

polype, qu'elles dépassaient un peu : cela fait, une des canules étant maintenue en place, ainsi que la partie du fil qu'elle contenait; l'autre canule contournait le corps de la tumeur, jusqu'à ce qu'elle fût arrivée sur le côté opposé de son pédicule, ce qui ne pouvait se faire sans que le fil, qu'on laissait libre dans celle-ci, ne s'étendit autour de la tumeur, et ne l'embrassât complètement; alors on retirait les canules, et on appliquait le serre-nœud. On peut se servir, pour pratiquer l'opération de cette manière, des porte-nœuds que Desault a inventés pour lier les polypes de l'utérus, ainsi que Desault lui-même l'a fait.

On a aussi essayé d'embrasser les pédicules des polypes du nez avec un fil métallique. Palucci et Levret se sont servi pour cela d'un fil d'argent de coupelle recuit, soit simple, soit composé de deux fils tournés l'un sur l'autre en spirale. Pallucci le portait à l'aide d'une canule simple ouverte à ses deux bouts, mais portant vers l'un d'eux une traverse qui divisait son ouverture en deux parties; Levret, après avoir abandonné son premier instrument, employa la double canule, dont il se servait pour lier les polypes utérins. Pour faire usage de ces instrumens, on commence par engager les bouts du fil métallique chacun dans une des deux canules dont est composé l'instrument de Levret, ou des deux côtés de la traverse de l'instrument de Palucci; on les fait ressortir par le bout opposé. On les attire jusqu'à ce qu'il ne reste plus vers celui par lequel on les a introduits, qu'une anse capable de recevoir le polype, et l'on entortille l'un des bouts du fil autour d'un des anneaux placés sur les côtés de l'extrémité de la canule par où ils sortent; cela fait, on porte l'anse dans la narine, on tâche d'y engager le polype, et de la remonter jusqu'à son pédicule, que l'on serre en poussant la canule en même temps que l'on attire celui des bouts de fil qui est resté libre, pour rétrécir

l'anse autant que possible; alors on entortille ce bout autour de l'anneau correspondant; après quoi on tourne la canule sur elle-même; l'anse tordue à partir du point où elle s'engage dans le tube, est rétrécie, et le polype fortement serré ne tarde pas à se détacher. On peut faciliter beaucoup la partie de cette opération qui consiste à embrasser le polype avec la ligature, en commençant par le saisir avec une pince préalablement passée dans l'anse; en même temps que cet instrument attire la tumeur, il sert de guide au fil qui passe sur le corps du polype, et de là sur son pédicule. Ces deux derniers procédés sont une imitation de celui que Fallope avait autrefois employé contre la même maladie; mais il y a cette différence entre eux, que Fallope, après avoir embrassé la tumeur avec son fil métallique, tirait sur le fil de manière à détacher la tumeur comme par une sorte d'excision lente, tandis que Levret et Palucci cherchaient seulement à le faire périr par défaut de nourriture.

On a imaginé beaucoup de procédés pour les polypes pendant dans la gorge, soient qu'ils aient pris naissance dans les fosses nasales, soit qu'ils tirent leur origine de la voûte ou des parties latérales et supérieures du pharynx.

Levret a tenté de les lier par la bouche; pour cela il prenait une ligature composée d'un fil de chanvre et d'un fil d'argent de coupelle réunis ensemble au moyen d'un autre fil qui les entourait en formant une spirale autour d'eux; il engageait les deux extrémités de cette ligature dans le double cylindre (voyez *Polypes utérins*), laissait sur une des extrémités de l'instrument une anse de grandeur proportionnée à la largeur du polype, et recourbait cette anse de manière à lui faire faire un angle avec le corps de l'instrument; cela fait, le malade étant solidement assis, ayant la bouche ouverte, les mâchoires tenues écartées au moyen d'un morceau de bois

ou de liège que l'on interposait entre elles, et la langue abaissée par une spatule, l'opérateur relevait le poignet, portait l'anse au dessous du voile du palais et au dessous du polype, y engageait la tumeur, puis relevant de nouveau la main, il portait cette anse aussi près que possible du pédicule du polype; alors il faisait glisser le double cylindre sur les fils pour rétrécir l'anse, et, lui imprimant un mouvement de rotation sur lui-même, il étranglait la racine du polype; l'instrument était retiré, et les deux chefs de l'anse de fil ramenés vers un des angles de la bouche, et repliés sur la joue, ou fixés dans l'intervalle de deux dents.

