

vant aussi exactement que possible les dimensions réelles et les rapports.

Cette paroi est exclusivement formée par la face inférieure de l'apophyse basilaire. Elle est très inclinée en bas et en arrière.

L'axe de l'apophyse forme avec l'horizon un angle obtus ouvert en bas et en avant.

La face inférieure de l'apophyse basilaire est recouverte par un trousseau fibreux qui offre une épaisseur considérable. Sa forme est triangulaire : le sommet s'engage entre l'apophyse basilaire et l'apophyse odontoïde ; la base regarde la cavité pharyngienne. Son épaisseur sur la figure 119 est de 18 millimètres et sa hauteur de 27 millimètres. L'importance de ce tissu fibreux vient de ce qu'il est, presque toujours, le point de départ des polypes naso-pharyngiens, de ces singulières tumeurs de nature fibreuse qui ont une prédilection si marquée pour le sexe masculin et pour l'adolescence. Le professeur Gosselin, dans sa *Clinique chirurgicale*, a émis cette opinion que les polypes naso-pharyngiens tendraient à disparaître spontanément lorsque le sujet arrive à l'âge de vingt-quatre à vingt-cinq ans en sorte que, si le malade touche à cette période de la vie le chirurgien pourrait se contenter de pratiquer une opération palliative.

On comprend aisément comment, partis de l'apophyse basilaire, les polypes remplissent d'abord la portion nasale du pharynx, envoient ensuite des prolongements dans les fosses nasales et les cavités qui les avoisinent (sinus sphénoïdal, sinus maxillaire), dépriment le voile du palais, apparaissent dans la portion buccale, et descendent même jusque vers la base de la langue dans la portion laryngienne. On comprend également qu'ils usent peu à peu l'apophyse basilaire et envoient un prolongement dans la cavité crânienne. J'ai dit plus haut que, par le trou sphéno-palatin, une partie de la tumeur pouvait gagner la fosse zygomatique et faire saillie à la joue.

L'extirpation des polypes naso-pharyngiens est d'une impérieuse nécessité : abandonnés à eux-mêmes, ils entraînent fatalement la mort par l'entrave apportée aux fonctions, et surtout par les hémorragies répétées et abondantes qu'ils provoquent. Ce n'est pas ici le lieu de traiter cette importante question de médecine opératoire. Je ferai, toutefois, remarquer que la voie la plus rationnelle et la plus directe pour arriver sur le point d'implantation des polypes naso-pharyngiens est la voie nasale, puisque l'apophyse basilaire est exactement située sur le prolongement de la cavité des fosses nasales ; c'est, d'ailleurs, la voie préconisée d'abord par Chassaignac et suivie depuis par Ollier.

De plus, en attaquant le polype par la voie nasale, vu l'inclinaison en bas de l'apophyse basilaire, on dominera en quelque sorte l'implantation du polype et l'on pourra raser assez facilement la surface d'insertion en agissant de haut en bas ; si l'on attaque, au contraire, par la voie palatine en suivant la pratique de Nélaton, on arrivera moins directement sur le pédicule et l'on sera moins bien placé pour raser de haut en bas l'apophyse basilaire ; cependant, les fosses nasales sont si étroites que, si le polype n'y a pas envoyé de prolongements qui les aient dilatées de façon à rendre la manœuvre opératoire plus facile, je considère pour cette dernière raison la voie palatine comme préférable à la voie nasale.

L'inclinaison en bas et en arrière de l'apophyse basilaire rend également compte d'un fait important : c'est qu'il est impossible de passer convenablement un fil galvano-caustique ou une chaîne d'écraseur autour du pédicule d'un polype naso-pharyngien en suivant la voie buccale : on ne peut, en effet, embrasser