

La technique opératoire a besoin d'être fixée et ne peut être établie que grâce à une expérience considérable. Néanmoins, Mosler se croit autorisé dès à présent à dire qu'à côté de l'incision et de la pince comprime, le thermo-cautère et les injections salicylées ont donné de bons résultats. La résection du poumon, au contraire, est une opération impraticable chez l'homme.—PAUL BERTHOD, in *Gazette médicale de Paris*.

Des polypes naso-pharyngiens.—Clinique de Mr. le Dr TILLAUX à l'Hôtel-Dieu—Le malade est un jeune gargon venu à l'hôpital il y a quinze jours et envoyé par un professeur de Caen, comme étant atteint d'une tumeur du pharynx nasal. Il est âgé de 21 ans, exerce la profession de cocher; ses parents, ses deux frères et sa sœur sont parfaitement sains: il n'a lui-même aucun antécédent morbide.

Le début de la maladie semble remonter à quatre ans. Vers cette époque il commença à remarquer qu'il respirait plus difficilement que de coutume, surtout par la narine droite. Les choses restèrent longtemps en cet état. Puis il s'aperçut qu'il avalait mal, et enfin, un jour, regardant le fond de sa bouche dans une glace, il y découvrit une tumeur. Cette tumeur ne paraît pas avoir grossi depuis dix-huit mois. Depuis, du nasonnement s'est ajouté aux modifications précédentes.

Etat actuel.—Quant on examine le malade on ne trouve aucune déformation du visage (on verra plus loin l'importance de cette remarque). Quand on lui fait ouvrir la bouche, on voit une saillie grisâtre dépassant en bas le bord libre du voile du palais, arrivant au bord de la langue et déprimant un peu le voile surtout du côté droit. De ce même côté on trouve que la fosse amygdalienne est un peu remplie; à gauche elle est complètement libre.

Le toucher donne des renseignements plus importants. Le voile du palais est peu sensible; il est mobile, et à l'aide d'une pince on peut l'attirer en bas, ce qui prouve que la tumeur n'y adhère pas. On peut d'ailleurs glisser le doigt entre la tumeur et le voile, mais on est bientôt arrêté au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales. On ne peut pas aller avec le doigt entre la tumeur et le pharynx pour gagner le haut de la tumeur, mais il est certain qu'elle n'adhère pas au pharynx, car un fil de fer a pu trouver passage. Donc, et ceci est important, la tumeur n'adhère ni en avant ni en arrière, et si on la saisit entre le pouce et l'index, on peut lui imprimer de petits mouvements latéraux absolument comparables à ceux d'un battant de cloche. Elle ne tient donc pas en haut.

L'examen rhinoscopique antérieur révèle dans la narine droite l'existence d'une petite tumeur qui ne bouche cependant pas la narine puisque le doigt peut y être introduit. C'est évidemment un prolongement de la tumeur pharyngienne.

Les signes physiologiques sont peu importants. Le malade n'a pas souffert, et c'est au hasard qu'il doit d'avoir découvert sa tumeur. Il n'a jamais ressenti de douleur, ni dans les yeux, ni dans les narines, ni dans la tête.—Point essentiel: *A aucune époque de l'évolution de la tumeur il ne s'est produit de perte de sang.*

La situation de la tumeur est nettement déterminée, mais on ne sait si elle s'attache seulement à la partie postérieure des fosses nasales, si elle a un second point d'insertion situé plus haut, par exemple