Mais on a bientôt reconnu que la présence de ces fils provoquait des nausées continuelles en titillant le voile du palais; on a vu surtout qu'il était presque toujours impossible que l'anse de la ligature atteignit la partie la plus élevée du polype; et l'on n'a pas tardé à chercher les moyens de faire passer les chefs du fil par le nez. Il paraît que l'idée et l'exécution première de ce mode opératoire appartient à un homme étranger à l'art, nommé Roderick, qui l'a exécuté sur lui-même, et s'est débarrassé d'un polype de la gorge, dans le traitement duquel les chirurgiens les plus célèbres du temps avaient échoué; il a modifié aussi les moyens à l'aide desquels on opérât la constriction du polype, en substituant aux canules des grains de chapelet, dans lesquels il enfila les deux chefs du fil sortant de la narine, jusqu'à ce que le premier de ces grains fût en contact avec la tumeur, et en se servant ensuite d'un tourniquet d'ivoire pour resserrer l'anse.

Le premier procédé pour passer les fils par le nez, que l'on doive à des chirurgiens, est celui que l'on trouve décrit dans l'ouvrage de Chopart et Desault. Pour l'exécuter, on prend un fil ciré, que l'on replie sur lui-même en forme d'anse, et dont on porte la partie moyenne par la narine jusque dans la gorge,

à l'aide d'une sonde flexible; les doigts introduits par la bouche servent à tirer au dehors cette anse, à laquelle on attache un fil pour pouvoir la retirer si elle venait à manquer le polype. On l'ouvre à l'aide des doigts, et, tandis que de l'autre main on en tire les deux chefs qui sortent par la narine, on cherche à y engager le polype. La résistance que l'on éprouve pour retirer l'anse par le nez, indique que la tumeur est saisie. Dans le cas contraire, le fil que l'on a attaché à la partie moyenne de l'anse, sert à la ramener dans la bouche, et donne la facilité de recommencer le premier temps de l'opération. Quand on a réussi, on noue les fils, et deux sondes d'acier droites, percées à leur extrémité, dans lesquelles on engage ceux-ci, servent à conduire le nœud jusque sur le polype et à le serrer. Pour faciliter le passage de la ligature autour de la tumeur, on a conseillé de fixer deux fils au lieu d'un à la partie moyenne de l'anse, à la distance d'un pouce l'un de l'autre, et de passer ces fils dans des canules légèrement recourbées, qui serviraient mieux que les doigts à maintenir l'anse ouverte, et à la diriger autour de la tumeur.

Quelques années après, Brasdor a fait connaître un autre procédé qu'il employait depuis fort long-temps, et qui consiste à introduire par la bouche, et à retirer par la narine un fil d'argent de coupelle, à l'aide duquel il embrassait le polype. Pour pratiquer la ligature à la manière de Brasdor, on tord l'un autour de l'autre en spirale, deux fils d'argent recuit, longs de dix-huit pouces, de manière à en composer un fil unique, que l'on plie ensuite sur son milieu pour en former l'anse qui doit embrasser le polype; les deux bouts de cette anse, recourbés sur eux-mêmes, présentent chacun une espèce de chas, dans lequel on engage un fil, dont on noue ensemble les deux extrémités; un autre fil dont on noue aussi les deux extrémités est

