on coupe la portion osseuse comprise entre les deux perforations en même temps que la partie adjacente du vomer. Quelquefois cette section fait éclater la portion postérieure et moyenne de la voûte; sinon, on la divise à droite et à gauche jusqu'à son rebord postérieur avec la même cisaille; puis on s'occupe d'extraire les fragments d'os éclatés ou réséqués, en respectant autant que possible le périoste et la muqueuse de la face supérieure. On se borne à diviser cette muqueuse sur la ligne médiane; puis, ses lambeaux écartés, la vue porte directement sur le polype que l'on saisit avec des pinces de Museux, et dont l'excision devient facile, soit avec un bistouri, soit avec de longs ciseaux courbes.

Rien de si simple d'ailleurs que de remplacer l'excision par la ligature ou tout autre procédé de destruction. Mais le procédé de Nélaton a une portée plus haute; le premier il a cherché à prévenir la repullulation du polype, abandonnée jusqu'alors au hasard. C'est pourquoi il ne s'arrête pas après l'excision; si même les bords de l'incision du voile tendent à se réunir spontanément, il s'attache à empêcher cette réunion jusqu'à ce que le polype lui paraisse radicalement détruit.

Une fois donc que l'inflammation, suite de la première opération, est apaisée, il attaque le point d'implantation du polype, soit avec le caustique Filhos, soit avec le fer rouge, en garantissant soigneusement la bouche et les côtés du pharynx, puis il attend; s'il aperçoit quelque commencement de récurrence, il recautérise, et puis il attend encore; et ce n'est qu'après avoir constaté que la cicatrice est solide et ne tend plus à dégénérer, qu'enfin il songe à réunir le voile du palais par la staphylorrhaphie.

Botrel, afin de mieux assurer le succès de cette dernière opération, a proposé de ne diviser le voile qu'en partie, en laissant intact son bord inférieur. D'autres ont borné la section au voile, en respectant la voûte palatine; A. Richard ouvrait au contraire la voûte palatine, en respectant le voile du palais.

3^e Résection du maxillaire supérieur — *Élargissement des voies nasale et buccale.* — Lorsque le polype est énorme et remplit les fosses nasales de ses embranchements, Syme d'abord, ensuite Flaubert et Michaux de Louvain, ont enlevé l'os maxillaire supérieur, et ont trouvé d'assez nombreux imitateurs. Nous avons donné (tome I, p. 470) les procédés mis en usage pour cette opération.

TROISIÈME MÉTHODE. — *Résections temporaires.* — Au lieu d'enlever l'os maxillaire, perte fâcheuse et irréparable, Langenbeck a essayé d'en produire la luxation partielle, pour le remettre ensuite en place et en assurer la réunion par la conservation du périoste.

Premier procédé de Langenbeck. — Une incision étendue du milieu de la racine du nez jusqu'au côté externe de son aile, permit de disséquer la peau en conservant le périoste. A l'aide de fortes ciseaux, le chirurgien coupa d'abord l'os propre du nez jusqu'à l'épine nasale du frontal, en longeant la cloison; puis, par une section transversale pénétrant dans le sinus maxillaire, il divisa la base de l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur. Ces deux sections opérées, à l'aide d'un élévateur introduit dans

la fosse nasale, les os furent luxés en haut et soulevés au-devant du front. Le polype fut extrait sans difficulté; après quoi les os luxés, qui restaient adhérents par un lambeau large d'environ 3 centimètres, périostique d'une part, muqueux de l'autre,

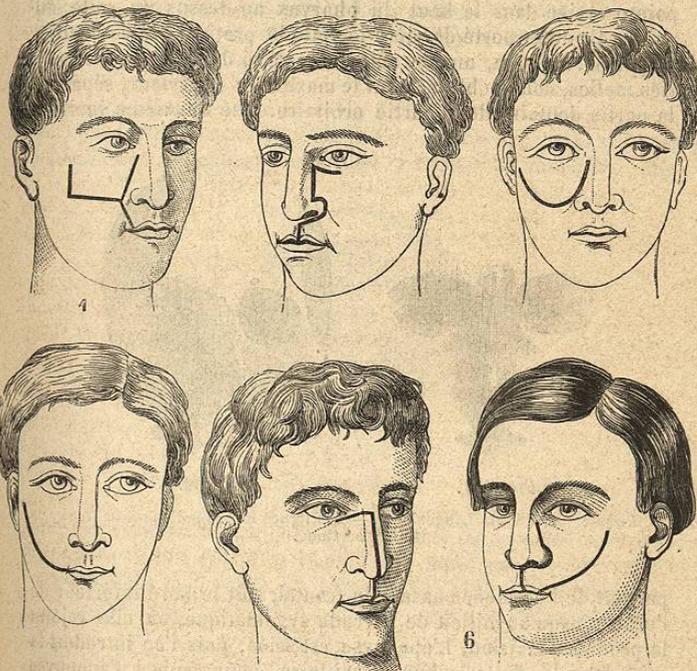


FIG. 485 à 490.

