

On se sert généralement d'un petit couteau en serpette, et l'on attaque de préférence la paroi externe. S'il s'agit donc d'un kyste à produits liquides, on fait une large ouverture, dirigée d'avant en arrière, au-dessus des racines des dents lorsque celles-ci sont conservées; et l'on opère en ce sens une perte de substance en rapport avec la dilatation du sinus. Pour les tumeurs solides, il est rare que cette incision suffise; on y joindra une incision verticale, étendue de l'extrémité interne de la première jusque vers la base de l'orbite, en longeant l'apophyse montante de l'os maxillaire, et enfin on enlèvera au besoin toute la portion exubérante de la paroi externe. On conçoit d'ailleurs que le développement énorme du sinus, la présence de fistules, ou d'autres circonstances imprévues forceraient à modifier l'opération.

### Art. III. — Des polypes des fosses nasales.

On distingue essentiellement, au point de vue chirurgical comme au point de vue anatomique, les *polypes muqueux*, occupant généralement la partie antérieure des fosses nasales, et les *polypes fibreux*, siégeant de préférence à la partie postérieure et dans le pharynx, d'où leur vient le nom de *polypes naso-pharyngiens*.

#### 1° Des polypes muqueux.

Ces polypes, très mous, sont constitués par une membrane extérieure lisse, polie, d'une couleur blanc sale ou rougeâtre, et d'un tissu cellulaire gorgé de sérosité et renfermant quelquefois des vésicules distinctes. Ils paraissent s'implanter le plus souvent entre les cornets supérieur et moyen, près du sinus maxillaire, quelquefois à la paroi supérieure, bien rarement sur la cloison des fosses nasales; et quoiqu'ils puissent aussi se porter en arrière, presque constamment ils se développent en avant, de manière à sortir par les orifices antérieurs des narines.

C'est aussi par là qu'on les attaque. On a conseillé de les traiter par les injections astringentes, de les toucher avec divers caustiques, nitrate d'argent, beurre d'antimoine, etc. Ces moyens sont d'une valeur très équivoque, et les caustiques puissants offriraient des dangers réels. Les seuls procédés convenables sont l'*arrachement* et l'*excision*.

1° *Arrachement*. — Le malade assis en face du jour, la tête renversée en arrière et soutenue par un aide, le chirurgien écarte l'aile

du nez avec les doigts de la main gauche, et de l'autre main introduit les pinces à polype bien fermées; il les ouvre dès qu'il arrive sur la tumeur, et les fait pénétrer aussi loin que possible. Quand le polype est bien saisi, on ferme solidement les pinces, et on les fait tourner sur elles-mêmes, toujours dans le même sens, sans aucune traction d'abord; puis, quand on juge que la torsion de la portion saisie est suffisante, on retire les pinces à soi et on l'arrache; et l'on recommence ainsi jusqu'à ce que la totalité du polype soit extraite.

On peut aussi bien essayer d'attirer à soi le polype sans torsion préalable. Si le polype cède et s'avance vers l'orifice des narines, on prend une seconde pince semblable à la première, ou bien encore une pince à torsion avec laquelle on le saisit près de sa racine; et l'on continue les mêmes manœuvres jusqu'à ce que l'on soit parvenu à rompre cette racine ou à l'attirer entièrement au dehors.

Quelquefois le polype se déchire, et il faut recommencer l'opération à plusieurs reprises; ou bien encore l'effusion du sang est si forte, qu'elle masque les objets, et force de remettre l'opération à un autre jour.

Si le polype remplissait toute la longueur des fosses nasales, ce qui est bien rare, il serait utile d'introduire par la bouche le doigt indicateur gauche, la pulpe regardant en haut, pour appuyer sur la partie postérieure du polype, et le pousser directement en avant. M. Michon, ayant usé une fois inutilement de cette manœuvre, a porté par la narine dans la bouche un fil auquel il a noué un bourdonnet, de manière, en retirant ce bourdonnet, à presser sur le polype d'arrière en avant.

2° *Excision*. — Le polype saisi et attiré au dehors à l'ordinaire, un peu au-dessus des premières pinces, je place des pinces à disséquer; puis après l'avoir attiré encore un peu plus, de nouvelles pinces, et ainsi de suite jusqu'à ce que toute traction menace de déchirer le polype dans l'endroit saisi. Alors je porte le plus loin possible au delà des pinces, soit un bistouri boutonné, soit des ciseaux courbes, et je divise d'un seul coup le pédicule.

Plusieurs chirurgiens rejettent l'excision, sans aucune raison sérieuse. Ces polypes sont très sujets à récidiver, mais récidivent aussi bien après l'arrachement; et la seule considération qui doive ici diriger le chirurgien, c'est la possibilité d'atteindre le polype le plus loin possible avec l'un ou l'autre procédé.

