

le fond de cette fosse pour arriver dans le sinus maxillaire, soit à l'aide d'une couronne de trépan, soit avec un simple trépan perforatif, ou avec une tréfine. Si, au contraire, le fond de la fosse canine, ou, ce qui revient au même, la paroi antérieure du sinus maxillaire était solide, et que le bord alvéolaire fût soulevé et les dents molaires ébranlées, il faudrait arracher ces dents, porter dans le fond de leurs alvéoles un perforatif qui ouvrirait largement le sinus maxillaire, et extraire par ce point la partie du polype contenue dans le sinus. S'il ne survient point d'hémorrhagie, et si le malade n'est pas fatigué, on peut procéder immédiatement à l'extraction du corps même du polype par le nez; dans le cas contraire, il faut suspendre, et tamponner le sinus maxillaire devenu libre, si le sang coule en assez grande abondance pour que l'on en éprouve quelque inquiétude; on recommence au bout de quelques jours.

En général, il suffit de deux opérations, pratiquées immédiatement l'une après l'autre, ou à quelques jours d'intervalle, pour détruire les polypes les plus volumineux, parce que les divisions principales de la tumeur, celle qui remplit le sinus maxillaire et celle qui remplit la fosse nasale, entraînent avec elles les divisions accessoires qui se portent du côté des fosses zygomatique et temporale, dans l'épaisseur de la joue, ou dans la gorge. Cependant il arrive quelquefois que la partie de la tumeur qui remplit la fosse temporale est tellement développée, qu'il faut de toute nécessité l'attaquer isolément. On commence alors par elle, on la découvre à l'aide d'une incision, on la saisit et on l'arrache; après quoi on attaque celle qui est contenue dans le sinus maxillaire, puis enfin celle qui remplit la fosse nasale. C'est à la sagacité du chirurgien à décider, d'après un examen attentif de la forme de la tumeur, et d'après une étude approfondie des progrès qu'elle a faits dans tel ou tel sens, quand une seule opération peut suffire, ou

quand l'opération principale doit être précédée d'une ou de deux opérations préparatoires.

Les soins consécutifs consistent à retirer au bout de cinq ou six jours le tamponnement, lorsque l'on a été obligé d'en faire usage; à faire tous les jours, dans la cavité du sinus maxillaire, des injections avec des décoctions émollientes et détersives, à mettre le malade au régime des maladies aiguës, et à combattre énergiquement par les moyens appropriés toutes les fluxions inflammatoires qui pourraient se faire vers les parties affectées.

L'exsiccation, la cautérisation, l'excision des polypes nasaux et l'emploi du séton sont aujourd'hui à peu près complètement abandonnés. La ligature et l'arrachement sont les seules méthodes que l'on emploie maintenant comme méthodes générales. L'arrachement surtout offre des avantages incontestables sur toutes les autres méthodes, y compris celle de la ligature, la seule que quelques personnes lui opposent encore. Elle est, en effet, plus facile à exécuter, car on peut toujours saisir la tumeur avec des pinces, tandis qu'il est souvent impossible de l'entourer d'un fil. Son mode d'action est plus prompt, car en quelques minutes le malade est débarrassé de sa tumeur, et il faut constamment plusieurs jours pour qu'un polype lié se flétrisse, se mortifie et se détache; elle est plus sûre, car elle entraîne non-seulement le corps de la tumeur, mais encore ses racines, tandis que la ligature laisse subsister celles-ci, et expose par conséquent à la récurrence du mal; enfin, elle est applicable à tous les cas, car on peut toujours la mettre en usage, quels que soient la forme, la nature et le volume de la tumeur, tandis que la ligature n'est applicable qu'aux polypes pédiculés et d'un médiocre volume, et que son emploi cesse d'être possible lorsque la tumeur est assez irrégulière ou assez volumineuse pour gêner le jeu des instrumens à l'aide desquels on place ou l'on serre le fil.



C'est donc, en définitive, la méthode de l'arrachement qui est la meilleure; c'est aussi celle que l'on emploie presque exclusivement à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Des polypes du sinus maxillaire.

Les polypes qui remplissent le sinus maxillaire ne proviennent pas toujours de la fosse nasale voisine. Dans un assez grand nombre de cas, ils naissent de la membrane même qui tapisse l'intérieur de cette cavité, et ils constituent alors les polypes du sinus maxillaire proprement dit. Ces polypes sont presque toujours de nature fibreuse ou sarcomateuse.

