

CHAPITRE VII

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL DE L'OLFACTION.

ARTICLE I

NEZ.

§ 1. **Rhinoplastie.** — J'exposerai l'état actuel de la médecine opératoire sur ce sujet, sans m'occuper des transplantations de nez d'un sujet à un autre, ni des restaurations faites avec un lambeau pris sur la fesse d'un autre individu. Il n'est guère au pouvoir de la chirurgie de reconstituer un nez détruit dans sa totalité. C'est plutôt alors aux appareils prothétiques que l'on doit recourir.

Je rangerai sous les chefs suivants les cas auxquels la rhinoplastie peut être appelée à remédier : 1° restauration d'un nez détruit en totalité ou presque en totalité ; 2° restauration d'un nez enfoncé par destruction de la cloison ou restauration du dos du nez ; 3° restauration de la portion cartilagineuse latérale ou des portions cartilagineuses latérales du nez (sous le nom de portion cartilagineuse latérale, je comprends toute la portion située au-dessous des os propres, c'est-à-dire celle qui répond à l'aile du nez et au cartilage latéral) ; 4° restauration du lobule.

1° Restauration d'un nez détruit en totalité ou presque en totalité. — La restauration, dans ces cas-là, peut être tentée par deux méthodes, la méthode indienne, la méthode italienne.

Méthode indienne (fig. 224, 225). — On fait avec de la cire, du carton, du sparadrap ou du cuir, un nez reproduisant la forme que l'on veut donner à cet organe, puis on l'étale sur le milieu du front de façon que la portion correspondant aux narines se trouve à la partie supérieure. Si la sous-cloison est détruite, on donne au lambeau un prolongement destiné à la remplacer. On marque au nitrate d'argent le périmètre du lambeau, et l'on a soin de lui donner en tous sens des dimensions de quatre à cinq millimètres plus éten-

dues que celles du modèle, en raison de la rétraction qu'il subira lorsqu'il sera détaché.

On avive les bords de l'ouverture nasale, on dissèque la portion de peau préalablement délimitée, et on la détache partout, excepté au voisinage de la racine du nez, puis on la rabat suivant un de ses bords, de façon que la face saignante réponde à la cavité nasale. On fixe par la suture les bords latéraux du lambeau ainsi renversé.

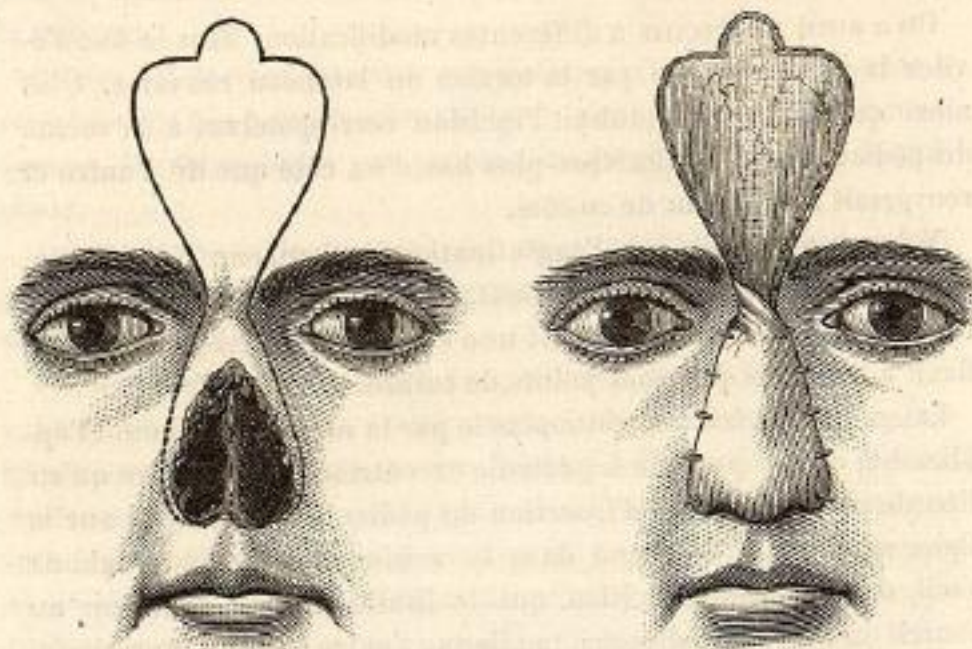


Fig. 224 et 225. — Rhinoplastie. Méthode indienne.

Si la sous-cloison existe, on avive son extrémité antérieure et on l'attache à la partie moyenne du bord inférieur du nouveau nez. Quand elle n'existe pas, on la constitue avec le prolongement médian que, comme je l'ai dit, on doit conserver au lambeau en pareil cas.

On introduit dans les narines, pour les soutenir et les maintenir béantes, de la charpie enduite de cérat ou des bouts de sonde en gomme.

Lorsque le lambeau a contracté de solides adhérences, on enlève les points de suture, on divise le pédicule du lambeau et on excise la portion libre de ce pédicule.

Tel était le procédé primitif.

On a attribué à l'excision du pédicule l'affaissement du lambeau ; aussi a-t-on cherché, par des procédés divers, à éviter cette excision.

Dieffenbach pratiquait une incision longitudinale sur la racine du nez et y engageait le pédicule du lambeau, dont il retranchait ensuite la portion saillante.

Blandin, lorsque le nez avait pris, excisait une portion de la peau située en arrière du pédicule et fixait ce dernier dans le vide ainsi produit.

On a aussi eu recours à différentes modifications dans le but d'éviter la saillie formée par la torsion du lambeau renversé. C'est ainsi que Lisfranc conduisait l'incision correspondant à la racine du pédicule sept millimètres plus bas d'un côté que de l'autre et renversait le lambeau de ce côté.

Velpeau attendait que l'agglutination du lambeau fût obtenue, puis il divisait le pédicule très-haut, le sectionnait, le redressait, le taillait en pointe et lui creusait une échancrure dans laquelle il le fixait à l'aide de quelques points de suture.

Langenbeck a fait à la rhinoplastie par la méthode indienne l'application de son procédé à pédicule excentrique, c'est-à-dire qu'au lieu de placer le point d'insertion du pédicule du lambeau sur la ligne médiane, il le prend dans le voisinage du grand angle de l'œil, de façon que l'incision qui le limite en haut aboutisse au sourcil ou un peu au-dessous, tandis que l'autre s'arrête immédiatement au-dessous du ligament palpébral interne.

Labat a employé un procédé très-analogue au précédent.

Certains chirurgiens, toujours pour diminuer la torsion du pédicule, ont pris le lambeau, non plus sur la portion médiane du front, mais sur ses parties latérales ; c'est ainsi qu'Alquié de Montpellier a formé un lambeau transversal à pédicule médian, et Auvert un lambeau oblique.

Philips retournait en dedans une portion de la peau destinée à former les narines ; ce procédé a l'avantage de mieux s'opposer à l'oblitération de ces orifices et de leur donner une forme qui se rapproche davantage de l'état normal. Quand la sous-cloison était détruite, il taillait assez largement la portion de lambeau qui devait la représenter pour pouvoir en adosser les surfaces saignantes ; à l'aide d'épingles transversalement placées, il cherchait à main-

tenir saillante la portion moyenne du lambeau destinée à figurer l'arête du nez.

Afin de donner plus de saillie au lobule du nez, on peut ajouter à la portion moyenne du lambeau frontal un lambeau pris sur la lèvre supérieure.

Lorsque le nez normal a été détruit en totalité, celui par lequel on cherche à le remplacer manque de soutien antéro-postérieur et tend fatalement à s'affaisser, quelque soin que l'on prenne de le soutenir.

Ollier, qui déclare du reste que l'ostéoplastie est impuissante à restaurer un nez complètement détruit, a apporté un élément nouveau à la rhinoplastie en prenant un lambeau doublé de périoste.

Avant de recourir au périoste, on avait déjà employé divers procédés pour obvier à l'affaissement du nez nouveau dû à l'absence de charpente osseuse.

J'ai déjà signalé les épingles auxquelles recourait Philips.

Langenbeck sciait de petites languettes osseuses sur tout le pourtour osseux du nez, en les laissant adhérentes aux parties molles par leur surface et à l'apophyse montante du maxillaire par leur bord inférieur. Par des tractions, il les séparait de ce dernier et les relevait sur l'ouverture nasale, de façon à leur faire remplir l'office des poutres d'un toit ; mais ces languettes osseuses se mortifiaient d'ordinaire, et le nez perdait tout son appui.

Je trouve dans Heineke (*Compendium d'opérations chirurgicales et d'appareils*. Erlangen, 1872) le procédé suivant applicable aux cas où il existe encore une cloison s'étendant jusqu'aux limites de l'ouverture osseuse : sur cette cloison on taille un petit lambeau à pédicule supérieur et on le porte en avant. Le lambeau relevé délicatement pour ne pas fracturer la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, on cherche à le maintenir dans sa nouvelle position avec des emplâtres agglutinatifs et au besoin avec un morceau de gutta-percha. Au bout de quatre ou cinq semaines, lorsque ce lambeau est fixé dans sa nouvelle position, on peut appliquer dessus le lambeau frontal.

Tous ces procédés ne doivent inspirer qu'une très-mince confiance.

Méthode italienne (fig. 226). — Voici comment de Græfe la pratiquait : le malade était préalablement habitué à porter un gilet lacé surmonté d'un capuchon embrassant la tête et pourvu d'une

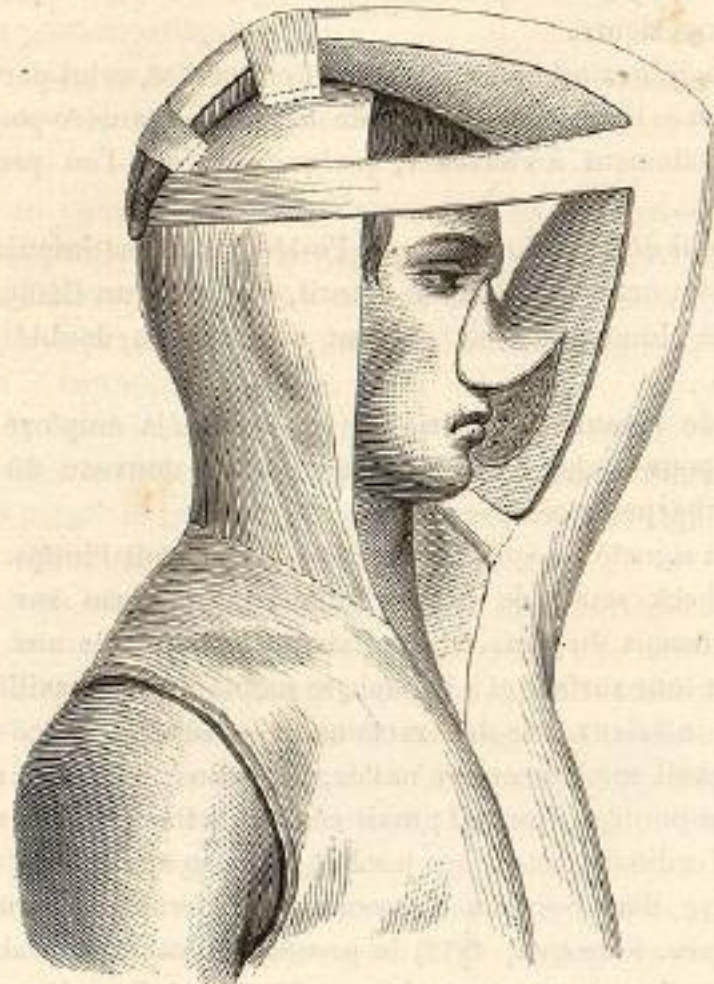


Fig. 226. — Rhinoplastie. Méthode italienne.

manche ouverte en avant et munie de courroies permettant de fixer le bras près du nez. Le chirurgien modelait avec du carton ou de la cire le nez qu'il voulait refaire, puis étalait ce modèle sur la partie du bras qui, grâce à l'appareil que j'ai indiqué, venait se mettre en rapport avec la portion de la face correspondant au nez ; il dessinait le lambeau ainsi circonscrit, en ayant soin de le prendre un peu plus large que le modèle.