RÉSECTION COMPLÈTE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR : TRACÉ DE L'INCISION.

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. Procédé de Gensoul. | 4. Procédé de Velpeau. |
| 2. — Nélaton. | 5. — Maisonneuve. |
| 3. — Langenbeck. | 6. — Fergusson. |

furent remis en place, et la peau réunie par suture. Au bout de quinze jours la réunion paraissait complète (fig. 491).

Deuxième procédé de Langenbeck. — Une incision convexe en bas comprenant toute l'épaisseur des parties molles est faite au

travers de la joue depuis l'aile du nez jusqu'à la partie moyenne du bord inférieur de l'os malaire. Le masséter est détaché de son insertion à l'os malaire, la bouche est largement ouverte et une scie de Larrey est passée dans la fosse sphéno-maxillaire au travers du trou sphéno-palatin, de sorte que sa pointe arrive dans le haut du pharynx au-dessus du voile du palais. Le doigt porté derrière le voile le protège contre l'action de la scie, laquelle, menée suivant le tracé de l'incision des parties molles, coupe obliquement le maxillaire supérieur, séparant la partie dentaire de la partie orbitaire. Une deuxième incision



FIG. 491.

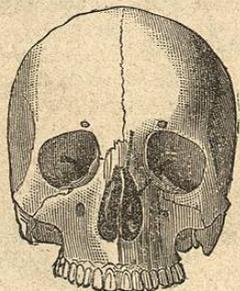


FIG. 492.

Premier procédé de Langenbeck. — Les lignes noires indiquent le tracé des sections.

partant de l'éminence nasale du frontal, suit le bord inférieur de l'orbite jusqu'au milieu de l'arcade zygomatique, où elle rejoint la première incision. L'apophyse est sciée, puis l'on introduit la scie dans la fente sphéno-maxillaire, pour couper l'apophyse orbitaire de l'os malaire et l'on scie ensuite le maxillaire dans la direction de la seconde incision jusqu'au niveau du sac lacrymal. Alors, avec un levier introduit derrière l'os malaire, on luxe le maxillaire en avant, on le rabat sur le milieu de la face et l'on procède à l'extraction du polype. L'opération faite, on rabat à sa place la partie moyenne du maxillaire qui a été séparée de ses portions orbitaire et alvéolaire, mais qui a conservé toutes ses connexions avec la peau qui la recouvre et la nourrit, et l'on réunit les parties molles par la suture.

Le premier procédé de Langenbeck qui ouvre la série des résections temporaires fut mis en pratique et publié en 1859;

le second ne fut mis en usage qu'en 1861 et pour une tumeur de la fosse ptérygo-maxillaire, après qu'Huguier eut pratiqué la résection temporaire du maxillaire supérieur.

Procédé de Huguier. — Une boutonnière est faite au voile du palais, à son insertion à la voûte palatine. Par cette ouverture on passe un ruban de fil qui devra servir plus tard à opérer des tractions sur le maxillaire. Puis deux incisions allant jusqu'aux os sont pratiquées à la face : l'une partant du milieu du sillon latéral du nez, descend jusqu'au milieu de la lèvre supérieure en contournant l'aile du nez; l'autre convexe en bas, va de la commissure labiale à l'insertion malaire du masséter (fig.

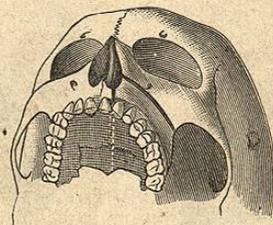


FIG. 493.

Procédé de Huguier.

492, 493). Reste alors à diviser les os. Avec une scie de Larrey on coupe horizontalement le maxillaire supérieur et l'os palatin comme dans le procédé de Langenbeck. L'apophyse ptérygoïde est coupée à sa base avec une forte pince de Liston et un trait de scie, assez peu profond pour n'atteindre qu'une partie de son épaisseur, est donné sur la face nasale de la voûte palatine, contre la cloison. Un levier est alors introduit entre les deux parties séparées du maxillaire, on fait une pesée pendant qu'on tire sur l'os au moyen du ruban de fil embrassant la voûte palatine. La partie inférieure du maxillaire supérieur est abaissée et ouvre l'accès du pharynx. Le polype extirpé, l'os est remis en place (fig. 493).