*Causes.* Ils se développent souvent à l'occasion d'une contusion reçue sur l'os de la pommette; mais dans un assez grand nombre de cas, la cause en reste complètement ignorée.

*Symptômes, marche, durée, etc.* Pendant long-temps les symptômes de cette maladie sont fort obscurs. Chez un assez grand nombre d'individus la maladie débute par des hémorrhagies nasales opiniâtres, et plus ou moins fréquentes; chez d'autres ce symptôme ne se manifeste que quand déjà le mal a fait de grands progrès. Dans la plupart des cas, il survient des douleurs sourdes, que l'on ne sait à quoi attribuer, et qui, d'abord concentrées dans la profondeur de la joue, s'étendent à tout le côté correspondant de la tête. Mais, enfin, la tumeur en se développant écarte les parois du sinus maxillaire, les refoule vers la joue, vers l'orbite, vers la fosse nasale et vers le palais; bientôt elle franchit les limites de cette cavité, et vient se montrer à nu dans la fosse canine, ou vers l'arcade dentaire, entre les premières molaires qu'elle ébranle, ou bien elle se porte vers la fosse nasale qu'elle obstrue, ou vers les fosses zygomatique ou temporale, et quelquefois vers tous ces points à la fois. Alors la difformité qu'occasionne la maladie est très-grande, et elle apporte une gêne considérable à l'exercice de la parole, à la déglutition, et à la respiration. Elle ne

tarde pas à faire périr les malades en produisant toute la série d'accidens que nous avons indiqués à l'occasion de polypes fibreux du nez.

Lorsque la tumeur est devenue apparente dans quelques points, il est impossible de la confondre avec aucune autre. Il n'en est pas de même quand elle est encore renfermée dans la cavité du sinus maxillaire, quelque dilaté et quelque déformé que soit celui-ci. On voit en effet quelquefois des amas de mucosités simples, ou purulentes (*abcès du sinus maxillaire*), se faire dans cette cavité et y produire les mêmes altérations de forme que les polypes qui y sont encore contenus; mais ici l'erreur est peu préjudiciable au malade, car on ne peut guérir ces collections qu'en perforant le sinus maxillaire, soit vers sa paroi antérieure, dans le fond de la fosse canine, soit vers sa partie la plus déclive, en arrachant les deux premières molaires, c'est-à-dire, en procédant d'abord comme si on voulait détruire une tumeur fibreuse du sinus; l'écoulement du liquide ferait bientôt reconnaître la méprise, et substituer à l'opération grave que l'on se serait cru appelé à faire, quelques injections détersives qui amèneraient promptement la guérison.

Le traitement des polypes du sinus maxillaire est tout entier chirurgical; il a été exposé à l'occasion des embranchemens que les polypes nasaux envoient quelquefois dans cette cavité. Nous ajouterons seulement ici que, dans quelques cas, la tumeur est tellement ramollie qu'il est impossible de la saisir et de l'extraire. Il faut alors en retrancher tout ce qu'on peut à l'aide de bistouris courbés sur leur plat, de cuillers tranchantes, ou d'autres instrumens analogues, détruire le reste par le moyen du cautère actuel porté dans le fond du sinus autant de fois que le mal semble repulluler.

Après l'arrachement complet des polypes fibreux, la guérison est prompte; les parois du sinus maxillaire dilaté revien-



nent sur elles-mêmes; mais il est rare que la difformité cesse totalement. Quand on a été obligé d'appliquer le feu, ce n'est qu'à travers une série d'accidens inflammatoires plus ou moins graves et après de longues suppuration que l'on peut obtenir la guérison; et, lorsque les parties osseuses qui ont été frappées de mort par la cautérisation sont tombées ou ont été extraites, la joue reste communément enfoncée du côté correspondant au sinus maxillaire, dont les parois sont détruites en partie.

Des polypes des oreilles.

Les polypes qui se développent dans le conduit auditif sont rarement fibreux, le plus souvent ils sont vésiculeux; mais, incessamment irrités par les malades, ils s'enflamment de bonne heure, et alors ils deviennent saignans et friables. Ils peuvent occuper tous les points de l'étendue du conduit auditif; le plus souvent il en existe plusieurs en même temps: quelques sujets en ont à la fois dans les deux oreilles.

Ces sortes de tumeurs sont toujours fort petites; les accidens qu'elles occasionent sont: un suintement tantôt séreux, tantôt purulent, tantôt sanieux, plus ou moins abondant, la dureté de l'ouïe ou même la surdité, et enfin des douleurs assez vives, mais seulement quand elles sont irritées par des attouchemens indiscrets.

