

trompes. La figure 105 est la fusion des petites images multiples ainsi recueillies.

Règle générale : C'est par la douceur et la patience qu'on parvient à triompher des obstacles que le sujet met involontairement à l'examen.

III. — TOUCHER NASO-PHARYNGIEN.

L'exploration du naso-pharynx par le toucher digital est le complément très souvent nécessaire de la rhinoscopie par le miroir. Par exemple, si l'on veut établir fermement le diagnostic de végétations adénoïdes.

Les doigtiers variés, en caoutchouc vulcanisé ou en métal (articulés ou non), existent pour ceux qui redoutent d'être mordus pendant l'examen, mais on peut s'en passer et par conséquent simplifier l'examen grâce aux quelques précautions que voici, indiquées surtout s'il s'agit d'un enfant, comme c'est le cas ordinaire.

Un aide — ce peut être le père ou la mère — s'assied, met l'enfant entre ses genoux et lui tient solidement les deux mains. Le chirurgien dispose son bras gauche autour de la tête qu'il applique fixement contre sa poitrine. Puis, l'enfant ouvrant la bouche, il insinue les parties molles de la joues gauche entre les arcades dentaires à l'aide de ses médius et index qui, de la sorte, forment un coin écarteur très efficace. L'index droit peut alors être introduit sans risque d'être mordu dans la bouche. La pulpe va toucher la paroi postérieure du pharynx, soulève le bord postérieur du voile et entre dans le cavum sans que l'ongle ait éraillé les muqueuses. Promené dans les diverses directions il a la sensation de tumeurs adénoïdes ou de cornets hypertrophiques à leur extrémité postérieure (queues de cornets); sur les parties latérales il sent le pavillon de la trompe et en arrière le tubercule antérieur de l'atlas. Il est bon de prévenir les parents, sitôt l'index retiré, que l'enfant va *peut-être* saigner un peu du nez. Ce toucher doit être pratiqué avec douceur, ne fût-ce que pour éviter certains petits accidents d'effet fâcheux, tels par exemple, que la chute de dents de lait faiblement implantées sur les arcades dentaires.

Il va sans dire que l'index, avant d'être introduit dans le naso-pharynx, doit être nettoyé, spécialement sous l'ongle et baigné dans une solution antiseptique (eau naphtolée à 1/1000 par exemple), l'ongle ne sera pas trop long. L'oubli de cette précaution expose le malade à des tubo-tympanites suppurées.

Chez les nourrissons, l'index pénètre difficilement dans le naso-pharynx, parce qu'il est relativement trop volumineux. On peut alors faire le toucher avec le petit doigt.

I

MALFORMATIONS DU NEZ

Il y a lieu d'envisager successivement les vices de conformation et difformités: *a*) du nez *proprement dit* (c'est-à-dire de la portion du nez visible à l'extérieur); *b*) des *narines*; *c*) des *choanes*; *d*) des *fosses nasales* (1).

Pour chacune de ces régions la difformité peut être : 1° *congénitale*; 2° *acquise*.

I. — MALFORMATIONS DU NEZ EXTÉRIEUR.

1° **Malformations congénitales.** — *a*. ABSENCE ET ATROPHIE CONGÉNITALES DU NEZ. — L'*absence totale congénitale du nez* est un fait rare. En général elle coexiste avec d'autres malformations congénitales, incompatibles avec la vie, et offre plus d'intérêt au point de vue embryologique et tératologique qu'au point de vue clinique. Toutefois il existe une observation, due à Maisonneuve, d'atrophie totale congénitale du nez sans autre anomalie. Maisonneuve opéra une petite fille de neuf ans, née avec une absence complète du nez. A la place de cet organe était une surface percée de deux petits pertuis ronds d'un millimètre de largeur, et distants l'un de l'autre de trois centimètres. Cette malformation donnait au visage un aspect grotesque, et de plus entravait la respiration et la succion. Le fait de Maisonneuve