## 2° 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; et déjà on a constaté dans plusieurs la prédominance du tissu fibro-plastique. 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* et l'*excision*.

1° *La ligature.* — La ligature consiste en une anse de fil introduite par les narines dans l'arrière-gorge, de manière à embrasser le pédicule du polype, et qu'on serre ensuite à l'aide d'un serre-nœud. La difficulté capitale est de diriger l'anse sur le pédicule du polype. On peut se servir, à cet effet, d'un fil métallique dont les deux chefs sont enfermés dans la canule simple de Fallope, ou la

canule double de Levret; l'anse terminale est portée directement par la narine dans le pharynx, où il faut toutefois aller la déployer et l'ajuster sur le pédicule du polype, à l'aide du doigt introduit par la bouche. Mais les ligatures souples ont été plus fréquemment employées; et pour les porter dans le pharynx et les y déployer à volonté, on compte un assez bon nombre de procédés ingénieux. Le plus simple, en ce qu'il n'a besoin d'aucun instrument spécial, est celui d'A. Dubois.

*Procédé d'A. Dubois.* — On dispose une anse de fil fort et suffisamment long, maintenue ouverte par un segment de sonde élastique, dont la longueur peut varier de 12 à 25 millimètres et plus. A ce segment, qui coule librement sur l'anse, est attaché un fil de couleur; un autre fil est noué à la partie moyenne de l'anse elle-même.

Cet appareil préparé, on introduit par la narine où siège le polype une sonde de gomme élastique qui se replie contre la paroi postérieure du pharynx, et qu'on va chercher avec le doigt indicateur pour en ramener l'extrémité par la bouche. On attache aux yeux de cette sonde le fil de couleur et les deux extrémités de l'anse, et l'on retire le tout par la narine. On a alors trois fils pendants par la narine, qui servent à tirer l'anse de ce côté, et au besoin à la débarrasser du segment de sonde; plus un quatrième fil sortant par la bouche, et servant à retirer l'anse en bas, au cas échéant. On enlève alors la sonde conductrice, qui n'a plus d'utilité.

Ceci fait, le chirurgien plonge l'indicateur gauche, et quelquefois le médius ensemble, au fond de la bouche, les recourbe pour arriver à la partie postérieure des narines, reconnaît le polype, dont la position a dû être préalablement étudiée, et tâche de diriger l'anse de manière à l'embrasser complètement. Quand il croit avoir réussi, il commande à un aide de tirer à la fois sur les deux bouts de l'anse et sur le fil de couleur. Si cette traction rencontre un obstacle, c'est un signe que l'anse est bien placée; si au contraire l'anse se laisse entraîner sans résistance, c'est que le but est manqué; alors on retire l'anse en arrière au moyen du fil resté dans la bouche. On réitère les tentatives, et, autant que possible, on ne retire pas les doigts avant d'avoir réussi, à moins que l'état du malade ne le demande.

Lorsqu'enfin le polype est solidement embrassé par l'anse, on retire le segment de sonde tenu par le fil de couleur; on passe les deux bouts de l'anse dans un serre-nœud, et l'on étreint le polype au degré convenable. Le serre-nœud est laissé à demeure; le fil de la bouche, resté aussi en permanence, est rattaché à l'extrémité

externe de l'instrument. Tous les deux ou trois jours, on augmente la striction de la ligature; du huitième au dixième, le pédicule est coupé, et un mouvement de traction un peu fort ramène le polype avec le serre-nœud.

*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 jusque sur la racine du polype qu'elle embrasse; l'instrument est alors retiré, et la striction opérée à l'aide d'un serre-nœud ordinaire.

D'autres instruments plus ou moins compliqués ont été inventés dans le même but par MM. F. Hatin, Rigaud, etc.; et finalement M. Velpeau a pensé qu'une simple cuiller recourbée remplirait aussi bien l'indication. Il est à remarquer cependant que tous les instruments dirigeant l'anse du fil horizontalement en haut ne conviennent que pour les polypes insérés à la voûte du pharynx; aussi M. Hatin avait-il des instruments particuliers pour les polypes à insertion latérale. L'anse d'A. Dubois échappe à cet inconvénient.

2° *L'arrachement.* — On pourrait pratiquer l'arrachement à l'aide d'une anse de fil métallique ou autre portée sur le pédicule du polype par l'un des procédés précédents; et cela serait d'autant plus facile qu'à l'aide d'une striction préalable, on aurait rétréci et en partie coupé le pédicule. Mais plus généralement on se sert de tenettes courbes qu'on introduit par la bouche, et qu'on guide à l'aide du doigt indicateur gauche jusque sur la tumeur.