Il avivait les bords de la perte de substance laissée par le nez détruit, puis il disséquait le lambeau sur le bras en le laissant

adhérent par sa base, c'est-à-dire la portion correspondant à la partie inférieure du nez.

Le lambeau appliqué sur la région du nez était maintenu par des sutures, et le bras fixé contre la face, jusqu'à ce que le lambeau eût contracté des adhérences suffisantes. Le chirurgien retirait alors le bandage, sectionnait l'attache au bras de la base du lambeau, la rabattait et la cousait, en laissant deux ouvertures destinées à représenter les narines, ouvertures qu'il maintenait en y introduisant des sondes.

Ce procédé diffère à certains égards de celui de Tagliacozza, considéré comme l'inventeur de la méthode italienne. Ce dernier, avant d'appliquer le lambeau partiellement détaché, le laissait suppurer un certain temps afin de lui donner plus de relief.

Je n'ai pas besoin de signaler tout ce que la position du bras exigée par la méthode italienne a de pénible pour le malade ; elle a, en revanche, cet avantage que la cicatrice laissée par le lambeau se trouve sur une partie qui n'est pas exposée aux regards, mais néanmoins elle est aujourd'hui tombée en désuétude.

2^e Restauration d'un nez enfoncé par destruction de la charpente osseuse ou restauration du dos du nez (fig. 227, 228).

Cette difformité se produit assez souvent à la suite de lésions scrofuleuses ou syphilitiques ; plus rarement elle est la conséquence de lésions traumatiques.

Voici le procédé employé par Dieffenbach pour remédier à cet état : le sujet était une jeune fille de douze ans qui avait perdu le nez à la suite de lésions scrofuleuses. Son visage présentait, au lieu d'un nez saillant, un sillon tortueux, irrégulier, qui donnait à sa figure l'aspect d'une tête de mort. Une partie des téguments du nez enlevé couvrait l'espace vide que la destruction des os avait causé ; tout ce qui en restait se dirigeait en dedans. La plupart des os s'étaient détachés, entre autres le vomer, la plus grande partie de l'apophyse nasale, l'os malaire et les lames de l'ethmoïde. La maladie était arrêtée depuis trois ans quand Dieffenbach tenta la restauration. La malade étant assise sur une table, son dos soutenu par des coussins, Dieffenbach fit sur les côtés du nez enfoncé et dans toute sa longueur deux incisions dirigées de bas en

haut; il en résulta une bande de peau isolée, trois fois aussi large à sa base qu'à son sommet et unie à la lèvre supérieure par un filet de peau mince et court. En haut elle adhérait aux téguments par un pont étroit.

L'opérateur, aux deux extrémités du nez, coupa les parties molles jusqu'à l'os. Ensuite, au moyen de deux incisions semi-lunaires, continuation des incisions latérales, il dégagait les ailes du nez de leurs adhérences extérieures. Il put alors retirer de la profondeur dans laquelle elles avaient été cachées pendant si longtemps, les bandelettes de peau rétrécies en haut et plus larges en bas qui résultèrent de ces diverses incisions.

Le nez, qui était en quelque façon replié sur lui-même, réparut en saillie. Dieffenbach excisa enfin les bords intérieurs du dos du nez et le bord extérieur des parois latérales et des ailes de cet organe. Après avoir attendu quelques instants avant de réunir les lambeaux, il mit d'abord en contact les parois latérales qui devaient former le dos du nez, au moyen de six aiguilles entortillées dont les fils furent coupés immédiatement. Il réunit ensuite les ailes et les bords latéraux du nez à la peau des joues et à la lèvre supérieure à l'aide de huit points de suture. Il avait préalablement séparé de l'os les bords limitrophes de la joue dans l'étendue de quelques lignes.

La bande de peau qui restait de la cloison paraissant trop courte, Dieffenbach l'allongea à l'aide de deux petites incisions latérales faites dans la lèvre supérieure. Il introduisit ensuite dans chaque narine un tuyau de plume mince, enveloppé de charpie huilée, et termina en faisant passer des téguments de la joue au milieu du nez une grande aiguille garnie à ses extrémités d'un morceau de cuir, et dont il roula la pointe en forme de spirale. Le nouveau nez fut ainsi rendu plus saillant.

On combattit par des applications de compresses imbibées de vin tiède étendu d'eau la pâleur et le refroidissement que présenta le nez immédiatement après l'opération; plus tard on leur substitua des compresses d'eau blanche. Le succès fut, dit-on, excellent; il y eut seulement une mortification de la peau qui formait la cloison, et Dieffenbach fit plus tard la sous-cloison avec une bandelette de peau prise sur la lèvre supérieure.

Je dois dire qu'une dizaine d'années avant que Dieffenbach pratiquât l'opération que je viens de relater et que j'ai empruntée presque mot pour mot à la *Gazette médicale* (t. I, n. 8, p. 65), Larrey avait employé un mode de restauration présentant une grande analogie avec celui mis en pratique par le chirurgien allemand.

Malgaigne, pour refaire les nez enfoncés, avait recours à la méthode par décollement, qui rentre dans la méthode française. Voici comment il procédait: il commençait par diviser les adhérences de l'aile gauche du nez à la joue en suivant le sillon naso-génien. Par cette ouverture il introduisait un ténotome aigu avec lequel il séparait les téguments des os propres du nez; à l'aide de sections sous-cutanées analogues, il isolait la peau qui recouvre les apophyses montantes des maxillaires et un peu la portion moyenne de la lèvre supérieure. Il rapprochait alors les téguments ainsi mobilisés et les faisait saillir en avant sur la ligne médiane.

Pour maintenir la saillie du nez ainsi constitué, il le traversait avec deux longues épingles maintenues en place par deux petits boutons de liège, sur lesquels il repliait les deux bouts de l'épingle. La première épingle passait immédiatement au-dessous des os nasaux la seconde, au niveau du bord supérieur des ailes du nez. Cette dernière, du côté gauche, dans le point où l'aile du nez a été séparée de la joue, doit traverser la peau de la joue. Malgaigne réunissait la peau du nez à la joue par la suture entortillée.

Quand la pointe du nez était retenue par la sous-cloison, ce chirurgien enfonçait de bas en haut une épingle d'abord dans la sous-cloison, puis dans le lobule, et, rapprochant ces parties à l'aide de deux boutons de liège, il rendait le lobule plus saillant.

On a aussi eu recours à un lambeau emprunté à la région frontale, et cela de diverses façons.

Dans un premier procédé, à l'aide d'une incision transversale allant d'une aile du nez à l'autre et de deux autres incisions partant des extrémités de la précédente pour se diriger vers la racine du nez, on délimite un triangle qui circonscrit la portion déprimée de cet organe et que l'on avive. Sur le front on taille un lambeau formé par toute l'épaisseur des parties molles, y compris le périoste, et on l'applique sur la surface avivée.

Dieffenbach, dont je viens de rapporter plus haut un procédé, em-

ployait encore le suivant : il séparait l'une de l'autre par une incision les deux moitiés du nez et, entre ces deux moitiés, interposait un lambeau frontal d'un pouce de largeur environ. Plus tard, sur le derme du lambeau, il pratiquait une série d'excisions longitudinales afin d'amener au contact, à la suite du travail cicatriciel, les deux moitiés du nez.

Verneuil a préconisé, pour remédier à la difformité qui nous occupe, la méthode de l'adossement des lambeaux, dans laquelle on

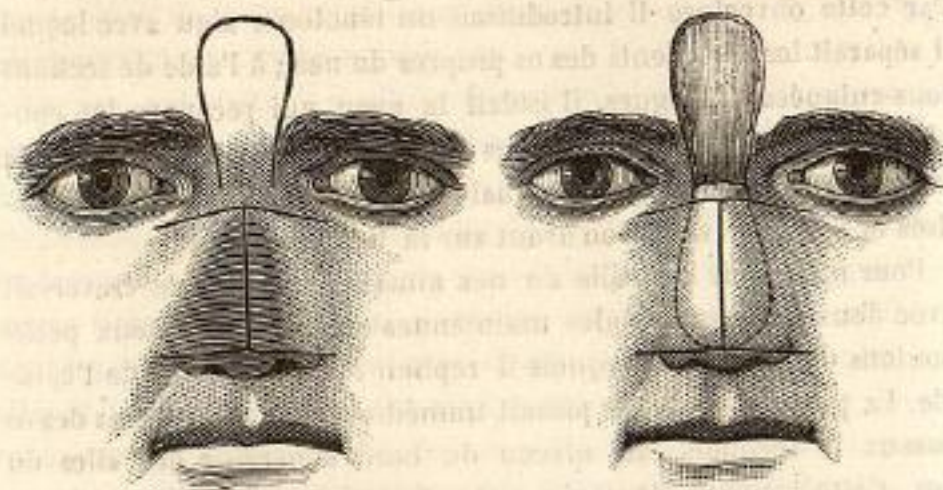


Fig. 227 et 228. — Rhinoplastie par adossement des lambeaux, procédé de Verneuil.

combine la méthode indienne et la méthode française (fig. 227, 228).

Divisant la peau du nez sur la ligne médiane et faisant tomber de chaque côté une incision transversale sur les deux extrémités de la première, on a deux lambeaux latéraux que l'on dissèque.

Sous ces deux lambeaux latéraux on en place un troisième pris sur la peau du front et renversé de haut en bas autour de son pédicule, de façon à correspondre par sa surface sanglante à la surface sanglante des lambeaux latéraux. Il est facile de fixer ces lambeaux par la suture. Un procédé peu différent de celui de Verneuil a été employé par Bardeleben. De toutes les opérations employées pour la restauration d'un nez enfoncé, celle de Verneuil est incontestablement la meilleure. Les autres ne peuvent inspirer que très-peu de confiance.

3° Restauration de la portion cartilagineuse ou des portions

cartilagineuses du nez (fig. 229, 230). (J'ai dit plus haut ce que j'entends par portion cartilagineuse.)

Voyons d'abord les cas où la perte de substance existe des deux côtés.

Nous retrouvons ici le procédé de la méthode indienne que j'ai déjà exposé et qui consiste à prendre sur le front un lambeau pour combler le vide.