Par leurs procédés, Langenbeck déplace la partie supérieure du maxillaire et Huguier la partie inférieure de cet os; Jules Roux a proposé de le déplacer en totalité par le procédé suivant:

Procédé de J. Roux. — Incision des parties molles au niveau

de l'apophyse orbitaire externe et section de cette apophyse par la scie à chaîne passée dans la fente sphéno-maxillaire. Incision isolée de la peau sur l'apophyse zygomatique et section de cette apophyse. Incision commençant au sac lacrymal et aboutissant au milieu de la lèvre supérieure en contournant l'aile du nez. Section de la base de l'apophyse montante au niveau de l'orbite. Séparation de l'apophyse ptérygoïde d'avec le maxillaire par une pesée faite avec un ciseau enfoncé entre les deux os, derrière la dent de sagesse; enfin, incision transversale détachant le voile du palais de la voûte palatine du côté correspondant, et section d'avant en arrière de la voûte palatine. Le maxillaire ne tenant

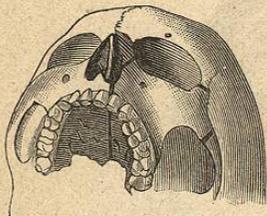


FIG. 494.



FIG. 495.

Procédé de J. Roux.

plus que par quelques fragments de périoste et de parties molles, luxé en haut et écarté, permet d'arriver jusque dans le pharynx (fig. 494, 495).

Appréciation. — On ne saurait se prononcer catégoriquement sur la supériorité de telle ou telle méthode. La nature, le volume, le mode d'implantation de la tumeur, la tendance plus ou moins grande aux hémorrhagies, l'existence de récidives antérieures, la santé générale du malade créent autant d'indications qui doivent modifier la conduite du clinicien. La *ligature*, difficile à placer, ne serait applicable qu'aux polypes pédiculés. L'*arrachement* agit à l'aveugle et ne peut être conseillé pour la plupart de ces polypes. Le *broiement* est peu applicable aux polypes volumineux, à large base d'implantation; toutefois il a donné quelques succès et pourrait être employé comme moyen palliatif.

La *rugination* a été employée par Guérin et par Michaud (de Louvain), sans opération préliminaire et par la bouche; elle est

applicable aux polypes peu volumineux qui permettent au doigt indicateur d'arriver à leurs insertions pour servir de guide à la rugine; mais comme le fait observer Michaud qui a opéré cinq malades par cette méthode, elle ne met qu'incomplètement à l'abri des récidives puisqu'on ne peut surveiller la surface d'implantation. Cette récidive est survenue chez un des opérés, un autre a succombé à une ostéite purulente de l'apophyse basilaire, suivie de méningite. La rugination, en détruisant le périoste au point d'implantation, est une méthode qui doit être employée comme adjuvant des autres méthodes, alors qu'on a eu recours à des opérations préliminaires.

La *cautérisation* n'a pas encore fait suffisamment ses preuves comme procédé opératoire isolé, mais elle peut être employée comme moyen adjuvant pour mettre à l'abri de la récidive.

Quant à l'*electrolyse*, si les ennuis d'une instrumentation chirurgicale compliquée ont nui à sa vulgarisation, les recherches, les tentatives auxquelles je me livre depuis quinze ans me font espérer d'y trouver une méthode thérapeutique précieuse contre cette redoutable affection. Énergique et sûre dans son action, elle peut dans beaucoup de cas exempter des opérations préliminaires graves, comme l'ablation du maxillaire, et n'exiger que la section du voile du palais, ou, dans les cas graves, de la voûte palatine et du voile.

Une question plus controversée est celle des opérations préliminaires, du choix à faire entre les procédés servant à élargir la voie buccale ou la voie nasale et l'ablation définitive ou temporaire du maxillaire supérieur. Michaud, partisan de l'ablation totale du maxillaire supérieur, mais sachant, quand il y a indication, recourir à d'autres méthodes, oppose au procédé de Nélaton les nombreuses récidives mentionnées dans la thèse de De Gandt (Paris, 1866). Or cette statistique est passible du reproche grave qu'on peut faire à toutes celles qui ne sont pas intégrales: elle n'est pas l'expression exacte de faits généraux, puisqu'elle ne s'appuie que sur quelques faits particuliers. Ainsi, il est impossible d'admettre que la résection de la voûte palatine donne plus de morts que l'ablation totale du maxillaire, et je connais plusieurs cas de mort pendant cette dernière opération, lesquels n'ont pas été publiés par les chirurgiens qui les ont observés. L'ablation totale a ses indications. Elle convient quand le polype est large, volumineux et envoie des prolongements du côté des sinus, de la fente ptérygo-palatine, ou sphéno-maxillaire. Du reste, si Michaud, dont le nom fait autorité dans cette question, a soutenu la supériorité de l'ablation totale du maxillaire sur l'abla-