On comprend que la courbure des tenettes empêche tout mouvement de torsion, et rend ainsi les efforts d'arrachement moins efficaces. Aussi le plus souvent l'arrachement a été combiné avec l'excision, et quelquefois les opérateurs ont joint aux pinces l'action des doigts et des ongles. Enfin, quand un prolongement du polype s'avance vers l'orifice antérieur des fosses nasales, c'est par cet orifice qu'on va le saisir avec de fortes tenettes. Si les tenettes ne pouvaient être introduites articulées, Richter a conseillé de les désarticuler et d'introduire les branches séparément, comme pour le forceps. Dans un cas où les tenettes lui paraissaient inapplicables, Manne traversa la portion la plus apparente du polype avec une aiguille très forte enfilée de deux rubans de fils cirés; par

des tractions exercées sur ces rubans, il amena au dehors une autre portion du polype, qu'il traversa de même avec d'autres fils; et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il eût quatre ligatures; encore fut-il obligé de seconder les tractions en poussant le polype d'arrière en avant à l'aide de deux doigts introduits par la bouche.

3° *Le broiement.* — M. 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 peut en saisir. Il pense qu'il suffit 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. Au total, le broiement peut venir en aide à l'arrachement, et le remplacer au besoin.

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 y 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 alentour; 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.

*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.

Garengoet, 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 M. Chassaignac a détaché le nez tout entier pour livrer passage à son écraseur linéaire. Voici le procédé.

*Procédé de M. 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.

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.

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 (voyez page 20.)

Pour le deuxième temps de l'opération, M. 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 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; M. 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.

*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; M. Nélaton a ouvert à la fois le voile du palais et la voûte palatine.

*Procédé de M. 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 antérieur 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, en divisant soigneusement toutes les parties molles jusqu'aux os. C'est le premier temps.

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 des os à droite et à gauche, avec un grattoir ou une spatule.

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

M. 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; M. A. Richard ouvre au contraire la voûte palatine, en respectant le voile du palais.

J'avais pensé qu'en ruginant ou creusant avec la gouge le point de l'os où le polype a pris son origine, on éviterait la repullulation, comme pour l'exostose sous-unguéale du gros orteil; mais jusqu'ici je n'ai pu en avoir l'occasion de mettre cette idée à exécution.

3° *Élargissement des deux voies à la fois.* — Lorsque le polype est énorme et remplit les fosses nasales de ses embranchements, M. Syme d'abord, ensuite M. Flaubert, ont enlevé l'os maxillaire supérieur, et ont déjà trouvé d'assez nombreux imitateurs. Nous avons donné (p. 215) les procédés mis en usage pour cette opération.

Au lieu d'enlever l'os maxillaire, perte fâcheuse et irréparable, M. 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.

*Procédé de M. Langenbeck.* — Une incision étendue du milieu de la racine du nez jusqu'au côté externe de son aile, permet de disséquer la peau en conservant le périoste. A l'aide de fortes cisailles, le chirurgien coupe 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 adhé-

rents par un lambeau large d'environ 3 centimètres, périostique d'une part, muqueux de l'autre, furent remis en place, et la peau réunie par suture. Au bout de quinze jours la réunion paraissait complète.

*Appréciation.* — S'il ne s'agissait que d'enlever le polype, certes, pour peu que son volume s'y prêtât, il faudrait essayer avant tout les procédés de la première méthode. S'ils ne suffisaient point, l'incision du voile ou de la voûte palatine devrait venir en second lieu; et comme ressource extrême, la luxation de l'os maxillaire serait de beaucoup préférable à sa résection.

Mais un élément trop oublié est venu changer les conditions de la thérapeutique. Il faut, non pas seulement enlever le polype, mais, chose plus difficile, empêcher la récurrence, et tenir les voies ouvertes tout le long temps que devra durer le traitement. Ce temps est en effet très long, et d'autant plus que le polype est d'une nature plus suspecte. Le premier opéré de M. Nélaton portait un polype purement fibreux; il a dû être cautérisé une douzaine de fois, et le traitement a duré trois mois, sans compter la staphyloraphie; plusieurs années après, il n'y avait pas de récurrence. On cite trois autres guérisons obtenues en trois ou quatre mois; mais les sujets n'ont pas été revus assez longtemps après pour qu'on puisse affirmer une guérison radicale. Un autre exigea sept mois de traitement; il resta guéri dix-huit mois, et eut ensuite une récurrence. Enfin M. Richard en a traité un durant dix-huit mois, multipliant les cautérisations avec la pâte de zinc, avec le galvanisme, les ligatures partielles, etc.; la tumeur versait du sang au moindre contact, et repullulait avec une extrême rapidité; et finalement le sujet finit par succomber.