Quand elles occupent l'entrée du conduit auditif, il suffit de la simple inspection pour les reconnaître à leur couleur d'un rouge vif. Quand elles occupent le fond de ce conduit, on peut encore les apercevoir facilement en exposant l'oreille au jour, et en relevant le pavillon pour redresser la courbure du conduit.

On ne peut lier ces polypes que quand ils siègent tout-à-fait à l'entrée du conduit auditif; mais on peut les arracher, à quelque profondeur qu'ils soient placés. M. Dupuytren a fait construire pour cela de petites pinces coudées, et terminées par

deux cuillers qui embrassent la tumeur et la saisissent solidement. Dans quelques cas, cependant, elles sont si friables, qu'elles s'écrasent entre les mors de la pince, de sorte que leur pédicule reste et les reproduit incessamment: il faut alors cautériser le pédicule, après avoir détruit avec les pinces tout ce que cet instrument peut saisir. Mais cette opération devient fort délicate quand le polype occupe le fond du conduit auditif, à cause de la vive sensibilité de cette partie et de la proximité du cerveau. Nous avons cependant vu M. Dupuytren réussir à détruire complètement un polype de cette nature qui occupait le fond du conduit auditif, à l'aide de plusieurs applications d'un cautère en roseau conduit dans une canule métallique.

Des polypes des voies aériennes.

Ces polypes sont fort rares. Desault et Pelletan en ont observé qui prenaient naissance des ventricules du larynx, ils étaient pédiculés. On ne connaît pas d'exemple bien authentique de polypes développés dans la trachée-artère ou dans les bronches, à moins que l'on ne prenne comme tel une observation fournie, au rapport de M. Alibert, par un médecin anglais, et dont le sujet est un homme qui, tourmenté par une grande difficulté de respirer, accompagnée d'une grande fréquence du pouls, et par un sentiment d'un poids extraordinaire sur la poitrine, fut tout à coup débarrassé de ces accidens, après avoir rendu une *concrétion polypeuse*.

Ordinairement la maladie n'offre d'autres symptômes qu'une dyspnée extraordinaire, qui se transforme en une suffocation mortelle, lorsque la tumeur, poussée par quelque effort expiratoire, vient s'interposer entre les deux lèvres de la glotte. On sent que ces accidens sont trop peu caractéristiques de l'existence de polypes dans le larynx, pour autori-



ser à fendre cet organe, afin de procéder à l'extraction de la tumeur; opération qui serait cependant indiquée comme le seul moyen rationnel que l'on pût opposer à la maladie.

Des polypes du pharynx et de l'œsophage.

Les polypes se développent rarement dans le pharynx et dans l'œsophage. Les accidens qu'ils déterminent sont ceux d'un rétrécissement de ces conduits, et il est facile de confondre ces deux maladies quand le polype est situé trop profondément pour pouvoir être atteint par le doigt ou par les instrumens. Quand la tumeur prend naissance de la partie supérieure du conduit œsophagien, elle devient apparente dans certains momens. Dallas a fait connaître l'histoire d'un polype volumineux né de ce conduit, et dont une des divisions venait se placer dans la bouche chaque fois que le malade se livrait aux efforts de vomissement, que la tumeur elle-même devait provoquer par sa présence. Dallas a imaginé, pour lier ce polype, des instrumens fort compliqués, et avec lesquels il n'a pu saisir qu'une partie de la tumeur.

Il nous semble que le meilleur procédé à suivre en pareil cas, serait d'employer, pour porter le fil, deux canules pareilles à la canule porte-nœud de Desault, mais plus longues et fortement recourbées. Un fil étant passé dans ces canules, on les introduirait parallèlement jusqu'au dessous du niveau de la tumeur; on les écarterait alors l'une de l'autre, afin de faire passer la tumeur entre elles; et on les ramènerait de bas en haut, en longeant la paroi de l'œsophage à laquelle on supposerait que le polype prendrait son insertion, et, lorsque l'on sentirait que l'anse de fil étendue entre les deux canules serait arrêtée par le pédicule de la tumeur, on retirerait les canules après les avoir fait tourner l'une autour de l'autre, en soutenant le fil, afin qu'il ne se déplacât pas; il ne s'agirait plus alors que de serrer l'anse. On sent que les serre-nœuds ordi-