jeté sur la partie moyenne du fil d'argent, qu'il doit servir à ramener dans la bouche, en cas de besoin. Ces préparatifs étant terminés, et le malade étant placé convenablement, le chirurgien se sert d'une sonde de Bellocq, ou d'une sonde de gomme élastique, pour ramener, de la bouche dans la narine, les deux fils attachés aux deux extrémités de l'anse métallique; tirant alors sur ces fils qui sortent du nez, il conduit l'anse dans la bouche, en ayant le soin d'y porter l'indicateur et le doigt médus de la main gauche, et ces doigts, en même temps qu'ils la maintiennent ouverte, servent à la diriger de façon à y faire passer le polype, à mesure que l'autre main la fait remonter en attirant les fils au-dehors du nez. La résistance que l'on éprouve fait reconnaître que le polype est saisi. Si l'anse n'embrassait rien, on la retirerait par la bouche, à l'aide du fil passé autour de sa partie moyenne, et l'on recommencerait.

Quand le polype est bien saisi, on tire les deux bouts de la ligature jusqu'à ce qu'ils ne cèdent plus, et on les passe dans une canule de Palucci, ou dans une double canule de Levret; après quoi on les tord en faisant tourner cette canule sur elle-même, et on assujettit celle-ci à l'aide d'un fil que l'on attache au bonnet du malade; on augmente doucement la constriction les jours suivans, jusqu'à ce que le polype se détache.

Ce procédé est encore employé par M. le professeur Boyer; mais il a substitué au fil d'argent une corde à boyau, dont l'élasticité maintient mieux ouverte l'anse qu'elle forme. C'est aussi celui dont nous nous sommes servi jusqu'ici; mais nous avons toujours employé un cordonnet de soie pour faire la ligature; en prenant la précaution non-seulement de maintenir l'anse ouverte à l'aide de l'indicateur et du médus gauche, mais encore d'embrasser avec ces deux doigts les deux côtés de la base de la tumeur, nous avons toujours faci-

lement réussi à faire passer l'anse, de nos doigts sur le corps du polype, et de celui-ci sur son pédicule.

Cependant on a cherché, pour les cas où les doigts ne pourraient pas atteindre et saisir le polype, des moyens plus sûrs de conduire l'anse autour de son pédicule. Le premier, qui est très-ingénieux, mais qui est très-compiqué, appartient à Desault. Pour l'exécuter, il faut d'abord préparer une ligature longue d'un pied, composée de deux cordons de soie cirés et tordus l'un sur l'autre; une anse de fil simple, de couleur; une canule longue de six pouces, ouverte à ses deux bouts, étroite, recourbée légèrement à l'une de ses extrémités, qui est olivaire; une sonde de gomme élastique fine et flexible; un serre-nœud. Lorsque l'on s'est muni de tous ces objets, le malade étant assis et placé comme il a été dit plusieurs fois, le chirurgien introduit dans la narine correspondante au polype, la sonde de gomme élastique enduite de cérat, la pousse jusque dans le pharynx, et fait sortir par la bouche son extrémité, à laquelle il attache les deux chefs de l'anse de fil colorié, et un des chefs de la ligature. La sonde retirée par la narine ramène avec elle tous ces fils, que l'on donne à maintenir à un aide: l'anse coloriée qui pend hors de la bouche lui est également confiée. Le chirurgien prend le chef de la ligature qui est resté libre; et le fait passer dans la canule, qu'il fait remonter sur lui jusqu'à ce que son extrémité recourbée soit arrivée derrière le voile du palais. Saisissant alors l'instrument de la main droite, il fait décrire à cette extrémité un cercle qui embrasse le polype, et qui jette autour de lui une anse formée oblique, un des chefs de cette anse étant dans le nez, et l'autre dans la bouche: pour ramener celui-ci dans la fosse nasale, on fait passer la canule dans l'anse coloriée, dont on prescrit alors à l'aide de tirer les deux chefs qui sortent par le nez; l'anse remonte le