Ces hémorrhagies abondantes ne sont pas très rares; M. Nélaton a perdu un sujet par cette cause; un opéré de M. Michaux avait perdu tant de sang, qu'on jugea urgent de procéder, séance tenante, à la transfusion. L'opération a bien aussi d'autres dangers; au total M. Nélaton a eu deux morts sur six opérés.

A côté de ces cas graves viennent se placer des cas heureux, malheureusement trop exceptionnels. Thierry a vu un polype tomber en gangrène à la suite d'une pression momentanée de son pédicule; et plus de quatre ans après il n'y avait pas eu de récurrence.

Mais comme il est impossible jusqu'à présent de distinguer ces polypes si bénins de ceux qui le sont moins, pour peu que la tumeur ait de volume, le plus sage est de recourir au procédé de M. Nélaton, sauf peut-être la modification proposée par M. Botrel; et lorsqu'elle est développée outre mesure, il faut enlever l'os maxillaire en entier, à moins qu'on n'essaye de tenter d'abord la luxation de cet os pour

enlever le polype, et de conserver ensuite la voûte palatine ouverte pour en poursuivre les dernières repullulations.

#### 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.

##### Art. I<sup>er</sup>. — Opérations qui se pratiquent sur les lèvres.

###### 1<sup>o</sup> 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.

###### 2<sup>o</sup> Gonflement de la lèvre supérieure.

*Anatomie.* — Le gonflement de la lèvre supérieure, signe de scrofules en général, peut aussi survenir chez des sujets exempts de cette maladie. A la dissection, on trouve généralement le tissu cellulaire très épais et infiltré de sérosité; les muscles pâles, décolorés, tantôt aussi minces que ceux d'un vieillard, plus rarement épaissis par l'interposition de tissu cellulaire entre leurs fibres. La membrane muqueuse participe aussi quelquefois à cette hypertrophie.

*Procédé opératoire* (Paillard). — Le malade assis sur une chaise basse, la tête appuyée sur la poitrine du chirurgien, debout derrière lui; un aide saisit avec le pouce et l'indicateur la commissure labiale du côté droit et la tire en avant; le chirurgien saisit de la main gauche celle du côté opposé, et, avec un bistouri droit, il fait une incision qui s'étend de l'une à l'autre, en commençant sur le bord libre de la lèvre, à une distance de la face antérieure qui varie selon l'épaisseur des tissus qu'il faut enlever. Il dissèque de bas en haut jusqu'à quelques millimètres du frein de la lèvre, et lorsque le lambeau ainsi disséqué ne tient plus que par sa base, il le coupe avec le bistouri ou avec des ciseaux. Ordinairement il y a un grand écoulement de sang, mais qui s'arrête assez promptement de lui-même.

Par ce procédé, on a pour ainsi dire dédoublé la lèvre, et produit une plaie avec perte de substance dont les bords, en se rapprochant, ne laisseront à la lèvre que l'étendue naturelle. Aucun pansement n'est nécessaire: seulement on peut établir au bout de quelques jours un appareil légèrement compressif sur la surface antérieure de la lèvre, pour aider au succès de l'opération.

###### 3<sup>o</sup> Coarctation de l'orifice buccal.

On peut recourir à tous les procédés généraux que nous avons indiqués, et c'est pour la bouche spécialement que le procédé de Boyer a été imaginé et a réussi. Mais il n'en est aucun qui ne soit de beaucoup inférieur à celui de Werneck, qui consiste à recouvrir avec la muqueuse les parties divisées par le bistouri.

*Procédé de Werneck.* — Un sujet âgé de trente-cinq ans avait la bouche tellement rétrécie, à la suite d'ulcères syphilitiques, qu'il ne pouvait y introduire qu'une petite cuiller. Werneck agrandit l'ouverture des deux côtés avec un bistouri boutonné, fit écarter les mâchoires, tailla alors sur les parties extérieures un lambeau transversal en forme d'ellipse, qu'il enleva jusqu'à la muqueuse; disséqua ensuite celle-ci dans une étendue de 6 à 7 millimètres; et, la rabattant sur la plaie, la réunit à la peau à l'aide de la suture, de manière à figurer les deux lèvres avec leur rebord muqueux.

Dans un cas analogue, après avoir fendu la bouche des deux côtés pour lui rendre sa largeur ordinaire, il s'aperçut que la muqueuse était altérée, et ne pourrait revêtir les lèvres nouvelles. Il prit alors sur la face interne des joues, vis-à-vis les molaires, des lambeaux de muqueuse saine pour en garnir les angles de la bouche