naires, formés par des tiges inflexibles, deviendraient bientôt insupportables; nous pensons, avec l'auteur de l'article *Polype* du *Dictionnaire des sciences médicales*, qu'il faudrait employer de préférence celui de Roderick; mais nous le rendrions plus simple: c'est-à-dire, qu'après avoir enfilé les deux chefs du fil dans des grains de chapelet, jusqu'à ce que le premier fût en contact avec la tumeur, au lieu du tourniquet de Roderick, nous placerions sur le dernier de ces grains, entre les deux fils écartés, un petit cylindre de bois ou de métal, sur lequel nous les nouerions par un nœud et une rosette; on trouverait ainsi les avantages de ce serre-nœud, puisqu'on pourrait tous les jours dénouer la rosette et serrer progressivement la ligature, et on en éviterait les inconvéniens résultans du volume et de la pesanteur du tourniquet, et surtout de la difficulté de le faire construire convenablement.

Des polypes de l'estomac.

Les autopsies cadavériques ont prouvé que la face interne de l'estomac pouvait devenir le siège de végétations polypeuses. Ces tumeurs, solitaires ou multiples, y acquièrent même quelquefois un volume considérable: Morgagni en a vu une qui pesait une livre. Leur consistance varie; en général, elles sont dures, quelquefois même ossifiées en partie; tantôt pédiculées, tantôt adhérentes à l'estomac par une large base; quelquefois, cependant, elles sont molles et vasculaires: la plus singulière en ce genre est celle qui a été observée à l'Hôtel-Dieu par MM. Husson et Patissier, et qui, s'étendant de l'estomac dans le duodénum, en traversant le pylore, avait non-seulement la forme d'un pénis, mais encore une structure analogue à celle des corps caverneux de la verge. Les accidens que ces polypes déterminent sont tout-à-fait semblables à ceux qui dépendent d'une dégénération chronique de l'orifice pylorique de l'estomac, c'est-à-dire qu'ils consistent dans des douleurs plus ou moins vives, une tumeur plus ou moins inégale et



dure dans la région épigastrique, des vomissemens fréquens et opiniâtres, et tous les symptômes de la colliquation et du marasme. Ces tumeurs sont incurables.

Des polypes des intestins.

Les polypes qui naissent de la surface de l'intestin ne sont pas fort rares; on leur a trouvé, comme partout ailleurs, une organisation soit muqueuse, soit fibreuse, mais plus souvent de cette dernière nature. Portal dit en avoir vu deux de la grosseur du poing; ils avaient été rendus spontanément par un individu, qui finit par périr du renouvellement des symptômes de la maladie; à l'ouverture du corps, on trouva un grand nombre de polypes naissans de la face interne du colon.

Les symptômes des polypes du canal intestinal sont ceux d'une entérite chronique, et d'un épaissement graduel des parois de l'intestin avec rétrécissement et par suite oblitération de sa cavité. Les malades, tourmentés d'abord par des vents, des flatuosités, éprouvent de la douleur dans quelque point du ventre; souvent le toucher y fait reconnaître l'existence d'une tumeur plus ou moins dure, les selles deviennent rares et difficiles, puis se suppriment tout-à-fait, et les malades périssent dans les accidens d'un étranglement interne. L'autopsie cadavérique peut seule faire reconnaître si ces accidens ont été dus à un rétrécissement du calibre de l'intestin, ou à une tumeur polypeuse.

Les polypes qui naissent du rectum sont les seuls que l'on puisse reconnaître et attaquer par les procédés chirurgicaux. Ordinairement d'un petit volume, ils pendent habituellement hors de l'anus, ou bien on les voit sortir de temps à autre de cette ouverture, à l'occasion d'un effort pour aller à la garde-robe. Lorsqu'ils siègent près de la partie inférieure de l'intestin, le diagnostic en est facile. Lorsqu'ils siègent plus haut, ils ne produisent d'autres symp-

tômes que ceux d'un rétrécissement du rectum, et ce n'est que par le toucher ou par l'introduction d'un *speculum ani* que l'on peut les reconnaître. Cependant, avant de les avoir vus ou touchés, on peut quelquefois soupçonner leur existence à l'inspection des matières fécales: celles-ci ne sont pas en effet filées, comme dans le cas de rétrécissement circulaire du rectum; elles présentent au contraire, sur un des côtés de leur circonférence, une sorte de dépression ou de rainure, qui, dans quelques cas, est assez distincte pour donner une idée exacte du volume et de la forme de la tumeur.