long de la canule au-delà de laquelle elle rencontre la portion du fil qui a contourné le polype et qu'elle ramène dans la fosse nasale en la faisant sortir du tube qui la supporte. L'anse colorée extraite par le nez, et la canule vide du fil qu'elle contenait, sont déposées; on passe alors les deux chefs de la ligature dans l'anneau du serre-nœud, et on pousse celui-ci dans la narine jusqu'à ce qu'il soit en contact avec le pédicule du polype; on tire les deux chefs en même temps que l'on soutient l'instrument, et, quand on a opéré une constriction suffisante, on les renverse dans la fente que celui-ci présente à son extrémité libre, et on les entortille autour de sa tige. Chaque jour on dégage le fil, et on augmente la constriction jusqu'à la chute de la tumeur.

Le second moyen est dû à M. Rigaud. Il consiste essentiellement dans un instrument composé sur le modèle de la pince à trois branches usitée pour le broiement des calculs vésicaux. C'est une forte canule, dans laquelle passent trois tiges d'acier plus longues qu'elles, et terminées à leur extrémité libre, laquelle est recourbée, par un œil de perdrix, c'est-à-dire par une ouverture qui se termine en fente au bout de la tige. C'est dans ces ouvertures que l'on place l'anse de fil qui se trouve maintenue ouverte par l'effet de l'élasticité et de l'écartement des trois tiges. Quand le polype est engagé entre les trois branches du *polypodome*, il suffit de tirer fortement les deux extrémités du fil par la narine pour le dégager des ouvertures terminales des tiges. On termine l'opération comme dans le cas précédent.

Le troisième moyen est le *filiduc* de M. Félix Hatin; il consiste en une lame métallique recourbée à l'une de ses extrémités, sur laquelle sont couchées deux autres lames de forme pareille, mais moins larges de moitié et mobiles latéralement, de telle sorte que quand on les fait mou-

voir, elles glissent sur la première et augmentent la largeur de l'instrument. Le fil étant passé par le nez à la manière ordinaire, on engage la lame dans l'anse et on en place la partie recourbée derrière le polype. On presse sur les lames mobiles pour que la largeur de l'instrument dépasse celle du polype, et l'on tire sur les chefs de l'anse qui se trouve conduite en glissant le long de la lame qui le tient ouverte autour du corps de la tumeur.

De quelque manière que l'on ait saisi le polype, il faut traverser sa base avec une anse de fil, dont les extrémités sont ramenées au dehors de la bouche, et fixées au bonnet du malade; sans cette précaution, on s'exposerait à voir, au moment où s'achève la section du pédicule, la tumeur tomber dans la gorge, être avalée, ou même déterminer la suffocation en se plaçant sur l'entrée du larynx, ou en pénétrant dans les voies aériennes. Il suffit, pour remplir cette indication, de saisir solidement la tumeur avec une pince, de l'attirer, pour la rendre saillante, dans l'isthme du gosier, et de la traverser avec une aiguille courbe armée d'un fil. Si la tumeur ne pouvait pas être attirée, il faudrait toujours la saisir avec des pinces, et se servir, ainsi que le fait M. Boyer, d'une sorte de porte-crayon nommé *porte-aiguille*, pour diriger l'aiguille courbe sur la tumeur. Quand la pointe de l'instrument a traversé le polype, on retire le porte-aiguille qui en supporte le talon, et on vient avec lui saisir cette pointe pour l'extraire et la ramener au-dehors.

De tout ce qui précède, il est facile de conclure que la ligature des polypes est une opération difficile; et il ne serait besoin que de rappeler le nombre des procédés à l'aide desquels on a tour à tour proposé de la pratiquer pour fournir la preuve de cette assertion. L'expérience a aujourd'hui suffisamment démontré qu'elle n'est applicable qu'aux polypes pédiculés d'un petit volume, qui sont placés près de l'ouverture anté-

rière des fosses nasales de manière à ce que leur pédicule puisse être aperçu, ainsi que l'était celui qu'a opéré Heister, et à ceux qui pendent dans l'arrière-bouche.

