

à donner au nez une saillie durable, et que l'opérateur avoue lui-même que pour obtenir un bon résultat une seule phalange n'est pas suffisante.

LEISRINK a fait récemment un essai qui semble devoir donner des résultats plus satisfaisants. Après avoir relevé la voûte du nez fortement déprimée, il introduisit dans la cavité nasale une pièce d'ambre façonnée de façon à pouvoir remplacer la charpente osseuse de l'organe. Des tentatives antérieures du même genre avec d'autres substances avaient toutes échoué (DIEFFENBACH s'était servi de plaques d'or, et GALEZOWSKI, d'une prothèse en plomb). Par contre, à l'époque où LEISRINK fit sa publication, son client portait déjà depuis six mois sa prothèse d'ambre, sans en éprouver d'inconvénient. Nous pensons qu'en présence des résultats si imparfaits des méthodes opératoires, on fera bien de répéter la tentative de LEISRINK dans certains cas qui paraissent s'y prêter (ensellure du nez, etc.).

Le succès obtenu par MIKULICZ doit aussi engager les chirurgiens à faire de nouveaux essais dans cette direction. Dans un cas d'ensellure du nez il détacha ce dernier, par une incision sous-cutanée, de ses adhérences cicatricielles, de façon à pouvoir lui donner une saillie et un profil convenables. Puis, au bout de quelques jours, il introduisit dans chaque narine une petite anse métallique recourbée en forme d'étrier, et dont l'une des deux branches correspondait au bord inférieur de l'orifice, tandis que l'autre était destinée à soutenir le dos du nez. Ces petits appareils peuvent être enlevés chaque jour pour le nettoyage.

Pour les cas d'ensellure du nez j'ai pratiqué plusieurs fois dans le cours des dernières années une opération qui permet de redonner à l'organe une hauteur de profil ne laissant rien à désirer. Le procédé en question consiste à emprunter au front une charpente osseuse que l'on recouvre d'un lambeau cutané.

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 d'environ 3/4 centim. 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 diploë 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 est vrai que l'on devra apporter encore ultérieurement quelques corrections à la forme de l'organe.

§ 41. — Dans toutes les opérations rhinoplastiques il faut donner beaucoup de soin au traitement consécutif, et à ce sujet nous renvoyons le lecteur aux paragraphes consacrés à l'emploi de la méthode antiseptique dans les plaies de la face et les opérations plastiques en général. La réunion du lambeau destiné à former le nouvel organe exige une huitaine de jours environ. Lorsqu'il s'y produit des phénomènes de stase veineuse, on peut les combattre par de légères scarifications. Il est rare d'observer une gangrène complète du lambeau lorsque, dans la formation du pédicule, on s'est conformé aux règles que nous avons exposées. Par contre il se produit assez souvent un sphacèle limité à certaines parties, par exemple à celles qui étaient destinées à former le rebord des ailes du nez et la sous-cloison. S'il survient un phlegmon, on le combattra par l'application de glace et par l'écartement des bords de la plaie aux endroits qui sont le siège de l'inflammation. Les sutures sont enlevées du 2<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour.

#### Maladies des fosses nasales

RHINOSCOPIE. CORYZA. RHINITE. CORPS ÉTRANGERS. ULCÉRATIONS. HÉMORRAGIE. TUMEURS.  
RHINOSCOPIE

§ 42. — Les méthodes d'exploration du nez ont été notablement perfectionnées dans le cours des dernières années (VOLTOLINI, ZAU-FALL, etc.). Les limites imposées à cet ouvrage ne nous permettent pas d'entrer dans des détails au sujet de la discussion, encore loin d'être close, concernant les meilleurs procédés d'examen du nez et les instruments nécessaires à l'exploration de cet organe. A ceux de nos lecteurs qui voudraient s'instruire sur cette question, nous conseillons le livre de VOLTOLINI (*Rhinoscopie et pharyngoscopie*. Breslau 1879)<sup>1</sup>.

L'inspection des cavités nasale et naso-pharyngienne peut être faite par deux ouvertures. L'orifice antérieur des fosses nasales restera toujours la voie la plus naturelle, et c'est la seule que l'on puisse employer dans les cas où il s'agit d'examiner la partie antérieure des cavités en question. On désigne sous le nom de **rhinoscopie antérieure** les méthodes d'examen qui permettent de voir par les narines toute la ca-

1. Voir aussi le *Traité des maladies des oreilles et du nez* par MIOT et BARATOUX, 1884, pages 224 et suivantes. (Note du traducteur).



tivité du nez jusqu'à la portion nasale du pharynx. Une méthode certainement plus compliquée est celle qui consiste à examiner l'arrière-cavité des fosses nasales par l'ouverture postérieure de cette dernière, en écartant au besoin le voile du palais à l'aide d'instruments. Il va sans dire que dans ce cas l'examen est loin d'être aisé, et qu'il ne peut se faire qu'avec un miroir et un appareil d'éclairage spéciaux. On a donné à cette méthode le nom de **rhinoscopie postérieure**.