(1) ROSENTHAL, Des déform. de la cloison du nez et de leur trait. chirurg., thèse de Paris, 1888. — CHATELLIER, Structure des saillies anguleuses de la cloison des fosses nasales (*Soc. anat.*, 1888). — G. MARCHANT, art. Nez et FOSSES NASALES, in *Traité de chir.* Paris, 1888. — LANNELONGUE et MÉNARD, Affect. congénit. Paris, 1891. — MOURE, Déviations et proéminences du septum nas. (*Congrès de Berlin*, avril 1890). — GILLIAN, Tic doul. produit par une exostose de la clois. (*New York med. Journ.*, 9 août 1890). — HARTMANN, Les crêtes et épines de la cloison nas. (*Congrès d'otol. allem.*, avril 1890). — GELLÉ, Perforations de la cloison dans la fièvre typhoïde (*Soc. paris. de laryngo-rhino-otologie*, juin 1891). — ASTIER, Traitement des sténoses nasales (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, oct. 1891). — MEYER, Traitement électrolytique des crêtes de la cloison (*Soc. de laryng. de Berlin*, décembre 1892). — POTIQUET, Étude crit. sur l'étiol. des déviations de la clois. nas. (*Méd. mod.*, mars 1892, n° 11 et 12). — HAJEK, Perforations de la cloison du nez, leçon recueillie par Lermoyez (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1892, p. 735). — BERGONIE et MOURE, Traitement par l'électrolyse des déviat. et éperons de la clois. du nez. Bordeaux, 1892. — GELLÉ, Rôle du traumatisme dans la déformation du septum (*Soc. par. de rhinol.*, fév. 1893). — GOUGENHEIM et HÉLARY, Oblitér. osseuse congénit. des choanes (*Ann. des mal. de l'or., et du lar.*, etc. 1894). — SARREMONNE, Des malformations de la cloison du nez, thèse de Paris, 1894 (bibliographie complète de tous les trav. antér. à 1894 concern. les malform. de la cloison et leur traitem.). — LERMOYEZ, Thérap. des mal. des fosses nas., t. I, 1896.

neuve est un exemple d'atrophie du bourgeon frontal dans sa partie antérieure.

L'*atrophie congénitale partielle* du nez a été observée par Lannelongue. Chez une fillette amenée à l'hôpital Trousseau et présentant un affaissement du nez, il conclut, après examen, à l'absence des os propres du nez. Le squelette de cet organe n'était représenté qu'en haut par les branches montantes du maxillaire supérieur unies l'une à l'autre sur la ligne médiane. Au-dessous il n'y avait pas d'os propre du nez. Cet organe n'offrait aucune trace d'affection ulcéreuse (1).

b. FISSURE MÉDIANE DU NEZ; BIFIDITÉ DU NEZ. — La fissure médiane du nez, isolée ou associée à d'autres malformations, offre des degrés variables. Elle a été observée par Hoppe, Witzel, Lannelongue. Le fond de la fissure est en général revêtu de peau normale, et en aucun cas la cloison ostéocartilagineuse du nez n'a été trouvée divisée.

c. NEZ DOUBLE. — On en connaît quelques exemples, mais, suivant la remarque de Saint-Germain, il s'agit plutôt d'une tumeur congénitale hypertrophique que d'un véritable nez supplémentaire.

d. ANOMALIES DE VOLUME DU NEZ; NEZ A FORME DISGRACIEUSE. — Il y aurait à notre époque une décadence du volume et de la forme du nez; les Grecs et les Romains étaient mieux partagés que nous sous ce rapport. « Le nez s'en va », dit de Saint-Germain, et la décadence du nez aquilin, grec, romain, s'accuse par une série de déformations: nez aplatis à leur racine, nez à pointe relevée, nez à bec de corbin, à chanfrein, à genou.

2° **Malformations acquises.** — Elles comprennent: *a) les déviations; b) les affaissements; c) les pertes de substance et perforations.*

a. DÉVIATIONS. — Le nez peut être dévié par une rétraction cicatricielle de la peau de la joue ou de la lèvre supérieure. Cette *déviaton cicatricielle* s'observe à la suite de brûlures, d'ulcérations, de traumatismes de la joue ou de la lèvre.

La déviation peut être d'origine *traumatique*, et résulte d'une fracture ou d'une luxation des cartilages des os du nez.

Enfin il existe une *déviaton physiologique*, qui se fait soit à gauche, soit plus fréquemment à droite. On a expliqué ce fait par le contact prolongé du nez de l'enfant avec le sein de la nourrice. Pour de Saint-Germain cette explication est fantaisiste; il préfère attribuer la déviation du nez à droite à l'action de se moucher avec la main droite. Mais, dans ce cas, chez les gauchers la déviation devrait toujours se faire à gauche, ce qui n'est pas démontré.

b. AFFAISSEMENTS. — Les affaissements du nez résultent soit d'un traumatisme, soit d'une nécrose syphilitique ou tuberculeuse des os propres du nez. Nous n'avons pas à décrire ici la forme du nez syphi-

(1) Obs. LV du livre de LANNELONGUE et MÉNARD.

litique, ni à rappeler l'entrave que les affaissements du nez peuvent apporter à la respiration nasale.

c. PERTES DE SUBSTANCE. — Elles peuvent être spontanées ou traumatiques. Leur intérêt réside tout entier dans leur traitement, dont nous nous occupons plus loin.