L'arrachement déjà indiqué par Hippocrate qui l'opérait au moyen d'un morceau d'éponge attaché à un gros fil qu'il tirait par la bouche, est au contraire une méthode applicable à tous les cas. Il y a plusieurs manières d'y procéder. Dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire lorsque le polype est encore contenu dans la cavité nasale, le malade étant placé sur une chaise en face du jour, ayant le corps enveloppé d'une alèze et la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, le chirurgien porte horizontalement dans la narine des pinces dites à polypes, sortes de pinces à anneaux, droites ou courbes, dont les mors sont larges et fenêtrés; il prescrit au malade de faire un effort comme pour se moucher, ferme les pinces pour saisir le corps du polype, l'attire à lui; puis tordant la pince sur elle-même, il rompt les adhérences qui unissent la tumeur aux parois des fosses nasales. Si, en attirant le polype, il s'aperçoit qu'il cède sans opposer de résistance, il portera une seconde pince pour le saisir plus près de son pédicule, et ce ne sera qu'avec celle-ci qu'il exécutera le mouvement de torsion. Ordinairement, M. Dupuytren fait ouvrir largement la bouche du malade, et porte les deux premiers doigts de la main gauche jusque sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale; par ce moyen, il soutient le polype en arrière, l'empêche de reculer au devant des pinces, aide celles-ci à le saisir, et évite au malade la fatigue de tentatives, qui sans cela pourraient être multipliées sans fruit. Lorsque le polype est trop volumineux pour pouvoir être saisi par l'instrument, on peut, à l'exemple de Richter, se servir de pinces dont les branches se séparent et se réunissent à la manière de celles du forceps, et peuvent être placées l'une après l'autre sur les

côtés opposés du polype. Si la tumeur est pendante du côté de la gorge, il faut l'attaquer par la bouche, et se servir pour la saisir de pinces recourbées, que l'on pousse aussi haut qu'on le peut derrière le voile du palais, afin d'embrasser le polype le plus près possible de son pédicule; mais ici, il faut presque toujours tirer directement sur les pinces, parce que leur courbure s'oppose à ce qu'on leur fasse éprouver un mouvement de rotation sur elles-mêmes.

Ces moyens suffisent quand le polype est encore vésiculeux et peu adhérent; mais il faut en employer d'autres quand il est résistant. S'il est en même temps d'un petit volume, et s'il s'insère à la partie inférieure de la fosse nasale, on peut, ainsi que l'a fait Morand, se servir, pour le détacher, des deux doigts indicateurs, dont l'un est introduit par l'ouverture antérieure et l'autre par l'ouverture postérieure de la fosse nasale, et entre lesquels on le pousse alternativement d'avant en arrière et d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'il cède tout-à-fait. Sabatier, dans un cas de cette espèce, où le polype était placé si profondément qu'il ne put le saisir avec des pinces, se servit seulement du doigt indicateur droit qu'il introduisit dans le nez, et avec lequel il fit tomber le polype dans le pharynx. Mais les cas dans lesquels ce moyen peut réussir sont fort rares, et le plus souvent la tumeur est tellement implantée, volumineuse et résistante, qu'il faut employer des instrumens plus forts que les doigts. On se sert depuis long-temps, pour l'arrachement des polypes muqueux, de tenettes à mors et cuillères fenêtrées et garnies d'aspérités, qui empêchent le polype de glisser. Pour l'extirpation du polype fibreux, M. Dupuytren a fait construire des pinces très-solides, droites et courbées, et dont les mors sont armés à l'intérieur de pointes aiguës qui s'implantent dans la substance de la tumeur, et permettent d'exercer sur elle des tractions consi-

dérables sans courir le risque de la lâcher. Souvent aussi il emploie à cet usage de fortes pinces de Museux.