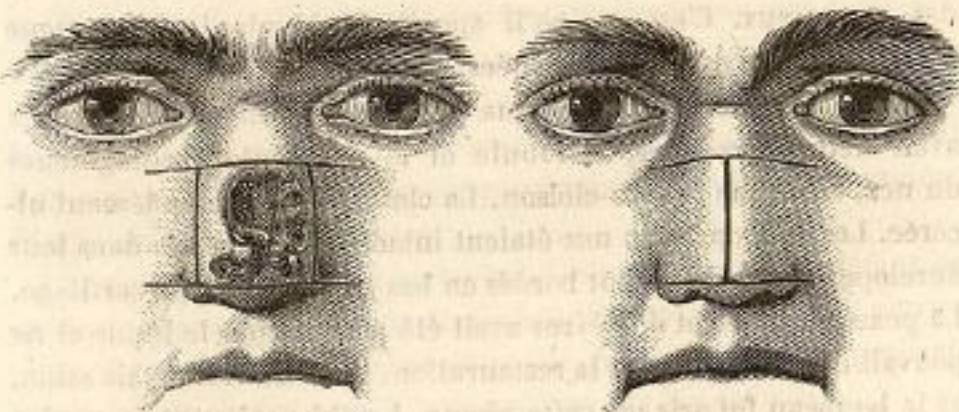


Fig. 229 et 230. — Rhinoplastie latérale, procédé de Bouisson.

La méthode française est parfaitement de mise dans ces cas-là. On peut prendre de chaque côté sur la joue un lambeau quadrilatéral et réunir ces deux lambeaux sur la ligne médiane. C'est ce que Bouisson appelle la rhinoplastie latérale, rhinoplastie latérale qui lui a donné de bons résultats.

On peut aussi recourir à la méthode par décollement ; je l'ai vu mettre en usage par Alquié de Montpellier pour combler une perte de substance comprenant la portion cartilagineuse du nez des deux côtés ; la cloison était en partie détruite, la sous-cloison persistait, mais son sommet était en avant libre de toute adhérence.

Sur la partie inférieure de ce qui restait de nez, Alquié fit une incision en V à pointe supérieure et située au milieu de l'espace intersourcilier. Les branches du V descendaient jusqu'aux limites latérales de la racine du nez. A travers cette incision, il passa un ténotome étroit et décolla dans toute son étendue la peau des os propres du nez ; il put ainsi la mobiliser et l'abaisser suffisamment pour venir la mettre en rapport avec la sous-cloison

dont le sommet avivé fut fixé par un point de suture entortillée à la portion du nouveau nez destinée à former le lobule.

La perte de substance produite par l'abaissement du lambeau ne laissa qu'une cicatrice peu apparente, et la malade eut, en somme, un nez un peu court, mais très-présentable.

Ollier de Lyon a aussi mis en pratique un procédé par glissement qui a quelque analogie avec celui que je viens de signaler; seulement il a fait concourir à la réparation le périoste du front et un des os nasaux. C'est ce qu'il appelle l'ostéoplastie périostique et l'ostéoplastie osseuse combinées.

Voici l'opération qu'il pratiqua : un lupus rongeur de la face avait détruit les ailes, le lobule et la charpente cartilagineuse du nez, ainsi que la sous-cloison. La cloison était profondément ulcérée. Les os propres du nez étaient intacts, mais arrêtés dans leur développement; ils étaient bordés en bas par une zone de cartilage. La peau des joues et des lèvres avait été atteinte par le lupus et ne pouvait être utilisée pour la restauration. Celle du front était saine, et le lambeau fut pris sur cette région. Le chirurgien fit descendre d'un point central, situé à cinq centimètres au-dessus de la ligne intersourcilière, deux incisions divergentes qu'il prolongea jusqu'au niveau du bord inférieur de l'ouverture nasale. Il avait ainsi formé un lambeau triangulaire à sommet supérieur, à base inférieure.

En disséquant la portion frontale du lambeau, Ollier comprit le périoste dans la dissection, de façon à avoir un lambeau périostéocutané.

Arrivé au niveau des os propres du nez, il procéda de la façon suivante : après avoir disséqué la peau qui recouvrait l'os propre du nez à droite sans comprendre le périoste, à gauche il détacha avec un ciseau l'os nasal de ses connexions osseuses, en ayant soin de laisser la face antérieure adhérente à la peau. Il luxa alors cet os en bas et détacha du côté droit avec un bistouri le bourrelet cartilagineux qui bordait les os propres du nez.

Pour donner un support médian au lambeau qu'il allait abaisser, Ollier sectionna la cloison avec de forts ciseaux, ce qui forma un lambeau cartilagineux antéro-postérieur, tenant par sa base antérieure au lambeau cutané et servant de soutien à ce lambeau en s'appuyant par son autre extrémité sur le plancher des fosses

nasales ou plutôt sur une crête formée par la partie de la cloison que le lupus n'avait pas complètement rongée.

Le lambeau muni de son support fut alors abaissé; les deux os propres du nez furent placés bout à bout et maintenus dans cette position par un point de suture métallique. L'angle supérieur du lambeau frontal fut fixé au niveau de la racine du nez. La plaie frontale, dont les bords avaient été préalablement mobilisés par quelques coups de bistouri, fut réunie par la suture entortillée. Les bords du nez furent fixés aux bords correspondants des joues par des points de suture en fil de fer capillaire très-rapprochés.

Des tubes furent introduits dans le nez pour en maintenir la forme. Ollier rapporte que l'intervalle laissé par le déplacement de l'os nasal gauche a été comblé par du tissu osseux, et il considère le résultat comme satisfaisant.

Lorsqu'une portion cartilagineuse latérale du nez fait défaut, la méthode française, la rhinoplastie latérale de Bouisson est encore applicable. Elle expose cependant un peu à ce que le lambeau tire le lobule du nez vers la joue sur laquelle il a été pris.

On peut très-bien aussi recourir à la méthode par décollement et circonscrire par une incision en V à sommet supérieur la portion de peau située au-dessus de la perte de substance, en arrêtant, bien entendu, les branches du V un peu au-dessus de cette perte de substance. La portion de peau ainsi circonscrite, décollée avec un ténotome, est ensuite abaissée et vient combler le vide. Denonvilliers et Alquié ont employé ce mode d'autoplastie.

Mutter mit en usage un procédé un plus complexe, que Velpeau range dans ce qu'il appelle la rhinoplastie par décollement composé. Ayant à restaurer une aile du nez complètement détruite, cet opérateur aviva les bords de la perte de substance en lui donnant la forme d'un V ouvert en bas; de l'extrémité inférieure de la branche externe du V il fit partir une incision horizontale dirigée vers la joue. Il décolla le lambeau ainsi obtenu et le ramena en dedans, de façon à le fixer par la suture à la branche interne du V.

Pour combler une perte de substance d'une des ailes du nez, Langenbeck a eu recours à un lambeau à pédicule supérieur pris de l'autre côté du nez, sur le point symétrique à celui qui a été détruit, et séparé de la perte de substance par une portion de peau saine.

Michon a fait servir la muqueuse de la cloison à la restauration de l'aile du nez et du lobule manquant d'un côté.

Il tailla sur cette muqueuse un lambeau triangulaire à base antérieure parallèle aux os du nez, et, laissant ce lambeau adhérent par sa base, le mit en rapport avec la perte de substance dont il avait préalablement avivé les bords. En appliquant ce procédé des deux côtés, Michon put réparer un nez dont les deux ailes manquaient à la fois.

Sédillot et Labat ont eu recours à la méthode indienne; ils ont pris un lambeau sur la joue et l'ont porté en dedans, en tordant le pédicule.

Blandin et Bonnet ont employé d'une autre façon la même méthode. C'est avec un lambeau comprenant toute l'épaisseur de la lèvre inférieure qu'ils ont comblé le vide.

Bonnet tailla son lambeau à l'aide de deux incisions dont l'interne un peu oblique en bas et en dedans commençait au niveau de l'extrémité interne de la perte de substance, et dont l'externe était plus rapprochée de la verticale. Le bord muqueux de la lèvre fut excisé, et, par un mouvement de torsion qui ne dépassa pas quarante-cinq degrés, le lambeau put être mis à la place de l'aile du nez.

Blandin et Bonnet réunirent par la suture entortillée la plaie de la lèvre. Bonnet fait observer que le lambeau ainsi obtenu est épais, doublé en dedans par une muqueuse, et que la plaie de la lèvre ne laisse qu'une cicatrice insignifiante. Ces considérations sont vraies pour le cas qu'il rapporte, mais il est évident que, si la perte de substance était considérable, on ne pourrait prendre sur la lèvre un lambeau suffisant pour la combler, sans entraîner une difformité choquante. En outre, chez l'homme, les poils de la moustache sont un inconvénient.

Dieffenbach a mis en pratique un procédé qui consiste à remédier aux pertes de substance d'une des ailes du nez en raccourcissant l'autre côté de cet organe, de façon à les mettre tous deux de niveau. Il divisa sur la ligne médiane le dos du nez jusqu'au bord inférieur de la portion osseuse; puis, faisant partir de cette section médiane et du côté sain une incision en V à pointe dirigée vers la joue, il excisa la portion cunéiforme ainsi délimitée du côté sain et réunit les bords.

Ce procédé n'est applicable qu'à un nombre de cas bien limité. Il faut que la perte de substance soit peu étendue et que la forme du nez se prête à ce mode de rhinoplastie.

En somme la méthode par décollement, lorsqu'on peut la mettre en usage, est de beaucoup la meilleure.

4° Restauration de la sous-cloison. Pour refaire une sous-cloison, Dupuytren tailla sur la portion médiane de la lèvre, sans aller jusqu'au bord libre et aux dépens seulement de la portion cutanée, un lambeau à la base supérieure qu'il appliqua, après l'avoir retourné, sur la portion restante de la sous-cloison fraîchement avivée. Il fixa le sommet du lambeau au lobule et réunit la plaie de la lèvre.

Le pédicule du lambeau, en raison de la torsion qu'il avait subie, faisait une saillie difforme; la sous-cloison était trop large.

Gensoul, qui plus tard traita ce même malade, circoncrivit par une incision en V la base du lambeau et réunit par la suture la perte de substance qui en résulta pour la lèvre; puis, il excisa une petite bandelette longitudinale de la portion médiane de la sous-cloison et réunit les parties latérales. Il put ainsi obvier à ce que l'opération de Dupuytren présentait de défectueux.

Dieffenbach eut recours au même procédé, mais coupa le pédicule, quand le lambeau eut contracté des adhérences suffisantes.

On a aussi pris sur la lèvre un lambeau comprenant toute l'épaisseur de ce repli, lambeau qui a été appliqué sur la cloison par torsion du pédicule, après avivement de sa face muqueuse. Les bords de la plaie labiale furent réunis par la suture entortillée.

Blandin prit le lambeau comme ci-dessus, mais au lieu de retourner le pédicule, il aviva la face cutanée et la mit en rapport avec la cloison; de ce procédé je rapprocherai celui proposé par Serres et qui consiste à détacher le lambeau par sa partie supérieure et à le laisser adhérent par sa partie inférieure que l'on diviserait, la réunion une fois obtenue.