Lorsque les polypes du rectum sont habituellement pendans hors de l'anus, il faut les lier, ensuite en opérer la résection à l'aide de ciseaux courbes. S'ils ne sortent que de temps à autre, la ligature est le seul moyen qu'il convienne d'employer, et il faut attendre pour cela qu'un effort les ait chassés de l'intestin; une fois liés, on peut les retrancher en coupant leur pédicule en deçà du point sur lequel le fil est appliqué. Dans ces deux cas, on n'a besoin d'aucun instrument pour placer ni pour serrer le fil. Il n'en est pas de même dans les cas où la tumeur est placée si haut qu'elle ne sort jamais de l'anus. Il faut alors, pour la lier, se servir des instrumens que Desault a imaginés pour lier les polypes utérins. Ce célèbre praticien a pu lier avec ces instrumens un polype situé dans le rectum, à six pouces au dessus de l'anus, et il l'a fait avec succès. La tumeur s'est détachée au bout de huit jours, et des mèches introduites pendant quinze autres jours ont achevé la guérison. Son procédé nous paraît le seul qui soit applicable en pareil cas.

Des polypes de la vessie.

Les polypes qui sont saillie dans la cavité du réservoir urinaire ont été généralement confondus par les auteurs avec les *fungus* de la vessie; probablement parce que ces polypes passent souvent à la dégénération fongueuse. Cependant l'ana-



tomie pathologique nous apprend que les fongus proprement dits, c'est-à-dire les tumeurs qui présentent l'organisation fongueuse dès leur début, sont moins communs que les polypes. Ceux-ci, ordinairement fibreux ou d'une texture blanche, homogène et comme lardacée à leur base, sont assez souvent rouges, mollasses et vasculaires, ou même passés à l'état cancéreux vers leur extrémité libre; ils sont quelquefois durs et même cartilagineux dans toute leur épaisseur; quelques uns même présentent çà et là des concrétions terreuses à leur surface. Le plus souvent il n'en existe qu'un, et alors il peut acquérir un volume égal à celui d'un œuf et même dépasser ce volume; d'autres fois il en existe un grand nombre, mais alors ils sont fort petits. Ordinairement pédiculés, mais dans quelques cas adhérentes par une large base, ces tumeurs naissent presque toujours du col de la vessie ou du trigone vésical; certaines d'entre elles semblent être un lobe sur-ajouté à la prostate, et faisant saillie dans la cavité vésicale près de son orifice.

Les causes qui amènent le développement de ces sortes de tumeurs sont inconnues; probablement ce sont celles de la cystite chronique.

La marche de la maladie est en général très-lente et les signes par lesquels elle s'annonce sont fort incertains. Dans leur état le plus habituel, les polypes vésicaux développent peu de symptômes, et ceux qu'ils provoquent sont si analogues à ceux de la cystite chronique, qu'il est impossible de les distinguer des symptômes de cette dernière maladie. Quand ces tumeurs s'enflamment, ce qui arrive assez souvent, aux symptômes de la cystite chronique succèdent ceux de la cystite aiguë, c'est-à-dire une douleur vive dans l'hypogastre, une sécrétion abondante de mucosités vésicales, le pissement de sang, et les accidens sympathiques qui accompagnent cet état. A la vérité,

placées ordinairement dans le voisinage du col de la vessie, ou dans ce col même, elles provoquent souvent, dans le premier cas, une interruption brusque du jet de l'urine, et dans le second, une difficulté d'uriner toujours croissante, qui arrive peu à peu jusqu'à l'obstacle le plus complet, deux ordres d'accidens qui n'appartiennent pas ordinairement à la cystite: mais le premier, ajouté à ceux-ci, complète le tableau des signes rationnels du calcul vésical; et le second, également ajouté à ceux de la cystite, complète celui des inflammations chroniques de la prostate, d'autant plus exactement, que le doigt introduit dans le rectum, sent toujours alors que le volume de cette glande est sensiblement augmenté. Le cathétérisme, qui semblerait, au premier coup-d'œil, devoir éclaircir tous les doutes, n'est que d'un très-faible secours, et même le plus souvent il n'apprend rien. Si la tumeur est mobile au devant de l'orifice vésical, la sonde la repousse et ne rapporte aucune sensation, ou bien elle donne une sensation si obscure, qu'on la confond facilement avec celle que produirait une bride ou toute autre saillie de la surface interne du réservoir urinaire; si le polype est d'une consistance ferme, si surtout il est incrusté à sa surface, la sensation que fait éprouver le choc de la sonde contre la tumeur, est si analogue à celle qui résulte de la rencontre d'un calcul, que plusieurs praticiens distingués y ont été trompés, et qu'ils ont taillé comme calculeux des individus qui n'avaient que des polypes vésicaux.

