

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 réunissait 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^m,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^{er}, 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-

traîné au-devant de la tumeur. Celle-ci détachée, on réunit la plaie par première intention, et les poils, en repoussant, recouvrent et cachent les traces de l'incision.

On rencontre assez fréquemment, vers l'extrémité externe des sourcils, des kystes dermoïdes renfermant des poils et que l'ablation totale peut seule guérir radicalement.

Paupières. Division congénitale des paupières ou coloboma. Sellar a rapporté, dans son ouvrage sur les difformités congénitales de l'œil, quelques exemples de ces divisions, analogues à celles du bec-de-lièvre, et d'Ammon en a également parlé dans son *Journal d'ophtalmologie*. Rafraîchir les bords de la solution de continuité et les réunir par quelques points de suture entortillée est l'indication à remplir dans les cas simples. Si la perte de substance ou l'écartement des bords faisait craindre la déchirure des points de suture, on diviserait l'angle externe des paupières pour donner momentanément plus de laxité aux parties.

Divisions traumatiques et accidentelles. La seule précaution est de les réunir par la suture. Si les plaies sont contuses et condamnées à une suppuration inévitable, la réunion sert à maintenir les parties en place, et le gonflement inflammatoire suffit ensuite pour empêcher la rétraction et les difformités consécutives. Pour les plaies avec perte de substance, voyez *Blépharoplastie*.

Chute et paralysie de la paupière supérieure (ptosis, blépharoptose, blépharoplégie). La chute de la paupière supérieure peut dépendre d'un allongement exagéré de la peau, par suite de la présence d'une tumeur, ou de l'habitude, a-t-on dit, de tenir les yeux fermés. Si tous les moyens excitants et toniques restent sans succès, on remédie à cette difformité fort incommode par l'excision partielle de la paupière.

Excision. Saisissant, au moyen de deux pinces à mors plats, un pli transversal des téguments palpébraux, on commande au malade d'ouvrir et de fermer les yeux alternativement, afin de s'assurer que le pli formé rend à l'organe une ampleur normale. Si l'œil n'est pas suffisamment découvert, on embrasse une plus grande étendue de peau; dans le cas contraire, on en prend moins. Après ces précautions, on confie une des pinces à un aide, on se charge de l'autre et on excise d'un seul coup de ciseaux toute la portion palpébrale soulevée. Scarpa conseillait d'abandonner la petite plaie à elle-même et de la laisser suppurer. D'autres chirurgiens emploient quelques points de suture entortillée.

Ce procédé de Celse est resté le meilleur. Le lambeau losangique d'Acrel et l'incision demi-circulaire supérieure d'Aëtius sont des complications inutiles. On a également renoncé à la cautérisation avec les acides et les alcalis concentrés, capables de déterminer des pertes de substance difformes et trop étendues.

La blépharoplégie occasionnée par la paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure se distingue de l'affection précédente par la déviation de l'œil en dehors. Le nerf moteur oculaire commun fournissant des rameaux aux muscles droit interne, supérieur, inférieur, petit oblique et élévateur de la paupière, il arrive, lorsqu'il est paralysé, que le nerf moteur oculaire externe, n'ayant plus d'antagoniste, produit le strabisme externe, symptôme précieux pour indiquer la nature de la lésion.

L'excision des téguments palpébraux ne saurait rétablir les mouvements perdus; aussi Morand et Acrel ont-ils conseillé de tirer parti de la simultanéité d'action du releveur de la paupière et du muscle occipito-frontal. M. Hunt (de Manchester) et M. Brach ont cherché à réaliser cette idée par l'opération suivante: une incision semi-elliptique à convexité supérieure, pratiquée immédiatement au-dessous du sourcil, est continuée de chaque côté jusqu'à la commissure des paupières. Une incision à convexité inférieure sert à circonscrire et à enlever un segment de la paupière; on réunit la plaie par suture, et le sourcil se continuant directement avec la paupière, peut imprimer à cet organe quelques mouvements.

En cas d'insuccès fort probable, on pourrait peut-être tirer parti du muscle sourcilier, dont on détacherait l'insertion externe, et que l'on ferait descendre dans l'épaisseur de la paupière. Nous n'oserions répondre d'un résultat heureux, mais ce procédé offrirait plus de chances de réussite que le précédent.

Ankylo-blépharon. La réunion du bord libre des paupières, quelquefois congénitale (Bottin et Sellar), est presque constamment la suite d'une lésion traumatique ou d'une ophthalmie varioleuse. Si l'adhérence est partielle, un stylet mousse passé au-dessous des paupières permet de s'assurer de l'état des parties. Si l'ankylo-blépharon est complet, on soulève les paupières avec les doigts, et la liberté et l'étendue des mouvements du globe de l'œil montrent si l'affection est ou non compliquée de symblépharon. Quand ces recherches ont fait reconnaître l'état de la cornée, et que l'on juge possible de rétablir la vision en détruisant l'adhérence du bord libre des paupières, on y procède de plusieurs manières.

Si les paupières sont entièrement réunies, on les fait soulever