Je ne citerai que pour mémoire et comme devant être employé quand nul autre n'est applicable le procédé de Dieffenbach qui consiste à tailler un petit lambeau sur le dos du nez et à le tordre pour en former la sous-cloison. Plus mauvais encore est le procédé dans lequel on prend sur le front, pour remplacer la cloison des

narines, un lambeau que l'on enchâsse entre les deux moitiés de la portion molle du nez séparées symétriquement sur la ligne médiane, lambeau dont la partie inférieure repliée sur elle-même doit remplacer la cloison absente. Le mode opératoire, employé par Blandin me paraît le meilleur.

5° Restauration du lobule. Si la perte de substance est peu étendue, on pourra, après en avoir avivé les bords, les rapprocher en mobilisant la peau voisine par des incisions et la dissection; mais si le vide à combler était plus étendu, il faudrait prendre le lambeau sur la peau du front, ce qui constituerait un procédé fort défectueux. Autant vaut alors recourir à la prothèse.

On trouvera dans les différents procédés de rhinoplastie que j'ai exposés de quoi obvier au rétrécissement des narines.

§ 2. **Redressement du nez.** — Dans le cas de déviation très-prononcée de la portion cartilagineuse du nez, on pourrait mettre en usage l'opération qui a été pratiquée par Dieffenbach pour des cas analogues. La voici : à l'aide d'un ténotome introduit sous la peau on sépare les cartilages du nez des os maxillaires; ensuite par une autre section également sous-cutanée, on divise la cloison du nez. Les parties ainsi mobilisées peuvent alors être remises dans une position normale.

ARTICLE XI.

FOSSES NASALES ET ARRIÈRE-CAVITÉ DES FOSSES NASALES.

§ 1. **Tamponnement des fosses nasales.** — Il n'est, je le crois, nullement nécessaire de décrire ici les fosses nasales; je rappellerai seulement que leur paroi externe présente les trois cornets, supérieur, moyen et inférieur, séparés par autant de méats. Le cornet inférieur est écarté du plancher des fosses nasales d'une distance de huit à quinze millimètres. La paroi supérieure est formée par les os propres du nez, la lame criblée de l'ethmoïde et le corps du sphénoïde. Au niveau de l'ethmoïde, les fosses nasales ne sont donc séparées de la cavité crânienne que par cette lame dont on connaît la fragilité. Derrière les fosses nasales se trouve l'arrière-cavité des fosses nasales dont la voûte est formée par la face inférieure de l'apophyse basilaire, et la paroi postérieure par la face

antérieure des premières vertèbres cervicales, arrière-cavité qui communique avec les fosses nasales par deux orifices rectangulaires que la face interne de l'apophyse ptérygoïde limite en dehors.

Le tamponnement a pour but d'arrêter l'épistaxis.

On peut tamponner seulement l'orifice antérieur des fosses nasales ou tamponner en même temps le postérieur.

Tamponnement antérieur. On enfonce dans la narine, à la profondeur d'un demi-centimètre à peu près, un tampon de charpie fortement serré à l'aide d'un fil et d'un volume suffisant pour la remplir. Une bandelette de diachylon que l'on fixe sur la tête du malade ou sur son bonnet sert à soutenir le tampon.

Le tamponnement antérieur réussit assez souvent à arrêter les hémorrhagies, mais le tamponnement complet est encore plus sûr.

Tamponnement antérieur et postérieur. On commence par préparer le tampon postérieur. Il est fait de charpie et disposé de façon à avoir à peu près les dimensions et la forme de l'orifice postérieur des fosses nasales. Il est attaché d'une part à un fil double dont les deux chefs doivent sortir par la narine, et d'autre part à un fil postérieur simple devant ressortir par la bouche.

Pour placer le tampon postérieur, on peut se servir d'une sonde en gomme élastique, mais la sonde de Belloc (fig. 231) est bien préférable. Le malade étant placé autant que possible dans un en-

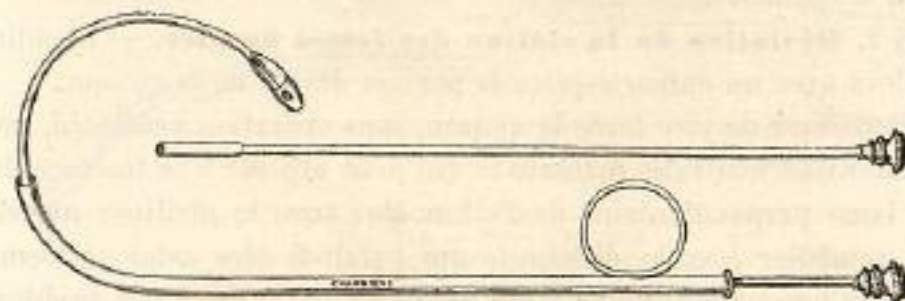


Fig. 231. — Sonde de Belloc.

droit bien éclairé, le chirurgien introduit dans la fosse nasale la sonde de Belloc et pousse le ressort. Le bout de la sonde vient alors apparaître dans la bouche. Le chirurgien engage dans les yeux de la sonde et y fixe le fil double dont est muni le tampon; puis, retirant la sonde d'une main, il entraîne le tampon qu'il pousse en même temps avec l'autre main, de façon à facili-

ter son passage au-dessous du voile du palais. Il tire sur les fils qui ressortent par la narine pour s'assurer que le tampon est entré à frottement dans l'orifice postérieur des fosses nasales et ne peut aller plus avant. Il écarte alors les deux chefs qui sortent par la narine et place entre eux le tampon antérieur sur lequel il les serre fortement et les noue. Il les coupe ensuite au ras du nœud.

Le fil qui ressort par la bouche est fixé sur la joue ou sur le front avec un morceau de diachylon ou de taffetas d'Angleterre.

Quand on veut retirer le tamponnement, on coupe les fils noués autour du tampon antérieur, et on l'enlève; on tire ensuite sur le fil buccal et on extrait le tampon postérieur.

On a proposé, pour tamponner les fosses nasales, de se servir d'un condom dans lequel, après l'avoir introduit, on injecte de l'eau ou de l'air avec une sonde, et qu'on ferme ensuite par une ligature.

Miquel d'Amboise et Martin Saint-Ange ont imaginé dans le même but un petit appareil formé d'un sac en baudruche muni d'une canule à robinet et destiné à être gonflée avec de l'air.

L'appareil de Martin Saint-Ange, qu'il a décoré du nom de rhinobion, se fixe à l'aile du nez à l'aide d'un curseur. Gariel a aussi inventé un appareil analogue dont la vessie est en caoutchouc vulcanisé. Ces instruments sont peu usités en raison de leur complication, et c'est en somme au tamponnement avec la charpie que l'on a recours.

§ 2. **Déviations de la cloison des fosses nasales.** — Blandin enleva avec un emporte-pièce la portion déviée de la cloison.

Redresser de vive force la cloison, sans opération préalable, me semble une mauvaise manœuvre qui peut exposer à la fracture de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde; aussi le meilleur moyen de remédier à cette difformité me paraît-il être celui qu'a employé Chassaignac. Après avoir découvert, à l'aide d'une incision antéro-postérieure et du côté de sa convexité, le cartilage dévié, il détacha, avec une spatule, la muqueuse du cartilage, amincit ce dernier en excisant successivement plusieurs tranches, et, lorsqu'il l'eut suffisamment aminci, il put le repousser et le remettre sur la ligne médiane. La muqueuse fut réappliquée sur le cartilage, et un fragment d'éponge placé dans la fosse nasale du côté vers lequel se déviait la cloison servit à maintenir cette dernière.

§ 3. **Polypes des fosses nasales.** — Je décrirai séparément la thérapeutique des polypes muqueux et celle des polypes fibreux, thérapeutique qui varie en effet pour ces deux ordres de tumeurs.

Polypes muqueux. — Je ne citerai que pour mémoire la compression et la cauterisation, méthodes qui sont laissées de côté et à juste titre.

L'excision est un mode opératoire peu employé. Pour exciser convenablement le polype, il faudrait, en effet, être certain d'agir avec l'instrument tranchant sur le pédicule, et c'est là une condition bien rare pour les polypes des fosses nasales.

Malgaigne, afin de faciliter la manœuvre, tirait avec des pinces sur la tumeur et, quand il l'avait attirée aussi en avant que possible, il divisait le pédicule avec des ciseaux courbes ou un bistouri boutoné.

L'arrachement est en somme la méthode d'élection.

Pour le pratiquer, on se sert de pinces (fig. 233, 234) qui ont une

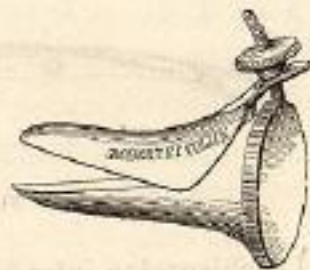


Fig. 232. — Speculum nasal de Duplay.

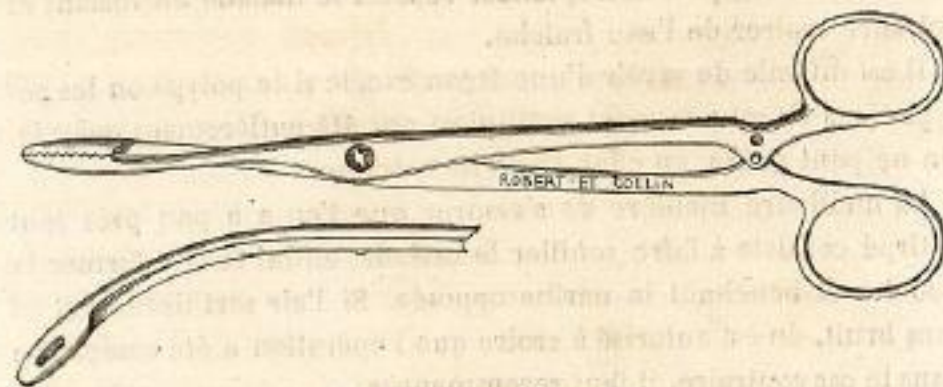


Fig. 233. — Pince à polypes.

grande analogie avec les pinces à pansement. Elles sont plus grandes, les mors en sont concaves, fenêtrés, pourvus de dents; les branches sont droites ou courbes, terminées par des anneaux et munies d'un arrêt.

On ne recourt pas à l'anesthésie, car le sang qui s'écoule des fosses nasales pourrait s'introduire dans les voies aériennes et asphyxier le malade. Ce dernier est assis vis-à-vis d'une fenêtre et

couvert d'une alèze attachée autour du cou. Un aide placé derrière lui tient la tête immobile.



Fig. 234. — Pince de Duplay.

Le chirurgien introduit dans la narine la pince fermée et la dirige vers le polype; il l'ouvre et, lorsqu'en serrant les mors il éprouve une certaine résistance qui annonce qu'il a saisi la tumeur, d'une part il continue à rapprocher les mors, d'autre part il retire à lui l'instrument, en lui faisant décrire un demi-tour de rotation. Il fait donc en même temps la torsion et l'arrachement.

On est généralement obligé de revenir plusieurs fois à cette manœuvre, car il est rare que le polype soit complètement arraché du premier coup.

