

maxillaire en dehors; en l'écartant avec un levier. La tumeur, blanchâtre, mamelonnée, très-résistante, apparut dans son développement et fut arrachée de la voûte crânienne, puis de l'antre d'Hygmore, avec de violents efforts et après que plusieurs pinces eurent été forcées.

Aucun des prolongements du polype ne se rompit, tant la consistance en était grande.

Des serre-fines avaient été appliquées sur tous les vaisseaux accessibles, pour diminuer la perte du sang, qui était très-considérable; mais aussitôt l'ablation de la tumeur achevée, l'hémorrhagie s'arrêta. On s'occupa du pansement et déjà les deux maxillaires avaient été perforés pour être réunis par une suture métallique, lorsqu'une syncope eut lieu. On avait depuis longtemps suspendu l'administration du chloroforme. Le malade pâlit, son pouls cessa de battre, et rien ne put le ranimer. On eut en vain recours à la transfusion du sang, à l'électricité, à l'électro-puncture du cœur, à la cautérisation ignée, à la bronchotomie, à la respiration artificielle pendant plus d'une heure, tout fut inutile. Le malade avait malheureusement succombé malgré la plus active et la plus habile assistance de nombreux confrères: MM. Bœckel, Herrgott, Sarrazin, Jacquemin, Duparge, Sonrier, Cochu. La tumeur pesait 97 grammes et supportait, sans se rompre, une traction de 50 kilogrammes.

*Appréciation.* La gravité des polypes naso-pharyngiens et la difficulté et les dangers des opérations proposées pour leur cure imposent aux chirurgiens une grande réserve dans le choix des procédés opératoires. On doit commencer par les plus simples, et comme il n'est pas douteux que l'arrachement, la ligature et la cautérisation (Desgranges, de Lyon) n'aient réussi, il nous paraît prudent, dans tous les cas où ces procédés sont applicables, d'y avoir recours. On s'aidera de la section du voile (Manne), qui peut être fort utile; des serre-nœuds, si perfectionnés de nos jours; du procédé de M. Nélaton, dont les obturateurs de M. Préterre font, en partie, disparaître le principal inconvénient. Ce procédé est inutile quand le conduit auditif est placé fort au-dessous de la paroi orbitaire supérieure ou du sourcil. Dans ce cas, le procédé de Manne suffit et permet d'atteindre aisément avec le doigt la surface basilaire. Si, au contraire, le conduit auditif est très-élevé et se trouve au niveau ou au-dessus du sourcil, la destruction de la paroi buccale des os palatins peut devenir nécessaire. On tirera parti de la pâte de Canquoin, dont la consistance et l'action se prêtent bien aux indications chirurgicales. On n'oubliera pas que ces tumeurs occupent, par suite du refoulement qu'elles exercent, des excavations souvent

assez lisses et assez larges, et on ne se laissera pas effrayer par des hémorrhagies par distension vasculaire, aussi faciles à provoquer qu'à arrêter par la compression. Les résections partielles, temporaires ou définitives, offrent des ressources à étudier. L'ablation d'une portion de l'antre d'Hygmore et de la paroi nasale donne un large accès vers la base du crâne et facilite beaucoup l'arrachement, la ligature et la cautérisation. La résection temporaire totale du maxillaire n'est pas impossible, mais reste très-dangereuse; des gouttières de gutta-percha et des plaques d'or ou de platine, préparées d'avance, et les sutures métalliques seraient d'un grand secours pour maintenir l'os après réduction. L'ablation totale et définitive du maxillaire serait réservée pour les tumeurs malignes et

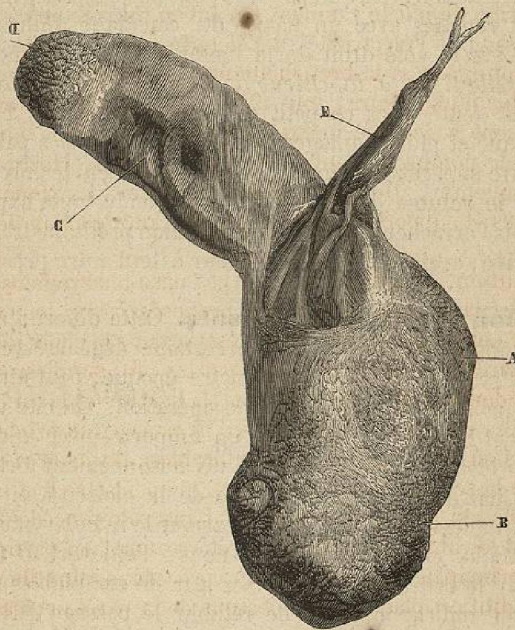


Fig. 405.

pour celles que leur volume, leurs adhérences, la faiblesse du malade et une prédisposition hémorrhagique rendraient réfractaires à tout autre procédé.

Quelques chirurgiens ont laissé les plaies ouvertes pendant plusieurs mois, pour se donner le temps de détruire entièrement les

points d'insertion du polype et afin d'en prévenir radicalement la reproduction.