Traitement. — La correction des vices de conformation du nez a depuis longtemps exercé l'ingéniosité des chirurgiens, car cette correction a une grande importance au double point de vue esthétique et physiologique. Un individu à nez difforme est d'une part placé à différents troubles fonctionnels (nasonnement, perte de l'odorat, inflammation chronique du nez et du pharynx), dont l'inconvénient pousse les malades à demander secours à la chirurgie.

Le problème à résoudre est différent, suivant qu'il s'agit :

De restaurer la totalité du nez;

De restaurer une partie du nez;

De modifier un nez disgracieux.

I. Restauration totale du nez. — Le lambeau destiné à constituer le nez peut être emprunté au bras, au front, à la joue, d'où trois méthodes de rhinoplastie totale: la méthode italienne, la méthode indienne, la méthode française.

a. MÉTHODE ITALIENNE. — Elle convient aux cas où la destruction est trop étendue pour que l'on puisse reconstituer le nez aux dépens du front et de la joue.

Elle consiste à emprunter un lambeau cutané à la partie inférieure et antérieure du bras. Ce lambeau reste adhérent au bras par un de ses bords, et sa nutrition est ainsi provisoirement assurée; par sa face saignante il est appliqué sur la perte de substance préalablement nettoyée et avivée. On le suture par ses bords, et jusqu'à ce qu'il ait pris, le bras est maintenu en contact avec le nez à l'aide d'un appareil à courroies, ou d'un appareil plâtré. Quand le lambeau adhère, on sectionne le pédicule, et on finit de le suturer, après l'avoir convenablement taillé.

b. MÉTHODE INDIENNE. — Elle consiste à emprunter le lambeau au front; on peut procéder par exemple de la manière suivante: On dissèque sur le front un lambeau triangulaire à base supérieure, à sommet inférieur. Le sommet doit être non pas sur la ligne médiane, mais obliquement dirigé vers une partie latérale, et cela pour les trois motifs suivants: 1° le lambeau une fois rabattu le pédicule sera moins tordu, et par suite le lambeau sera moins exposé à se gangrener; 2° le lambeau à pédicule latéral contient une des artères frontales internes, et par suite offre plus de vitalité; 3° la saillie formée par le pédicule est moins considérable, et il ne sera pas nécessaire de faire une opération ultérieure pour réduire cette saillie.

Le lambeau doit comprendre toute l'épaisseur de la peau; Ollier

et Langenbeck ont même conseillé de comprendre dans le lambeau le périoste frontal, de façon à constituer un squelette au nez qu'on se propose de refaire.

Enfin la base du lambeau devra être taillée en trois petits lambeaux rectangulaires, le médian, un peu plus long que les latéraux formera la pointe du nez et la sous-cloison; les deux latéraux formeront les ailes du nez.

c. MÉTHODE FRANÇAISE. — C'est une méthode par *glissement*. De chaque côté de la perte de substance on taille un lambeau de la forme d'un triangle allongé, dont le pédicule répond au front, et dont la base répond à la lèvre supérieure. Les deux lambeaux sont mobilisés, rapprochés l'un de l'autre, et suturés sur la ligne médiane.

Quel que soit le procédé employé, il faut mettre à la place des narines un corps résistant, destiné à maintenir la forme des parties, et à empêcher l'oblitération des narines.

II. Restauration partielle du nez. — On peut avoir à restaurer le lobule, l'aile ou la sous-cloison.

a. RESTAURATION DU LOBULE. — Si la perte de substance est peu étendue, on peut se contenter d'en aviver les bords, puis de les rapprocher par quelques points de suture.

Si le lobule manque en totalité, il faudra recourir au procédé de Rouge (de Lausanne). On taille sur le dos du nez un lambeau quadrilatère, qu'on mobilise seulement à sa partie moyenne, en glissant à plat un petit bistouri entre l'os et le tégument. Cette partie moyenne est abaissée et suturée à la perte de substance, dont on a eu soin préalablement d'aviver les bords.

b. RESTAURATION DE L'AILE DU NEZ. — On peut emprunter le lambeau soit à la joue, soit à la lèvre supérieure.

Si, à cause de la grande étendue de la perte de substance, on se décide pour la joue, on utilisera le procédé de Malgaigne modifié par Nélaton.