Il faut, de temps à autre, laisser reposer le malade un instant et lui faire aspirer de l'eau fraîche.

Il est difficile de savoir d'une façon exacte si le polype ou les polypes (car ils sont souvent multiples) ont été entièrement enlevés. On ne peut guère, en effet, le vérifier *de visu*.

La meilleure manière de s'assurer que l'on a à peu près tout extirpé consiste à faire souffler le malade, en lui faisant fermer la bouche et bouchant la narine opposée. Si l'air sort librement et sans bruit, on est autorisé à croire que l'opération a été complète; dans le cas contraire, il faut recommencer.

Il arrive assez souvent dans cette opération que l'on saisisse la muqueuse ou les cornets. Rien de particulier n'annonce que l'on tient la muqueuse; mais quand on serre un cornet, le malade accuse une vive douleur, et le chirurgien éprouve une sensation de résistance toute particulière.

Afin de saisir plus facilement le polype, on recommande d'écartier les deux parois de la narine avec la pince ouverte et de faire souffler le malade. Dupuytren repoussait au besoin le polype en

avant avec l'indicateur de la main gauche passé derrière le voile du palais et introduit dans l'orifice postérieur de la fosse nasale.

Verneuil, s'appuyant sur des recherches qui lui ont démontré que les polypes naissent toujours sur le bord convexe des cornets et presque constamment sur celui du cornet inférieur, conseille de diriger la pince en conséquence. Le bord du cornet inférieur est, je l'ai dit, parallèle au plancher des fosses nasales. Verneuil recommande d'éviter de renverser la tête en arrière, ce qui expose à s'égarer.

Maisonneuve, pour prévenir les récidives, arrache le cornet sur lequel est implanté le polype.

Dans le même but, Jarjavay cautérisait avec le nitrate d'argent, lorsque l'hémorrhagie était arrêtée, le point où il supposait qu'était implanté le polype qu'il venait d'enlever.

L'arrachement est généralement suivi d'une hémorrhagie qui s'arrête en faisant aspirer au malade de l'eau froide ou de l'eau vinaigrée. Au besoin on recourrait au tamponnement.

Polypes fibreux. — Les polypes fibreux peuvent être attaqués par des opérations simples; telles sont l'excision, l'arrachement, la ligature. D'autre part, on recourt quelquefois, pour les détruire, à des opérations complexes, et ici il faut distinguer deux catégories parfaitement distinctes: dans certains cas on combine deux procédés opératoires ayant tous deux pour but immédiat la destruction de la tumeur, tels que la ligature et l'excision, tandis que, dans d'autres, on réunit deux opérations dont la première a pour résultat de faciliter l'exécution du procédé par lequel on cherche à détruire le polype; telle est l'incision de la narine.

Méthodes simples. — L'excision peut être pratiquée toutes les fois que l'on peut arriver sur la racine du polype en l'attirant à l'extérieur avec des pinces érigées. On pourrait se servir avec avantage du galvano-cautère coutelet.

L'arrachement n'est guère applicable en raison de l'implantation solide de ces tumeurs; on est en effet exposé, en les arrachant, à entraîner en même temps des portions d'os, et l'on comprend toute la gravité d'un pareil accident si le polype s'implante sur la lame criblée de l'ethmoïde.

Quand on recourt à l'arrachement, il faut donc procéder avec les plus grandes précautions.

Ligature. — De nombreux procédés de ligature ont été employés ou proposés. J'en citerai seulement quelques-uns.

Le plus simple consiste à attirer la tumeur à l'extérieur et à entourer le pédicule avec une ligature fortement serrée que l'on renouvelle au besoin les jours suivants. On comprend sans peine que ce procédé n'est applicable qu'aux polypes implantés à la partie antérieure, c'est-à-dire à un nombre fort restreint. Levret se servait de deux canules d'argent soudées l'une à l'autre (fig. 235) et pourvues d'un anneau à l'une de leurs extrémités. Il



Fig. 235. — Serre-nœud de Levret.

engageait dans chacun de ces tubes le chef d'une anse métallique dont la portion moyenne faisait saillie au bout de l'instrument.

Il cherchait à engager le polype dans l'anse, et, ce résultat une fois obtenu, il serrait la ligature et fixait les bouts des chefs sur les anneaux. Il suffisait ensuite, pour augmenter graduellement la constriction, d'imprimer à l'instrument quelques tours de rotation sur lui-même.

Desault, pour faire la ligature, se servait de trois instruments : une canule recourbée, une pince porte-nœud légèrement courbe ressemblant à la pince urétrale de Hunter et un serre-nœud (fig. 236)

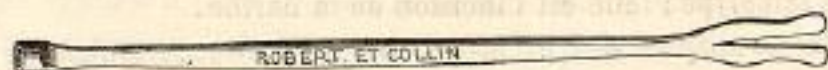


Fig. 236. — Serre-nœud de Desault.

formé d'une tige métallique terminée d'un côté par un anneau dans lequel passent les fils que l'on arrête sur une échancrure qui se trouve à l'autre extrémité.

Desault introduisait dans la fosse nasale la canule et la pince armées d'une ligature commune ; arrivé au niveau du pédicule, il confiait la pince à un aide qui la maintenait immobile, puis contourna le pédicule avec la canule et plaçait ainsi la ligature tout autour. Prenant la pince de la main gauche, il croisait sur elle la

canule qu'il retirait ensuite ; il dégageait ainsi un des fils, enlevait l'autre de la pince, les engageait tous les deux dans l'anneau du serre-nœud qu'il conduisait jusque sur la tumeur, puis les fixait à l'échancrure du serre-nœud. Il serrait ensuite la ligature quand besoin en était.

Favrot a proposé le procédé suivant : on prend un fil de soie long de deux mètres que l'on replie en deux parties égales. On engage chaque extrémité du fil ainsi replié dans une sonde coupée au-dessus des yeux. Cela fait, on écarte l'un de l'autre les fils dans l'intervalle des deux sondes, et on tâche d'embrasser le polype dans leur écartement.

Lorsqu'on a réussi, on tire sur un des chefs terminaux jusqu'à ce que l'on soit arrêté par le polype. La sonde qui contenait la partie repliée de l'anse est alors libre ; on l'enlève, et on serre les fils sur un mandrin que l'on introduit dans l'autre sonde.

On peut, la ligature une fois appliquée, recourir aux serre-nœud de de Graefe (fig. 237), de Roderick (fig. 238), etc., qui per-



Fig. 237. — Serre-nœud de de Graefe.

mettent d'augmenter à volonté la constriction. Cette méthode est préférable à celle qui consiste à serrer la ligature au moyen d'un nœud.

La ligature extemporanée faite avec le serre-nœud de Maisonneuve est aussi applicable aux tumeurs dont j'étudie la thérapeutique. On peut engager le polype dans l'anse fixée au serre-nœud et suffisamment ouverte, ou bien passer d'abord l'anse métallique autour du polype et en fixer ensuite les extrémités sur le serre-nœud.

Broca a modifié avantageusement le serre-nœud en rendant mobile l'extrémité qui livre passage à l'anse, de façon qu'elle peut s'incliner et devenir perpendiculaire sur la tige.

On pourrait encore se servir de l'anse coupante du galvanocautère.

Méthodes complexes. — L'arrachement peut se combiner avec la cautérisation, avec l'excision, qui peut elle-même être jointe à la ligature.

Quant aux opérations propres à faciliter l'action directe sur le polype, je signalerai l'incision de la narine et celle de la lèvre supérieure pratiquée par Syme.

La ligature est, d'une façon générale, difficile à appliquer; elle donne lieu à une suppuration fétide, à des douleurs vives et prolongées. La ligature extemporanée, lorsqu'elle peut être mise en usage, évite tous ces inconvénients, et me paraît valoir mieux que l'excision qu'il est en somme le plus souvent très-malaisé de pratiquer, et que l'arrachement dont j'ai signalé les dangers.

La combinaison de deux modes opératoires peut présenter des avantages, surtout celle de la ligature et de l'excision.

Il ne faut recourir aux opérations préliminaires propres à agrandir les voies, que quand on peut ne pas faire autrement.

§ 4. **Polypes fibreux naso-pharyngiens.** — Ces polypes s'implantent le plus souvent sur l'apophyse basilaire de l'occipital, mais ils peuvent prendre leur insertion sur d'autres points de l'arrière-cavité des fosses nasales. Maisonneuve, qui en a enlevé un assez bon nombre, les a vus fréquemment naître de l'apophyse ptérygoïde.

Ils présentent quelquefois des insertions multiples qui sont considérées par Nélaton comme des adhérences secondaires.

Développés d'abord dans le pharynx, ces polypes, lorsqu'ils augmentent de volume, envoient des prolongements dans les fosses nasales, dans la fosse zygomatique et dans l'orbite; ils pénètrent quelquefois dans la cavité crânienne en détruisant les os de la base du crâne.

Je ne parlerai que pour mémoire du traitement palliatif des polypes naso-pharyngiens, qui consiste à détruire une partie de la tumeur par le broiement, l'arrachement, etc. Cette méthode ne doit être mise en usage que lorsqu'on ne peut enlever la tumeur en totalité ou bien lorsque le malade refuse l'opération.

TRAITEMENT CURATIF. — Il se compose d'opérations fondamentales et d'opérations préparatoires: par les premières, on agit directement sur le polype; par les secondes on crée une voie propre

à faciliter l'application sur la tumeur des moyens destructifs.

OPÉRATIONS FONDAMENTALES. — Le broiement de Velpeau ne peut guère donner un résultat complet et satisfaisant; j'en dirai autant de la cautérisation, de l'arrachement et de l'excision tentés sans opération préliminaire.

Ligature. — On peut mettre en usage les procédés que j'ai signalés à propos des polypes des fosses nasales, plus quelques-uns qui sont propres aux polypes naso-pharyngiens.

Roderick atteint d'un polype naso-pharyngien entoura la base de sa tumeur avec un fil introduit de la bouche dans les fosses na-

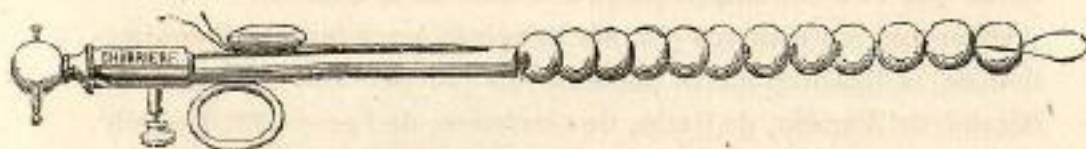


Fig. 238. — Serre-nœud de Roderick modifié.

sales. Les fils sortant par le nez furent serrés avec un serre-nœud (fig. 238) de l'invention du malade, étranger du reste à la médecine, et qui a conservé son nom, instrument consistant en une série de petites boules percées dans lesquelles on fait passer les fils. Une espèce de tourniquet placé à l'extrémité de l'instrument permet de porter la constriction au degré voulu.