Quelle que soit la forme d'un polype fibreux, son extraction présente toujours des difficultés de plus d'un genre, qui dépendent de la facilité avec laquelle les parties les plus extérieures de la tumeur, qui sont précisément celles que l'on saisit, se laissent déchirer, de la force avec laquelle son pédicule adhère au périoste, d'où il tire communément son origine, et enfin, du danger de l'apparition d'une hémorrhagie assez considérable pour forcer à suspendre l'opération. On élude la première de ces difficultés en saisissant la tumeur le plus haut possible au dessus des ouvertures qui lui livrent passage, en modérant les premières tractions, et en attendant, pour exercer les efforts convenables, que de nouvelles pinces aient été successivement appliquées sur des parties saines du polype, à mesure qu'elles se dégagent. Lorsqu'on a ainsi implanté trois ou quatre pinces de Museux ou autres dans un point de la substance du polype qui n'est point dégénéré, on peut surmonter la résistance qu'opposent ses attaches, en le tordant sur lui-même, en même temps qu'on le soumet à des tractions vigoureuses et soutenues. Lorsque la tumeur est volumineuse et saignante, il est bon de se précautionner contre l'hémorrhagie grave que les premières tentatives peuvent exciter. Pour cela, il faut, ainsi que le prescrit M. Dupuytren, à l'imitation de Ledran, commencer par passer de la bouche dans le nez les deux chefs d'une anse de fil, qui reste elle-même pendant hors de la bouche, et à laquelle est fixé un bourdonnet de charpie assez fort pour boucher l'ouverture postérieure de la narine; ce bourdonnet, auquel est attaché un autre fil qui sert à le retirer, est confié à un aide, ainsi que les deux chefs de l'anse sortant du nez. On se trouve dès lors tout prêt à arrêter par le tamponnement toutes les hémorrha-

gies qui pourraient survenir pendant ou après l'opération.

Toutefois il ne faut pas trop se hâter. M. Dupuytren a reconnu que le flot de sang considérable qui suit toujours l'ablation d'un polype fibreux des fosses nasales ou du sinus maxillaire, est en général veineux, et qu'il est provoqué par les obstacles que la gêne de la respiration apporte à la circulation; il faut donc, avant tout, faire respirer largement le malade, et ne se décider à pratiquer le tamponnement qu'autant que la respiration s'exécute pleinement et librement, le sang continuerait de couler, rouge, et en assez grande abondance pour compromettre la vie du sujet. Ce cas est rare, et il ne se présente guère lorsque la tumeur a été extraite en totalité, de telle sorte que la persistance d'un écoulement de sang artériel est presque une preuve qu'il est resté quelque partie du polype. Aussi les suites de l'opération sont-elles fort différentes selon que l'une ou l'autre de ces circonstances s'est présentée. Quand la tumeur a été totalement arrachée, qu'il n'y a eu par conséquent qu'un flot de sang noir plus ou moins abondant, qui s'est arrêté par l'effet de la régularisation de la respiration, et que le tamponnement n'a pas dû être employé, les malades n'éprouvent d'autres accidens que ceux d'un coryza d'une intensité médiocre; quelques bains de pieds et quelques lotions avec des décoctions émollientes que l'on injecte dans la fosse nasale, ou que l'on fait respirer, suffisent pour amener en peu de temps une guérison complète. Lors au contraire que l'on a été obligé de tamponner, les douleurs, la céphalalgie, le gonflement des parties sont beaucoup plus considérables; presque toujours la membrane muqueuse olfactive, excitée par le contact du sang qui séjourne dans les cavités nasales et qui s'y altère, devient le siège d'une suppuration abondante et fétide; quelquefois aussi l'hémorrhagie se reproduit chaque fois que l'on enlève le tamponnement qu'on

est ainsi forcé de réappliquer à plusieurs reprises, et cet accident prolonge nécessairement et quelquefois d'une manière indéfinie la durée de la maladie; on ne tarde ordinairement pas alors à acquérir la preuve qu'il est resté quelque partie de polype; d'où les hémorrhagies consécutives ont tiré leur source.