Le cathétérisme ne fournit pas des renseignemens plus exacts lorsque le polype est placé de manière à boucher complètement l'orifice du col de la vessie. En effet, si la tumeur est solide, elle oppose une résistance fort grande à l'introduction de la sonde; si son tissu est ramolli, il se laisse traverser, et souvent alors il devient le siège d'une inflammation grave et



fréquemment mortelle. Mais les engorgemens de la prostate présentent précisément les mêmes caractères, et l'autopsie cadavérique seule peut faire reconnaître le véritable caractère du mal. S'il est si difficile de distinguer les polypes vésicaux du calcul ou du gonflement chronique de la prostate, il est, à bien plus forte raison, impossible de les distinguer des tumeurs fongueuses proprement dites, qui produisent exactement les mêmes symptômes, si ce n'est peut-être que, dans certains cas, elles donnent plus fréquemment lieu à l'hématurie.

Quoi qu'il en soit, ce n'est pas aux accidens de la rétention d'urine ou à ceux qu'a déterminés le cathétérisme forcé que succombent le plus ordinairement les individus affectés de polypes vésicaux, parce que, dans les cas les plus ordinaires, le polype est assez éloigné du col vésical pour que sa présence se borne à gêner l'excrétion de l'urine : c'est à l'épuisement lent que déterminent tôt ou tard les affections chroniques des organes importans à la vie, ou liés par des sympathies étroites avec le reste de l'économie. Quelquefois cependant les progrès de la maladie sont si lents, que les malades s'en trouvent assez peu incommodés ; dans quelques cas même, il paraît qu'ils sont susceptibles de s'arrêter tout-à-fait. M. Boyer rapporte qu'un enfant, chez lequel M. Deschamps avait reconnu un polype vésical commençant, en lui pratiquant l'opération de la taille, sortit de l'hôpital de la Charité vingt jours après l'opération, ne ressentant plus aucune incommodité qui pût dépendre de la présence de la tumeur. Enfin une observation rapportée par Werner, et dont le sujet était une femme, semble prouver que, dans certains cas, les polypes vésicaux peuvent se présenter à l'orifice de l'urèthre, et donner prise à des instrumens capables de les saisir et de les extraire ; mais on sent que ces cas heureux sont extrêmement

rars, et que ce dernier surtout ne peut se présenter que chez les femmes.

L'art ne peut opposer aux polypes de la vessie qu'un traitement palliatif, qui consiste à modérer par des bains, des boissons rafraîchissantes, et des applications de sangsues faites pendant les temps d'exacerbation des douleurs, les souffrances ou les incommodités qu'ils provoquent. Un fongicide, établi dans le voisinage dès le début du mal, en retarderait probablement les progrès, au moins dans certains cas.

Le seul cas qui présente aux malades une chance de guérison radicale, est celui où il existe en même temps un calcul et un polype pédiculé, prenant son insertion non loin du col de la vessie ; mais ce n'est qu'au moment où l'on procède à l'opération, que l'on reconnaît ordinairement la présence du polype, le cathétérisme ne faisant reconnaître que celle du calcul. Ce cas s'est présenté à Desault. Ayant porté le doigt dans la vessie d'un homme qu'il venait de débarrasser d'une pierre, il reconnut qu'un polype, supporté par un pédicule étroit, et prenant son insertion près du col de la vessie, existait dans la cavité de cet organe, il le saisit avec des tenettes, et en fit l'extraction après avoir tordu son pédicule ; le malade guérit. Mais les choses ne sont pas toujours aussi favorablement disposées. Chez la plupart des malades qui présentent la complication d'un polype et d'un calcul, ou bien la tumeur a une large base, ou bien elle s'implante au sommet de la vessie, ou bien le calcul se trouve enveloppé par la substance même du polype ; et dans tous ces cas, soit que, ne soupçonnant pas l'existence du polype, ce qui arrive souvent, on le saisisse en même temps que le calcul, soit que l'ayant reconnu, on le saisisse isolément, son arrachement est presque toujours suivi de la mort. Le succès obtenu par Desault doit-il autoriser à tailler les malades que l'on soupçonne