On parvient à voir, sans l'aide d'aucun instrument, la partie antérieure de la cavité nasale, pourvu que l'on dispose d'un bon éclairage et que les narines ne soient pas trop étroites; on s'aidera simplement, au besoin, d'une légère pression du doigt sur la pointe du nez. On peut ainsi examiner une partie de la cloison jusqu'au cornet inférieur. Mais ce moyen de diagnostic ne suffit que dans un petit nombre de maladies des fosses nasales. Si l'on veut voir davantage, et surtout les parties situées plus profondément, on doit se servir de miroirs particuliers, et encore ces derniers ne rendent-ils de réels services que lorsqu'on a à sa disposition un excellent éclairage. La lumière du soleil doit être préférée à toute autre, et c'est seulement dans les cas où l'on ne peut en disposer que l'on aura recours à d'autres sources lumineuses (lumière oxhydrique de DRUMMOND, lumière électrique ou l'un des appareils employés dans la laryngoscopie).

L'examen des fosses nasales se fait, dans ces cas, à l'aide d'un spéculum bivalve ou simplement tubulaire, construit suivant le même principe que le spéculum vaginal ou auriculaire. C'est le spéculum bivalve

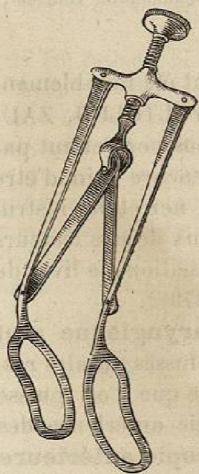


Fig. 43. — Spéculum de FRAENKEL.

comme l'indique la figure 49.

qui répond le mieux aux besoins du praticien, qui cherche avant tout, dans la plupart des cas, à obtenir une image aussi étendue que possible de la région antérieure de la cavité nasale. C'est seulement dans les cas rares, où l'on préfère voir aussi en même temps la partie cachée par les valves de ce spéculum, que l'on a recours à l'instrument de FRAENKEL, à branches fenêtrées. Mais en règle générale, le spéculum à valves pleines est préférable, et pour un examen rapide, nous conseillons un instrument construit d'après les mêmes principes que le spéculum auriculaire de KRAMER. Un spéculum très employé et d'un maniement commode est celui de DUPLAY-CHARRIÈRE, à deux valves et en forme d'infundibulum; l'écartement des valves s'obtient par une pression exercée sur une petite pédale maintenue à l'aide d'une vis, et que

VOLTOLINI a remplacée par une crémaillère,

Avant de procéder à la rhinoscopie antérieure, on fera une injection d'eau froide dans le nez, en ayant soin de diriger le jet horizontalement, afin de chasser le pus, les mucosités ou les croûtes qui pourraient se trouver dans la cavité nasale. Puis le spéculum est introduit fermé, et on l'ouvre ensuite avec précaution, tout en projetant dans la cavité nasale un faisceau lumineux. La muqueuse nasale apparaît alors d'un rouge vif, coloration qui présente, du reste, des différences individuelles. Près de l'orifice antérieur des fosses nasales, on remarque d'abord, latéralement, le cornet inférieur, dont la muqueuse épaissie forme un bourrelet plus ou moins saillant. Dans un nez normalement conformé, on voit aussi distinctement le cornet moyen, dont la muqueuse adhère intimement à l'os et paraît être plus dure, plus tendue. Lorsqu'on est dans le doute, on s'assure à l'aide d'un stylet que l'on n'a pas affaire à un polype, ce qui est d'autant plus nécessaire que ces petites tumeurs se développent souvent entre les cornets moyen et inférieur. Quant au cornet supérieur, situé au-dessus et en arrière du moyen, on ne l'aperçoit pas; il est fort peu accessible à l'exploration, et on ne parvient à le voir que dans un petit nombre de cas, par la rhinoscopie postérieure.

A l'état normal, on peut voir complètement la paroi inférieure des fosses nasales, de même que la cloison, pourvu toutefois que la narine correspondante ne soit pas trop étroite, ce qui est assez souvent le cas, surtout à gauche, par suite de la déviation latérale du septum. Tout à fait en arrière, on aperçoit le pourtour de l'orifice postérieur de la fosse nasale correspondante. Ce n'est que dans les cas de dilatation pathologique de la cavité nasale, assez fréquente surtout dans l'ozène, que l'on peut plonger le regard encore plus profondément jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, et voir le pavillon de la trompe d'Eustache ainsi que ses mouvements.

On a inventé diverses formes de spéculum permettant d'obtenir une meilleure vue d'ensemble des parties profondes qu'avec les instruments que nous venons de décrire. VOLTOLINI se sert dans ce but d'un long spéculum muni d'une crémaillère; une fois introduit il peut être ouvert peu à peu et déployer une force dilatatrice relativement considérable. ZAUFALL a fait construire une sorte d'entonnoir de métal ou de caoutchouc durci, ayant la forme d'un petit spéculum vaginal, de forme ronde sur une coupe transversale. L'entonnoir a une longueur de 10 à 11 centimètres; son extrémité élargie est noireie à sa face interne, tandis que

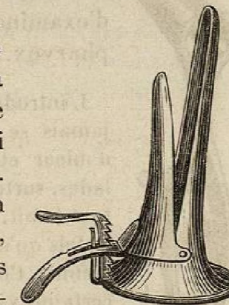


Fig. 49. — Spéculum de Voltolini.

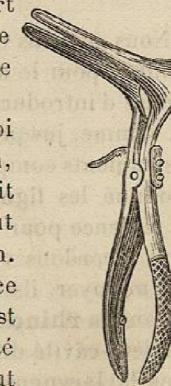


Fig. 50. — Autre spéculum de Voltolini.