Desault conseille d'introduire par la narine une sonde en gomme que l'on ramène par la bouche et de fixer au bout de cette sonde sortant par la bouche les deux extrémités d'une anse dans laquelle on aura passé un second fil. Pendant qu'un aide retire la sonde par la narine, le chirurgien conduit l'anse de fil derrière le voile du palais, en la maintenant écartée avec les doigts, et, lorsqu'elle embrasse le pédicule de la tumeur, il la serre avec le serre-nœud. Le second fil attaché à l'anse est destiné à ramener cette dernière du côté de la bouche, quand, dans une première tentative, la ligature n'a pu être appliquée sur la base de la tumeur.

A. Dubois se servait d'une anse de fil dont il introduisait un des chefs dans un fragment de sonde en gomme élastique, de façon que cette portion de sonde glissant jusqu'à la partie moyenne de l'anse la maintint ouverte. Ce bout de sonde était attaché d'autre part à

un fil de couleur passé à travers le tissu au niveau d'une de ses extrémités. Une sonde en gomme élastique (celle de Belloc est infiniment préférable pour cet usage) introduite dans les fosses nasales arrivait dans la bouche en passant derrière le voile du palais; aux yeux de cette sonde, le chirurgien attachait les deux extrémités de l'anse et le fil de couleur. Il la retirait par les fosses nasales par l'ouverture antérieure desquelles sortaient alors les deux chefs de l'anse embrassant le polype, grâce au fragment de sonde qui l'avait maintenue ouverte, et le fil attaché à ce bout de sonde, lequel bout de sonde était enlevé en tirant sur le fil, et il ne restait plus qu'à engager les deux chefs de l'anse dans un serre-nœud que l'on conduisait jusqu'à la base de la tumeur.

Différents instruments ont été imaginés pour faciliter l'application de la ligature sur le pédicule du polype. Tels sont ceux de Rigaud, de Blandin, de Hatin, de Charrière, de Leroy d'Étiolles, etc.

Pour se servir de ces instruments, il faut commencer par introduire des fosses nasales dans la bouche l'anse destinée à étrangler le polype, anse dont les deux chefs pendent au-devant de la narine correspondante, tandis que la portion moyenne, sortant de la bouche, est engagée dans le porte-ligature. On comprend que ces différents porte-ligature destinés à s'engager derrière le voile du palais pour arriver au niveau du point d'implantation du polype doivent présenter une courbure en rapport avec cette destination.

Le polypotome de Rigaud se compose de trois tiges contenues dans une canule; ces trois tiges se meuvent et peuvent se rapprocher et s'écarter. Sur leur extrémité libre est pratiquée une ouverture en bec d'oiseau. La portion moyenne de l'anse est passée dans l'ouverture des trois tiges que l'on rapproche, et l'instrument fermé est conduit derrière le voile du palais jusqu'au niveau du point d'implantation du polype. On ouvre alors le polypotome de façon que les tiges s'écartent et que l'anse embrasse le pédicule de la tumeur; on tire les chefs qui sortent par la narine, on retire le polypotome, et on n'a plus qu'à serrer les chefs à l'aide d'un serre-nœud.

Le porte-ligature de Blandin (fig. 239) est formé par une fourchette à trois dents; l'extrémité de ces dents présente une échancrure qui se transforme en anneau complet, si l'on vient à presser

un petit bouton A fixé à l'extrémité du manche, au-dessous d'un autre bouton B qui permet d'écarter ou de rapprocher à volonté les branches de la fourchette. La portion moyenne de l'anse est placée dans les échancrures des dents; ces échancrures fermées et les dents rapprochées, l'instrument est conduit derrière le voile du

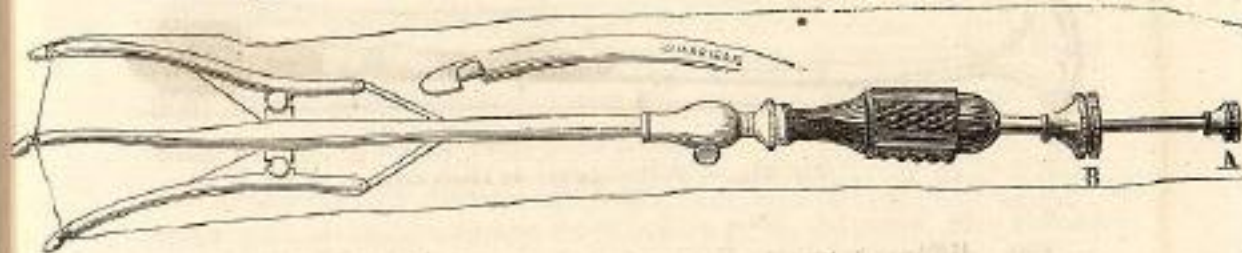


Fig. 239. — Porte-ligature de Blandin.

palais jusqu'au niveau du pédicule de la tumeur. On écarte alors les dents, puis on ouvre les échancrures, et le fil devient libre.

L'instrument de Hatin (fig. 240) est formé d'une lame d'acier G,

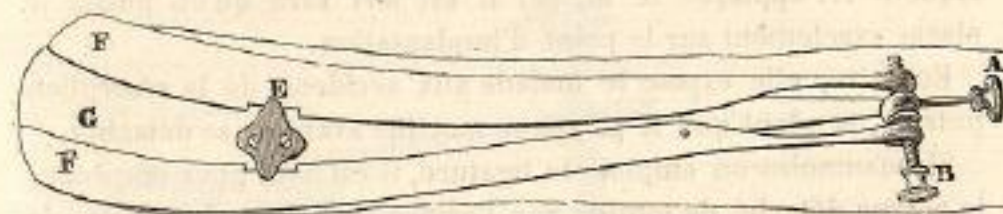


Fig. 240. — Porte-ligature de Hatin.

munie sur le bord qui la termine de petits crochets formant une gouttière. Au-devant de cette lame sont appliquées deux autres lames F F, susceptibles de s'écarter quand on serre la vis B, tandis que la première G rentre ou ressort, selon que l'on retire ou que l'on pousse le bouton A.

Quand on retire le bouton A et partant la lame G, les crochets, par leur rencontre avec les lames F, se transforment en anneaux complets qui emprisonnent l'anse qu'ils contiennent, laquelle devient libre au contraire si on repousse le bouton A.

En écartant les lames F F, on agrandit l'anse.

Je ne décrirai pas l'instrument de Leroy d'Étiolles, qui, tout aussi compliqué que les précédents, a l'inconvénient de ne pouvoir s'amincir dans son diamètre transversal, ce qui est un inconvénient majeur pour l'engager derrière le voile du palais.

Le porte-ligature de Charrière présente à son extrémité une gouttière B dans laquelle on place le fil que l'on peut fixer ou lâcher à l'aide du curseur A. Il est plus simple que celui de Leroy d'Étiolles, mais il encourt le reproche que je faisais à ce dernier.

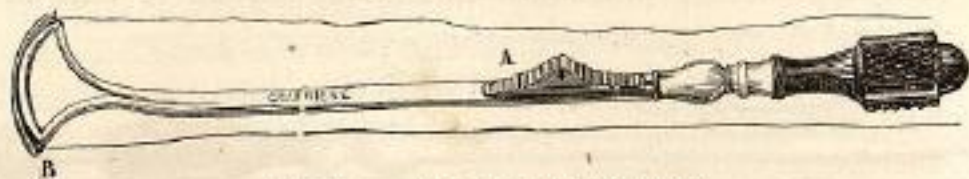


Fig. 241. — Porte-ligature de Charrière.

Ces différents porte-ligature ont, comme le faisait observer Malgaigne, l'inconvénient de ne pouvoir servir quand le polype est implanté latéralement.

En somme, la ligature est souvent d'une application difficile, et elle laisse subsister la portion du pédicule du polype au-dessous de laquelle est appliqué le fil, car il est fort rare qu'on puisse le placer exactement sur le point d'implantation.

En outre, elle expose le malade aux accidents de la résorption putride, pendant que le polype se mortifie avant de se détacher.

Si néanmoins on emploie la ligature, il est bon, pour empêcher le polype détaché de tomber sur l'orifice supérieur du larynx, de le traverser avec un fil que l'on fixe sur la face et qui permet de l'enlever facilement et d'éviter ainsi les accidents d'asphyxie qui peuvent survenir.

Électrolyse. — Cette méthode consiste à enfoncer dans la tumeur deux aiguilles en rapport avec les réophores d'une pile appropriée, c'est-à-dire possédant une tension considérable et une faible action chimique, telle que les piles au protosulfate de mercure, la pile de Bunsen, celle de Ciniselli, celle de Trouvé, la pile au chlorure d'argent; il se forme une eschare au niveau du pôle négatif, et on attaque ainsi le polype par des applications successives. L'électrolyse ne produit ni hémorrhagie, ni vive douleur; il y a seulement une secousse chaque fois que l'on établit ou que l'on interrompt le courant.

Rugination. — Alphonse Guérin a une fois employé le procédé suivant: après avoir fait ouvrir la bouche au malade, il introduisit

l'indicateur gauche derrière le voile du palais, jusque sur le pédicule de la tumeur. Faisant alors passer par la narine une rugine tenue de la main droite, il saisit le pédicule du polype entre le doigt et la rugine, puis, à l'aide de cet instrument, rugina la portion de la base du crâne sur laquelle était implantée la tumeur qu'il détacha complètement.

Chassaignac et Bonnes de Nîmes ont pu, en armant leur index d'un ongle métallique fixé sur un anneau, enlever d'une façon analogue des polypes naso-pharyngiens.

Il est facile de comprendre que la rugination ne peut s'appliquer qu'à un petit nombre de cas. Elle peut, du reste, être combinée avec un autre mode opératoire et servir à attaquer le pédicule d'un polype en grande partie détruit par une autre opération.

Excision. — L'excision peut rarement être pratiquée au niveau même du point d'implantation du polype et partant expose à des

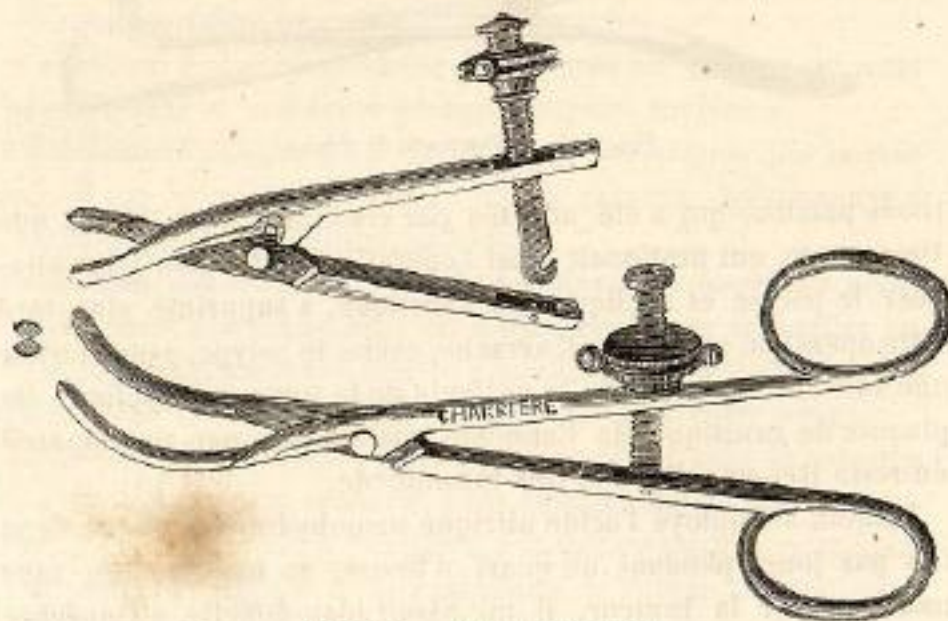


Fig. 242. — Pince de Legouest.

récidives. Elle donne en outre lieu à de graves hémorrhagies.