Le bord interne de la perte de substance est prolongé en haut par une incision parallèle au dos du nez; on prolonge de même le bord externe par une incision qui monte obliquement au sommet de la précédente, en circonscrivant un V renversé. On enlève alors les téguments circonscrits par ce V, ce qui a pour résultat d'agrandir la perte de substance, et de lui donner la forme d'un triangle allongé à base inférieure. Cela fait, si l'on se contentait de tailler sur la joue un lambeau à pédicule supérieur, et de le faire glisser de façon à reconstituer l'aile du nez, cette aile ainsi refaite risquerait d'être attirée au dehors par la rétraction du tissu inodulaire cicatriciel. Pour obvier à cet inconvénient, Nélaton recommande de laisser une bandelette de peau, large de 3 à 4 millimètres, le long du bord externe de la perte de substance à réparer. C'est en dehors de cette bandelette qu'il taille son lambeau, lequel est ramené en dedans de la bande-

lette en glissant sous elle. Si le lambeau est emprunté à la lèvre supérieure, on fait sur celle-ci deux incisions verticales, limitant un lambeau de largeur voulue, et à pédicule supérieur. Ce lambeau est retourné puis suturé à la perte de substance, et la plaie de la lèvre est traitée comme un bec-de-lièvre.

c. RESTAURATION DE LA SOUS-CLOISON. — On emprunte le lambeau à la lèvre supérieure; on peut tordre le lambeau ou le faire glisser, suivant que le pédicule est supérieur ou inférieur.

III. Modification d'un nez à forme disgracieuse. — Différents cas peuvent se présenter; les deux plus fréquents sont les suivants :

Le nez est disgracieux par excès de volume;

Le nez est disgracieux par ensellure consécutive à un traumatisme ou à la syphilis.

a. Dans le cas d'excès de volume (nez à bec de corbin, à promontoire, à chanfrein, à genou), on pourra suivre l'exemple de Blandin. Chez un homme à nez ridiculeusement busqué, Blandin fit une incision médiane, allant de la racine du nez à sa base. Le cartilage étant ainsi mis à nu, toute sa partie exubérante fut réséquée, puis les téguments réunis. Le résultat fut très satisfaisant.

b. La correction des nez ensellés se fait par des procédés nombreux; nous mentionnerons simplement celui de Kœnig. Il consiste à emprunter au front, une charpente osseuse qu'on recouvre d'un lambeau cutané. Pour cela, on fait d'abord une incision transversale à la limite inférieure de l'ensellure, de façon à rendre mobiles les parties molles du nez. Si l'on attire en avant ces dernières, on arrive facilement à les amener au point qu'elles occuperaient si le nez avait une hauteur de profil normale: la plaie devient alors largement béante, et c'est cette brèche qu'il s'agit d'abord de pourvoir d'un lambeau de soutènement. On taille, aux dépens du dos du nez et de la partie voisine du front, un lambeau oblong, large de 3 ou 4 centimètres, à grand diamètre dirigé verticalement.

Après avoir circonscrit le lambeau jusqu'à l'os, on fait agir l'un des angles de la lame d'un ciseau pour diviser la couche corticale de l'os sur toute la longueur de l'incision; puis au moyen d'un ciseau dont la lame plate a la même largeur que le lambeau, on détache du diploé toute l'étendue de substance corticale ainsi délimitée, et recouverte de son périoste et de la peau sus-jacente. Tout ce lambeau d'os et de parties molles est alors rabattu de haut en bas; à ce moment la couche corticale se brise à l'endroit où elle se continue en bas avec la voûte osseuse du nez. La peau se trouve donc retournée en dedans, tandis que la coque osseuse regarde en dehors. Ce lambeau ainsi rabattu vient combler la brèche produite par la section transversale du nez; son bord libre est alors réuni par des sutures aux parties molles du nez, de telle façon que le bord cutané de ces dernières recouvre la

périphérie du lambeau. La couche cutanée du lambeau est destinée à jouer désormais le rôle d'une muqueuse. Enfin, sur la charpente du nez ainsi reconstituée, on fait descendre un lambeau cutané emprunté à la région du front. Par ce procédé, on arrive à donner au nez une hauteur de profil normale qui se maintient grâce au lambeau osseux. Il suffit quelquefois d'abattre la portion saillante du profil nasal. Ce procédé simple m'a donné un bon résultat.