Tant que le polype n'a pris qu'un médiocre accroissement, on peut l'arracher par le procédé qui vient d'être décrit; mais lorsqu'il est très-volumineux, et que surtout il a dépassé les limites de la fosse nasale, il arrive souvent que ce procédé ne suffit plus seul. C'est ainsi, par exemple, que la force d'expansion de la tumeur, suffisante pour écarter les os et dilater l'ouverture osseuse antérieure de la fosse nasale, échoue contre la résistance du tissu fibro-cartilagineux qui entoure l'orifice de la narine, de sorte qu'on ne saurait lui faire franchir cet orifice, beaucoup trop petit pour lui livrer passage. La même difficulté se rencontre lors même que la tumeur s'est portée au dehors, parce que, dans ces cas, elle reste, comme nous l'avons dit, étranglée au niveau de l'ouverture qui lui livre passage, et qu'elle est renflée en deçà et au delà. Dans ces cas, il ne faut pas balancer à débrider, ainsi que M. Dupuytren l'a fait plusieurs fois, l'orifice antérieur de la narine. Mais c'est surtout lorsque la tumeur s'est portée de la fosse nasale dans le sinus maxillaire ou dans les fosses zygomatique et temporale, qu'il est nécessaire de modifier l'opération. On conçoit en effet que l'irrégularité de la forme du polype, les renflemens et les resserremens alternatifs qu'il présente, rendent tout-à-fait impossible son extraction intégrale par une seule et même voie. Il faut alors, de toute nécessité, diviser l'opération en plusieurs temps, et détruire les branches du polype avant d'attaquer son corps.

La manière dont on doit s'y prendre pour détruire les em-

branchemens de la tumeur qui occupent le sinus maxillaire et le distendent, varie selon que ces productions ont déjà perforé quelqu'une des parois de cette cavité, ou qu'elles sont encore renfermées dans son intérieur. Lorsque la tumeur a franchi les limites du sinus, elle fait saillie, ou au devant de lui, au dessous de la joue qu'elle soulève, après avoir usé la paroi antérieure de la cavité, ou sur l'arcade dentaire, après avoir perforé les alvéoles des deux premières molaires, qui sont ébranlées, et paraissent implantées dans sa substance. Dans le premier cas, il faut, après avoir fait ouvrir largement la bouche du malade et relever la lèvre supérieure, inciser circulairement la membrane muqueuse buccale autour de la partie de tumeur qui fait saillie, saisir celle-ci avec de fortes pinces de Museux, et l'extraire en la tordant sur elle-même, ainsi qu'il a été dit pour les polypes contenus dans la narine. Dans le second cas, il faut commencer par arracher les dents ébranlées, inciser ensuite la membrane gingivale autour de la base de la fongosité formée par la partie saillante du polype, la saisir ensuite et l'extraire, en procédant toujours de la même manière. Si la perforation éprouvée par le sinus n'était pas assez considérable pour laisser passer la tumeur, il serait facile de l'agrandir, parce que les os sont amincis, et qu'ils se laissent couper avec facilité. M. Dupuytren se sert pour cela d'un fort bistouri recourbé en forme de serpette, et quelquefois aussi d'un simple bistouri boutonné.

Lorsque la tumeur n'a point encore franchi les limites du sinus maxillaire, il faut examiner avec soin les deux points vers lesquels elle se porte le plus ordinairement, et se décider à attaquer celui des deux qui paraît le plus voisin de la perforation spontanée. Si, par exemple, on trouve le bord alvéolaire sain, et la paroi antérieure du sinus fortement soulevée et crépitante sous la pression du doigt, on incisera la membrane muqueuse qui recouvre la fosse canine, et on perforera