Legouest a fait fabriquer une pince propre à écraser le pédicule du polype (fig. 242).

Elle doit rester en place jusqu'à la mortification complète de la tumeur. Pour l'appliquer, il faut agrandir préalablement la voie nasale.

Mathieu a fabriqué pour Péan une pince (fig. 243) à l'aide de laquelle on broie et on scie le pédicule du polype. Cet instrument est fait de façon à pouvoir être introduit par la bouche et à passer derrière le voile du palais, sans qu'on agrandisse les voies normales.

Cautérisation. — Je ne parlerai pas ici de l'application du cautère actuel; il est aisé d'en saisir les inconvénients.

Les procédés de cautérisation appliqués par Nélaton, par Richard réclament la création d'une voie artificielle, et c'est la mé-

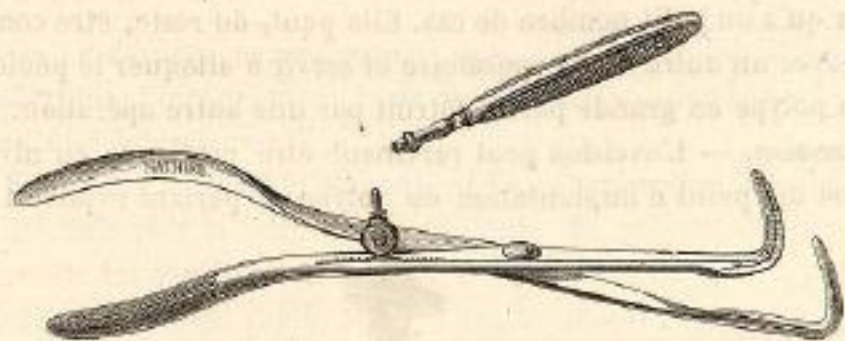


Fig. 243. — Pince-scie de Péan.

thode palatine qui a été adoptée par ces chirurgiens, tandis que Desgranges, qui pratiquait aussi l'opération de Nélaton pour attaquer le polype et appliquer le caustique, a supprimé plus tard cette opération préalable. Il arrache, excise le polype, sans s'ouvrir une voie anormale, et sur le pédicule de la tumeur il applique des plaques de caustique de Canquoin maintenues par un appareil du reste très-complicé et très-incommode.

Nélaton a employé l'acide nitrique monohydraté appliqué deux fois par jour, pendant un quart d'heure, au moyen d'un tube maintenu sur la tumeur. Il me paraît bien difficile d'empêcher quelques gouttes de liquide d'agir sur les parties voisines.

Le même chirurgien s'est aussi servi du gaz de l'éclairage pour détruire le pédicule de polypes persistant après l'ablation de la tumeur principale. Le gaz de l'éclairage n'a qu'un faible pouvoir rayonnant, et, quand il est contenu dans un récipient muni d'un ajutage pourvu d'un robinet permettant de graduer à volonté le dégagement du gaz, on peut sans inconvénient l'employer dans le

but que je viens de signaler, en ayant soin, comme le faisait Nélaton, de ne le mettre en usage que pour la destruction du pédicule d'un polype déjà enlevé.

Richard enfonçait au niveau du pédicule de la tumeur des trochisques de Canquoin. Maisonneuve et d'autres chirurgiens se sont servis de flèches, c'est-à-dire de triangles de Canquoin à sommet très-aigu et suffisamment fermes, auxquels on crée une voie à l'aide d'un bistouri.

Verneuil emploie le galvano-cautère pour attaquer le pédicule des polypes naso-pharyngiens, et c'est là du reste une pratique assez commune aujourd'hui.

La cautérisation met à l'abri des hémorrhagies, mais, quand on recourt au galvano-cautère, il faut avoir soin de veiller à ce que la température ne s'élève pas trop, car, en ce cas, l'action hémostatique disparaît. On peut, suivant les circonstances, se servir du couteau ou de l'anse coupante.

Je ne citerai que pour mémoire la compression qui a toute sorte d'inconvénients et se montre presque toujours inefficace.

L'écrasement linéaire a été employé par Chassaignac par la voie nasale et par Nélaton au moyen de la voie palatine. Maisonneuve a eu recours à la ligature extemporanée.

OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES. — Je vais maintenant passer en revue les opérations préliminaires, c'est-à-dire celles par lesquelles on crée une voie permettant d'arriver jusqu'au pédicule du polype sur lequel il faut, en somme, toujours agir dans un dernier temps.

En ne laissant pas béante pendant un certain temps la voie que l'on a ouverte, on peut recourir, pour attaquer le pédicule de la tumeur, à l'arrachement, à l'excision, à la ligature extemporanée ou à l'écrasement linéaire, à la rugination, à l'emploi du galvano-cautère. De tous ces procédés, ceux qui me paraissent les plus sûrs, c'est l'arrachement, suivi, si faire se peut, de la cautérisation, et la galvano-caustie physique.

Lorsqu'on laisse ouverte la voie artificielle conduisant sur la tumeur, on peut employer de plus les applications successives de caustique que j'ai signalées plus haut.

Si le polype envoie des prolongements multiples dans la fosse zygomatique, dans l'orbite, etc., on pourra, pour plus de facilité,

exciser ou arracher ces prolongements avant d'attaquer la portion de la tumeur attenante au pédicule.

Pour arriver sur le pédicule du polype, on peut agir sur le voile du palais, sur la voûte palatine (méthode palatine), sur la portion latérale de la face (méthode faciale), sur le nez (méthode nasale), sur l'orbite (méthode orbitaire).

MÉTHODE PALATINE. — Manne d'Avignon divisa le voile du palais et put ainsi enlever le polype.

Dieffenbach, Maisonneuve, Foucher ont pratiqué une simple boutonnière palatine, c'est-à-dire qu'ils ont fendu ce voile en respectant le bord libre. Ce dernier procédé ne donne pas assez de jour.

Richard fendait comme Manne le voile du palais dans toute son étendue, mais pour en venir à des applications de trochisques de Canquoin. Dans les cas où le polype n'est pas très-volumineux et où il est limité aux cavités pharyngienne et nasale, la cautérisation de Richard aidée par la division du voile du palais est une bonne opération qui n'expose ni à l'hémorrhagie, ni aux accidents d'intoxication, quoiqu'on ait dit mal à propos le contraire. Lannelongue s'est servi, pour sectionner le voile du palais, du couteau galvanocautère.

Si l'on a eu recours à la division du voile du palais, il faut, lorsque le polype est complètement enlevé, rapprocher par la staphyloraphie les bords de la solution de continuité ou combler le vide à l'aide d'un appareil prothétique.

Nélaton, pour arriver sur le pédicule du polype, pratiquait la résection de la voûte palatine que j'ai décrite plus haut (page 302) et que je ne dois par conséquent que signaler ici. Je dirai seulement que le procédé de Nélaton est passible des reproches suivants : il ne donne pas une voie assez large, lorsqu'on a affaire à des polypes très-volumineux, et, en outre, il laisse après lui une perte de substance qui fait communiquer la bouche et les fosses nasales. Il a, par contre, l'avantage d'être assez facile à pratiquer et de ne pas laisser de difformité apparente. En somme, il convient aux polypes qui ne présentent pas un très-gros volume.

MÉTHODE FACIALE. — Dans la méthode faciale, on se crée une voie pour arriver sur le polype en réséquant en totalité ou en partie le maxillaire supérieur ; par résection partielle du maxillaire supé-

rieur, je veux désigner ici l'opération par laquelle on enlève la portion de cet os située au-dessous du plancher de l'orbite.

On trouvera à l'article résection du maxillaire supérieur (pages 292 et suivantes), les procédés employés pour la résection soit totale, soit partielle du maxillaire supérieur. Syme d'Édimbourg, et non Flaubert de Rouen, a été le premier à pratiquer l'ablation du maxillaire pour enlever un polype naso-pharyngien.

Alphonse Guérin a eu recours à la résection de la portion sous-orbitaire du maxillaire supérieur. Nélaton, Richet et Ollier ont employé un procédé analogue, et ont, de plus, laissé en place la portion du bord alvéolaire qui supporte les deux incisives; Bauchet a, en outre, conservé la canine. Ollier a pratiqué la résection sous-périostée du maxillaire.

La résection totale du maxillaire supérieur est une opération qui réclame une assez grande habileté opératoire. Elle laisse des cicatrices difformes ; l'œil a de la tendance à s'abaisser du côté où l'os a été enlevé, et les dents et la portion attenante de la voûte palatine font défaut. En revanche, on a une large voie pour arriver sur la tumeur, et cette méthode restera le moyen d'élection pour l'ablation des polypes très-volumineux.

La résection partielle est une opération de moindre gravité. Laisant intact le plancher de l'orbite, elle n'expose pas à cette tendance de l'œil à descendre que je signalais tout à l'heure ; la difformité est moindre, mais la voie est plus étroite. Enfin, pour éviter les inconvénients produits par l'ablation de la totalité ou d'une partie du maxillaire, certains chirurgiens ont eu recours à ce qu'on a appelé assez malencontreusement les procédés ostéoplastiques, opérations qui sont tout simplement des résections dans lesquelles on ne détache pas complètement l'os et on le remet en place, après avoir enlevé le polype. C'est ainsi que Jules Roux a fait la résection totale temporaire et que Huguier, Langenbeck et Boeckel ont fait la résection partielle temporaire.

J'ai indiqué ces procédés à l'article Résections. Très-avantageux au point de vue plastique, ils ont l'inconvénient de ne pas donner une voie bien large, sauf celui de Boeckel.

MÉTHODE NASALE. — Elle compte deux ordres de procédés, les uns

dans lesquels on cherche immédiatement après la destruction de la tumeur à fermer la voie que l'on a ouverte pour l'attaquer, les autres dans lesquels on laisse cette voie béante. Les premiers procédés font partie de la méthode nasale extemporanée, les autres de la méthode nasale à cure lente.

Méthode nasale extemporanée. — Dupuytren, dans le cas où le polype proéminait dans la narine, incisait l'aile du nez près de la ligne médiane.

Dieffenbach incisait la peau du nez jusqu'aux os, sur la ligne médiane, de façon à séparer l'aile de la cloison. On pourrait, au besoin, comme le fait remarquer Roser, écarter et soulever un des os propres du nez, avec l'os unguis et l'apophyse montante du maxillaire supérieur du même côté.

Procédé de Chassaignac (fig. 245). — Chassaignac a eu recours au procédé suivant dans le cas d'un polype très-volumineux



Fig. 244. — Méthode nasale. Procédé de Chassaignac.

envoyant des prolongements multiples dans les cavités de la face : il fit une incision transversale allant d'un orbite à l'autre ; de l'extrémité droite de cette incision, il en fit partir une descendante et un peu oblique qui passa ensuite transversalement sous les narines, de façon à embrasser tout le nez dans un lambeau quadrilatère. Ce lambeau fut renversé sur la joue, et le chirurgien n'eut pas à sectionner les os qui avaient

été détruits par la tumeur.