II. — MALFORMATIONS DES NARINES.

1° **Malformations congénitales.** — On peut observer soit le rétrécissement, soit l'oblitération complète des narines.

a. RÉTRÉCISSEMENT. — Le rétrécissement congénital est plus ou moins prononcé, et gêne en proportion les sujets qui en sont porteurs. Le nez paraît pincé, analogue à celui de certains rongeurs, et si le rétrécissement est très prononcé, l'enfant respire par la bouche; il a le timbre vocal spécial, et le facies qu'on observe dans le cas de végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Ultérieurement le rétrécissement peut avoir l'inconvénient d'exposer à l'obstruction complète des narines, lorsque celles-ci sont atteintes de lésions accidentelles.

b. OBLITÉRATION. — L'oblitération congénitale des narines est beaucoup plus rare que leur rétrécissement; plus rare aussi que les vices de conformation analogues de l'oreille, de l'anus et du vagin. Elle peut tenir, l'aile restant écartée de la sous-cloison, à une membrane plus ou moins résistante, cutanée ou fibreuse, allant de l'aile à la sous-cloison. Dans d'autres cas, la cavité de la narine est supprimée; il y a adhérence de l'aile à la cloison. En d'autres termes, il y a une oblitération profonde par réunion des bords et une oblitération des surfaces.

L'oblitération unilatérale se traduit par une difficulté de la respiration nasale, suivie bientôt de ses conséquences pharyngo-pharyngées; l'oblitération bilatérale complète a une symptomatologie beaucoup plus bruyante. Comme la succion ne peut s'effectuer sans respiration nasale; l'enfant qui naît avec une oblitération bilatérale des narines ne pourra pas téter, et il sera nécessaire d'intervenir immédiatement.

2° **Malformations acquises.** — *a. RÉTRÉCISSEMENT.* — Le rétrécissement acquis des narines est dû à la cicatrisation d'une plaie quelconque siégeant sur le pourtour des narines. C'est ainsi que l'impétigo, les pustules de la variole, les brûlures, les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques peuvent le produire.

Il est constitué anatomiquement par un croissant ou un anneau de tissu inodulaire, remontant plus ou moins haut dans la narine. Les symptômes qui en résultent sont faciles à comprendre.

b. OBLITÉRATION. — L'oblitération acquise des narines reconnaît les mêmes causes que le rétrécissement acquis; comme l'oblitération congénitale elle peut être superficielle ou profonde.

L'oblitération acquise n'offre pas chez l'adulte le danger immédiat que l'oblitération congénitale offre chez l'enfant. Néanmoins, à cause de la gêne respiratoire, de l'embarras de la parole et de l'anosmie qu'elle entraîne, il y a lieu d'intervenir le plus tôt possible.

Traitement. — Rétrécissement. — Avec le rétrécissement congénital ou acquis, le traitement sera à peu près le même.

Dans le rétrécissement léger, on commencera par la dilatation simple, à l'aide de bougies de calibre gradué, ou de corps susceptibles de se gonfler par imbibition. Si ce traitement échoue, on fera une ou plusieurs incisions libératrices, et on recommencera la dilatation.

Dans le cas de rétrécissement très serré, on peut recourir à une véritable opération autoplastique, qui consiste à enlever la peau autour de l'ouverture de la narine dans une hauteur de 4 à 5 millimètres en respectant la muqueuse, puis à renverser cette muqueuse en dehors, en ourlet, et à la fixer par quelques points de suture à la peau.

Oblitération. — Chez le nouveau-né il faut inciser la membrane obturante au galvanocautère, puis mettre dans la plaie un drain de caoutchouc, qui empêche la réunion de ses bords, et en même temps permet la respiration nasale. Dans les cas d'oblitération plus complète, il faudra faire non plus une incision, mais une excision suivie de dilatation, ou encore recourir à un procédé autoplastique.

III. — MALFORMATIONS DES CHOANES.

Comme pour les narines, nous trouvons ici le rétrécissement et l'oblitération, qui peuvent être congénitaux ou acquis.

a. Rétrécissement. — Le rétrécissement *congénital* peut être *membraneux*, comme pour les narines; ou *osseux*, ce qui est spécial aux choanes. Nous y reviendrons à propos de l'oblitération.

Le rétrécissement *acquis* est en général un rétrécissement *cicatriciel*. Nous n'avons pas en vue, bien entendu, les faux rétrécissements, causés par les tumeurs de la région. Les lésions scrofuleuses et syphilitiques guéries, les ulcérations de la région causées par certaines pyrexies graves, laissent des brides cicatricielles qui empêchent plus ou moins la communication du pharynx et des fosses nasales.

b. Oblitération. — L'oblitération complète *acquise* des choanes reconnaît la même étiologie que le rétrécissement acquis; nous n'y insistons pas davantage.

L'oblitération *congénitale* des choanes est au contraire beaucoup plus intéressante. Elle est *membraneuse*, ou le plus souvent *osseuse*. D'après Schwendt, l'occlusion est toujours d'origine osseuse, et ce