tion partielle de la voûte palatine, il ne s'ensuit pas qu'il soit partisan exclusif de cette grave opération. Comme règle générale il donne la préférence à l'ablation de la portion inférieure du maxillaire en conservant l'os incisif et les dents qu'il supporte, l'apophyse montante et le plancher de l'orbite. Il a opéré par cette méthode treize malades et a obtenu dix succès; un des opérés mourut d'hémorrhagie, les deux autres de méningite. Cette méthode est aussi celle qui me paraît préférable dans la généralité des cas; elle permet de voir jusqu'au fond du pharynx, d'employer la rugination du périoste au niveau du point d'implantation, et de surveiller les récidives, point des plus importants dans la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens.

Parmi les opérations partielles, faut-il préférer la voie palatine ou la voie nasale?

La voie nasale, bonne pour les polypes fibreux des fosses nasales me paraît devoir être abandonnée quand il s'agit d'un véritable polype naso-pharyngien; même en détruisant la cloison et les cornets, c'est à peine si l'on voit nettement au fond du pharynx. La voie palatine peut être suivie avec avantage dans les polypes encore peu volumineux et dont le point d'implantation est assez bas.

Les résections temporaires, très séduisantes au premier abord, donnent prise à de graves objections. Le premier procédé de Langenbeck fut employé pour des polypes nasaux; le second pour une tumeur de la fosse sphéno-maxillaire. L'opération de Huguier ne donna que fort peu de jour, le maxillaire replacé conserva une grande tendance au déplacement et six mois après il était encore mobile. Le procédé de J. Roux ne fut essayé que sur le cadavre; le maxillaire est tellement isolé, que sa vitalité pourrait bien être compromise d'une façon sérieuse. En résumé, ces opérations n'ont pas encore fait leurs preuves et la résection pure et simple, malgré les inconvénients d'une difformité ultérieure, paraît encore le procédé capable de donner le meilleur résultat. Enfin, il est un point sur lequel nous devons attirer l'attention: les polypes naso-pharyngiens affectent surtout les adolescents; les progrès naturels de l'âge semblent arrêter les progrès du polype; si quelques-uns menacent immédiatement la vie et exigent une opération radicale, il en est pour lesquels on peut recourir aux méthodes qu'on pourrait appeler palliatives: arrachement, broiement, cautérisation, électrolyse. On pourra avoir quelques récidives, mais dans bon nombre de cas nous sommes convaincu que ces récidives pourront être rares, espacées à de longs intervalles, et pourront même, en cessant de se pro-

duire, éviter au malade des opérations radicales, dangereuses par-elles mêmes et par les opérations préliminaires qu'elles nécessitent.

CHAPITRE IV

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA BOUCHE ET SES DÉPENDANCES

Nous étudierons successivement les opérations qui se pratiquent sur les lèvres, celles que nécessitent les affections de la joue, puis celles qui se pratiquent sur l'appareil salivaire, sur la langue, sur les amygdales, et enfin sur le voile du palais.

ARTICLE PREMIER

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES LÈVRES

I. — Bourrelet muqueux de la lèvre.

On observe quelquefois à la face interne du bord libre de la lèvre supérieure, plus rarement à la lèvre inférieure, une sorte de bourrelet rougeâtre congénital, tantôt sous la forme d'un ou de plusieurs petits tubercules, tantôt avec l'aspect d'une saillie transversale qui tend à renverser la lèvre en dehors dès que le malade veut rire ou parler. C'est une sorte d'hypertrophie bornée à la muqueuse.

Procédé opératoire. — Un aide renverse la lèvre en dehors, de manière à mettre sa face interne en évidence; le chirurgien, armé de bonnes pinces, saisit le bourrelet transversalement et aussi largement que possible, le soulève un peu, et, avec des ciseaux courbes sur le plat ou un bistouri ordinaire, en pratique l'excision complète. La plaie régulière qui en résulte n'a besoin d'aucun pansement, et en général se cicatrise très promptement.

II. — Gonflement de la lèvre supérieure.

Anatomie. — Le gonflement de la lèvre supérieure, signe de scrofules en général, peut aussi survenir chez des sujets exempts