Procédé d'Eugène Desprez. — Incision suivant les sillons nasolabial et naso-génien, comprenant toute l'épaisseur des parties molles et dirigée ensuite sur le bord antérieur du maxillaire supérieur, depuis le sillon indiqué jusqu'à l'os propre du nez correspondant. Un aide relève la partie latérale du nez ainsi détachée. Section de la sous-cloison à son union avec la lèvre supérieure, section continuée de manière à détacher de l'épine nasale antérieure et de la crête qui lui fait suite dans l'étendue

d'un centimètre le cartilage triangulaire doublé de la muqueuse. Avec une pince de Liston à branches étroites introduites parallèlement au plancher des fosses nasales de chaque côté de la cloison, on détache le vomer aussi près que possible de la voûte palatine et dans toute son étendue. On reporte ensuite l'instrument dans la même direction au niveau des os propres du nez, et on divise jusqu'à l'apophyse basilaire. On enlève ainsi le vomer. Si, grâce à la destruction du bord antérieur du maxillaire par la maladie, la voie est assez large, on s'en tient là. Dans le cas contraire on résèque l'os dans une étendue d'un centimètre ou d'un demi-centimètre à l'aide de la gouge, du maillet ou d'une petite scie, en ayant soin de détacher avec le périoste la lèvre externe de la plaie latérale.

Procédé de Langenbeck. — A l'aide d'une incision étendue de la portion médiane de la racine du nez à l'extrémité postérieure de l'aile, il put disséquer la peau du nez, sans entamer le périoste. Avec une tenaille incisive, il coupa, le long de la cloison, les os propres du nez jusqu'à l'épine nasale du frontal. Il divisa ensuite la base de l'apophyse orbitaire du maxillaire, et, à l'aide d'un éleveur, luxa vers le front les os maintenus en continuité avec la face par un lambeau périostique d'un côté et muqueux de l'autre. Le polype enlevé, les os furent remis en place, et la plaie de la peau fut réunie par quelques points de suture.

Procédé de Bœckel. — Voici le procédé de Bœckel (le polype siégeait dans la fosse nasale droite) : Incision transversale passant sur le dos du nez, et allant d'un sac lacrymal à l'autre, au-dessous du tendon de l'orbiculaire ; une incision partant de l'extrémité droite de la précédente suit le sillon naso-génien et contourne l'aile du nez. Une troisième incision divise la sous-cloison à son union avec la lèvre. A l'aide de la scie à chaîne passée au moyen d'un trocart introduit d'un sac lacrymal à l'autre, on divise transversalement les os du nez au niveau de la première incision. Avec une scie à guichet, on sectionne les os dans le sens de l'incision verticale ; puis, avec une pince de Liston, un bistouri, etc., on coupe la cloison des fosses nasales aussi en arrière que possible.

Le chirurgien s'armant d'une forte pince dont les mors ont été garnis d'amadou, et au besoin d'un ciseau introduit dans l'intérieur

du nez, sectionne l'apophyse montante droite à sa base et porte du même côté le lambeau formé par le nez : il extrait ensuite les cornets et le reste de la cloison.

Le polype enlevé, le nez est remis en place et fixé par des points de suture.

Ce procédé est, on le voit, très-semblable à celui de Chassaignac.

Procédé de Lawrence. — Incision commençant de chaque côté au niveau de la partie interne du sac lacrymal, divisant la peau de chaque côté du nez et s'arrêtant à la hauteur du point de jonction des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Section avec des cisailles des apophyses montantes des maxillaires, des os du nez et de la cloison ; renversement sur le front du nez qui, après l'extraction du polype, est remis en place.

Procédé d'Ollier (fig. 245). — Ce chirurgien fait une incision en forme de fer à cheval partant, dit-il, du point le plus reculé du contour supérieur de l'aile du nez, remontant en haut vers le point le plus élevé de la racine et descendant par une voie analogue jusqu'au



Fig. 245. — Méthode nasale. Procédé d'Ollier.

même point de l'aile du nez du côté opposé. Avec une scie à lame fine, il divise de haut en bas les os du nez dans le sens de l'incision extérieure.

Il abaisse ensuite le nez, en facilitant au besoin cet abaissement par quelques coups de ciseaux donnés sur la portion cartilagineuse de la cloison et sur l'aile du nez. Pour se donner plus d'espace, il repousse la cloison avec le doigt et, au besoin, au

moyen d'une incision antéro-postérieure. Le polype enlevé, il termine en relevant le nez et en le fixant.

L'ensemble de ces procédés dans lesquels on remet en place les os momentanément luxés constitue la méthode ostéoplastique.

Voyons maintenant les procédés à cure lente.

Procédé de Legouest. — Incision partant du grand angle de l'œil (du côté occupé par la tumeur) et descendant le long de l'aile du

nez jusqu'à la moitié de la hauteur de la lèvre supérieure ; ouverture de la narine, puis séparation de l'os propre du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et renversement du nez du côté opposé. Division avec les cisailles du côté inférieur et externe de l'orifice antérieur des narines, ce qui permet de rejeter en dehors la paroi interne du sinus maxillaire. Le polype détruit, la voie est maintenue béante un temps assez long, comme du reste dans tous les procédés à cure lente.

Des faits empruntés à la pratique de de Bruns et de Denucé prouvent qu'après une opération analogue à celle de Chassaignac et de Bœckel, on peut laisser le nez adhérent seulement par un de ses côtés et le remettre ensuite en place, sans qu'il y ait menace de mortification.

Verneuil se contente d'une section longitudinale faite sur le dos du nez, le long de la cloison des fosses nasales du côté où prédomine la tumeur. Si la voie ainsi obtenue est insuffisante, il enlève une portion de l'os nasal ou de l'apophyse montante du maxillaire ; mais, pourvu que le doigt puisse passer, ce chirurgien déclare l'orifice suffisant. Il attaque le polype avec le galvano-cautère.

La méthode nasale peut rendre d'utiles services pour les polypes faisant saillie surtout du côté des fosses nasales et implantés sur la voûte pharyngienne ; mais dans le cas contraire, et, lorsqu'il y a des prolongements multiples, elle est d'une application peu rationnelle.

Les procédés à cure lente ont sur les autres l'avantage de permettre d'appliquer des moyens lents, et de surveiller la récurrence, mais ils condamnent le malade à porter pendant toute la durée du traitement une difformité des plus choquantes. Je n'ai pas besoin de dire que, lorsque le polype est détruit, on réunit par la suture les bords préalablement avivés de la solution de continuité.

MÉTHODE ORBITAIRE. — Rampolla a pratiqué l'opération suivante dont la priorité a été revendiquée par Palasciano : il fait une incision de deux à trois centimètres en dedans de l'insertion du tendon de l'orbiculaire, sur le bord antérieur de la gouttière lacrymale. Cette incision commence un peu au-dessus du tendon. D'abord verticale, elle s'incline en dehors en suivant le bord de la gouttière de manière à présenter une concavité regardant en haut et en de-

hors. Avec la rugine, le chirurgien sépare le périoste de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, décolle le tendon direct de l'orbiculaire et écarte toutes ces parties en dehors, tandis qu'un aide, de son côté, rétracte en dedans la lèvre interne de la plaie.

Le chirurgien perce avec un large trocart courbe l'os unguis au niveau de la gouttière lacrymale; le trocart ayant pénétré dans le méat supérieur des fosses nasales, on le fait cheminer, la convexité dirigée en haut, jusqu'à ce qu'il arrive au bord inférieur du voile du palais; on le retourne alors de façon que sa convexité regarde en bas et en avant. On retire le poinçon, et on introduit à sa place dans la canule une bougie armée d'une anse de fil à son extrémité antérieure.

Lorsque la bougie apparaît derrière le voile du palais, on la saisit avec une pince et on la retire par la bouche avec un des chefs du fil, l'autre chef ressortant par l'autre extrémité de la canule et étant fixé sur le front par un aide. On maintient le fil en place et on retire la canule. Le chef frontal du fil est attaché à la partie moyenne de la chaîne de l'écraseur contenue dans la canule que l'on introduit dans le pharynx comme on y a introduit le trocart. On retourne également la canule quand elle est arrivée dans cette cavité; puis, en tirant sur le fil, on fait sortir la chaîne que l'on applique autour du polype.

Dans le cas de polype très-volumineux et à adhérences multiples, Rampolla conseille d'introduire deux fils dans le pharynx, l'un en dedans, l'autre en dehors de la tumeur. A l'extrémité buccale de chacun de ces fils, on attacherait un bout de la chaîne; on embrasserait ainsi le polype dans l'anse métallique, puis, tirant sur les deux extrémités de la chaîne, on les engagerait dans la canule et on ferait l'écrasement.

Il suffit de lire la description du procédé de Rampolla pour voir combien il doit être incommode. Aussi n'est-il pas passé dans la pratique chirurgicale.

§ 5. **Sinus maxillaire.** — *Cathétérisme du sinus maxillaire.* — Je ne citerai cette opération que pour dire qu'elle est impraticable, vu la position du seul orifice laissé béant par la muqueuse. Les chirurgiens qui ont cru pratiquer ce cathétérisme, ont tout simplement créé une voie artificielle.

Perforation du sinus maxillaire. — Le sinus maxillaire a à peu près la forme d'une pyramide triangulaire dont la base se confond avec la paroi externe des fosses nasales, dont la paroi supérieure correspond à la face inférieure de l'orbite, l'antérieure à la fosse canine et la postérieure à la partie analogue du maxillaire.

Pour pénétrer dans un sinus maxillaire normal, deux voies se présentent: perforer la paroi antérieure, au niveau de laquelle la lame osseuse est peu épaisse, ou bien arracher une des molaires et perforer le fond de l'alvéole. De plus, à l'état pathologique, quand on est appelé à ouvrir le sinus, les lames osseuses qui le limitent sont distendues et parfois détruites, de sorte qu'on peut, dans certains cas, ouvrir le sinus au niveau de la voûte palatine, quand on sent de la fluctuation dans ce point.

De nombreux procédés ont été mis en usage pour perforer l'antra d'Hygmore, en dehors de la voie palatine, qui n'est applicable qu'à un petit nombre de cas; tous se réduisent à faire une ouverture dans une cavité alvéolaire ou au niveau de la fosse canine.

Quand l'on suit la première voie, s'il y a une molaire gâtée, c'est celle-là que l'on arrache, et on pénètre dans le sinus avec un trocart ou un trépan perforatif.

Lorsqu'il n'y a pas de dent malade et qu'il faut en sacrifier une saine, on enlève la première ou la seconde grosse molaire, car ce sont celles dont les alvéoles sont, dans leur fond, les plus voisines du sinus.

Pour pénétrer dans l'antra d'Hygmore au niveau de la fosse canine, on soulève la lèvre, on incise la muqueuse au-dessus des gencives et on attaque la paroi du sinus avec un scalpel, un trocart, etc.