Si l'on est certain d'avoir enlevé la totalité du tissu morbide d'une surface plane et accessible, la rugination et la cautérisation extemporanées nous semblent de nature à rassurer le chirurgien et à lui permettre de réunir la plaie et de laisser le malade jouir immédiatement des bénéfices de son opération.

M. Sédillot a appliqué quelques-uns de ces préceptes sur un enfant de neuf ans, chez lequel un polype fibreux très-volumineux remplissait l'arrière-bouche A, jusque au-dessous du voile du palais B et la narine gauche C qu'il dépassait D. Le pédicule E était très-allongé et très-mince et fut arraché à son insertion basilaire (fig. 405), comme on s'en assura au moyen d'un rhinoscope. Le point d'implantation, marqué par une petite dépression, fut cautérisé à deux reprises avec un bâton du caustique Filhos, et le voile divisé sur le côté droit de la luvette se réunit spontanément. (Voy. *Contributions à la chirurgie*, t. II, p. 628.) Le simple arrachement tenté chez ce petit malade n'était-il pas beaucoup mieux indiqué et plus avantageux que la résection des palatins ou du maxillaire supérieur? On ne savait pas comment le polype s'implantait, et le volume de la tumeur avait rendu toute exploration inutile; mais l'arrachement, comme opération préliminaire et peut-être définitive, avait paru très-supérieur à tout autre procédé.

**Déviations de la cloison nasale.** Cette difformité, généralement congénitale et liée à une certaine dégénérescence des formes, extrêmement commune à notre époque, peut être portée assez loin pour devenir l'objet d'une opération. On cite un jeune avocat auquel Blandin enleva avec un emporte-pièce une portion déviée de la cloison pour remédier à un nasonnement fort incommodé. M. Chassaignac mit le cartilage de la cloison à nu, en décollant la muqueuse, et l'amincit assez pour le refouler sur la ligne médiane. Mieux eût valu, croyons-nous, l'enlever. Il faut peu compter sur le redressement du nez par de semblables moyens. La principale indication serait de rétablir le passage de l'air si la déviation obturait les narines.

On pourrait, sans doute, fracturer les os du nez ou en opérer d'un côté une excision cunéiforme et enlever une portion de la cloison, mais ce seraient des opérations bien graves pour une simple difformité.

**Pose d'un nez artificiel.** Les nez artificiels sont faits en or, en argent, en bois, en carton; rien n'empêcherait d'en fabri-

quer en aluminium, qui seraient très-solides et d'une grande légèreté. Ordinairement l'extrémité supérieure en est fixée à des lunettes; on est arrivé dans ce genre de prothèse à une véritable perfection.

**Sinus frontal.** Les maladies du sinus frontal sont les *fractures*, la *carie*, la *nécrose*, les *abcès*, les *corps étrangers*, les *fistules*. Ces dernières sont difficiles à guérir.

Bartholin, F. de Hilden, Schenckius citent des exemples de calculs du sinus frontal. Salzmann y aurait vu des vers. Zacutus Lusitanus, Maunoir, Breschet rapportent des cas dans lesquels on y trouva une balle. Le chevalier Erasme, cité par Larrey, y conserva la pointe d'une javeline pendant quatorze ans. Langenbeck a vu une grosse tumeur hydatique, qui laissa, quand on l'eut extirpée, une cavité profonde de 0<sup>m</sup>,07. Un autre exemple de tumeur hydatique du sinus frontal a été publié par Brunn, chirurgien prussien. Dezeimeris a trouvé, dans les cartons de l'Académie de chirurgie, une observation de tumeur fongueuse de ce sinus, qui avait la forme d'une rotule. Rossi et Hoffmann ont rapporté des exemples de polypes de sinus frontaux. Enfin, le musée du Val-de-Grâce possède la pièce pathologique très-curieuse d'une exostose éburnée remplissant tout le sinus frontal considérablement dilaté.

La plupart de ces affections exigent que le sinus soit mis à découvert et perforé. On emploie le trépan, la tréphine ou tout autre ostéotome. Dans un cas de nécrose qui avait entraîné une perte considérable de substance du sinus et du nez, Delpech pratiqua la rhinoplastie. (Voy. ce mot.)

**Sinus maxillaire. Cathétérisme.** Opération conseillée et pratiquée par Jourdans, par l'ouverture naturelle du sinus, au-dessus du cornet inférieur vers le milieu du méat moyen. Ce procédé a été abandonné.

Les maladies de ce sinus sont extrêmement nombreuses. Nous les avons déjà indiquées. (Voy. *Trépanation*, t. I<sup>er</sup>, p. 544, et *Résections*.)

#### APPAREIL VISUEL.

##### OPÉRATIONS APPLICABLES AUX PARTIES ACCESSOIRES DE L'ŒIL.

**Sourcils. Tumeurs enkystées. Incision.** Carron du Villards a particulièrement insisté sur la possibilité d'enlever les tumeurs des sourcils sans laisser de cicatrice apparente. On rase complètement le sourcil, et on le fend en long, après l'avoir en-