

Appréciation. — Il faut avant tout le reconnaître, le nez fabriqué avec un lambeau ne présente jamais une forme bien naturelle; il ressemble plus ou moins à une tumeur implantée au centre de la face; et comme pendant longtemps il garde une teinte rouge livide, quelques-uns ne l'ont pas trop mal comparé à une pomme de terre. De là les incisions, les excisions répétées de Dieffenbach, qui en effet obtenait ainsi une forme un peu plus passable: mais il rencontrait en revanche un autre périel. La face interne du nez nouveau est formée par un tissu de cicatrice qui, en se rétractant à la longue, diminue et la longueur et la largeur, et conséquemment la saillie du nez; et plus Dieffenbach en excisait, plus il concourait avec la rétraction du tissu à amoindrir son nez, qui finissait par se réduire à fort peu de chose. Aussi quelques chirurgiens ont-ils pensé qu'il serait préférable de faire porter au malade un nez artificiel.

Quant au choix des procédés, selon Græfe, la méthode indienne convient surtout quand les os du nez manquent, et quand le front est d'ailleurs élevé et recouvert d'une peau saine; hors ces circonstances, la méthode italienne mériterait toujours la préférence. Dans cette méthode même, la réunion par première intention ne serait applicable qu'aux personnes saines et robustes; la seconde intention, ou méthode italienne proprement dite, pourrait être adoptée lorsque les deux autres sont interdites par la *vulnérabilité* générale de la peau.

Cette appréciation, un peu partielle, laisse en oubli cet immense inconvénient de la méthode italienne, qui colle le bras au front pour un espace de temps qui peut excéder plusieurs semaines; aussi la méthode indienne a généralement prévalu. Seulement, pour que le chirurgien soit autorisé à y recourir, il faut que le malade soit bien prévenu de ses dangers, et, même après le succès, de ses conséquences ultérieures, comme aussi de la ressource plus simple qu'il peut trouver dans un nez artificiel.

L'hétéroplastie appliquée à la formation d'un nez nouveau paraît avoir été ou être même encore appliquée aux Indes; Bunge (de Strashbourg), en 1827, tenta ce procédé sur une jeune femme de trente-trois ans, en lui prenant sur la partie antérieure de la cuisse un lambeau de 10 centimètres de longueur. La greffe ne réussit que partiellement dans la moitié supérieure et sur quelques points de la surface. C'est une tentative qui pourrait être renouvelée, et pour ma part je n'hésiterais pas à tenter au nez la méthode qui m'a donné à la paupière un si remarquable résultat.

ARTICLE II

DES OPÉRATIONS QUI AFFECTENT LES FOSSES NASALES.

I. — Du tamponnement des fosses nasales.

On n'y a recours que pour arrêter une hémorrhagie incoercible par tout autre moyen.

Procédé ordinaire. — On fabrique d'abord un bourdonnet de charpie assez gros pour fermer l'ouverture postérieure de la narine, et solidement lié par un double fil ciré, dont on laisse les deux extrémités suffisamment longues. Un autre fil simple, de même longueur, doit être également fixé au bourdonnet. Le reste de l'appareil consiste dans de la charpie brute et une sonde de gomme élastique.

On fait pénétrer la sonde élastique dans la narine affectée, et l'on va chercher au fond du pharynx son extrémité qu'on ramène par la bouche. On fixe aux yeux de cette sonde le double fil attaché au bourdonnet, et en retirant la sonde, on attire ce bourdonnet jusqu'à l'ouverture postérieure de la narine, où on l'engage avec force. On écarte alors les deux chefs de la ligature qui pendent par le nez; on fait glisser entre eux autant de charpie qu'il en faut pour remplir exactement l'ouverture antérieure de la narine: les deux orifices ainsi bouchés opposent à l'hémorrhagie une digue insurmontable. On fait avec les deux fils un double nœud fortement serré sur le bouchon de charpie antérieur; après quoi on coupe les bouts qui en restent. Le fil simple qui demeure pendant par la bouche est maintenu relevé sur la joue par une bandelette agglutinative, ou est attaché au bonnet du malade.

Après deux ou trois jours, quand on juge que l'hémorrhagie est arrêtée, on coupe le nœud qui retient le bouchon antérieur, et l'on retire la charpie avec des pinces; il ne reste que le bourdonnet postérieur; on le chasse en arrière à l'aide d'une sonde, tandis qu'avec le fil buccal on l'empêche de tomber dans la gorge et l'on en fait l'extraction par la bouche.

Au lieu de la sonde de gomme élastique, quelques-uns emploient la sonde de Bellocq, instrument qui encombre assez inutilement la trousse ordinaire (fig. 476). Il faut noter que l'énorme courbure que lui donnent les couteliers rend son introduction assez douloureuse, quelquefois même impossible; pour suivre facilement le

plancher des fosses nasales, elle ne devrait avoir que la légère courbure de la sonde de femme.

Le bourdonnet postérieur est fort incommode au malade, soit pour l'introduction, soit pour l'extraction. Martin-Saint-Ange a évité ce double inconvénient à l'aide d'un instrument appelé *rhinobyon*, qui consiste en une canule d'argent munie d'un robinet à un bout et d'une petite vessie à l'autre. La vessie portée jusqu'à l'orifice postérieur des narines, on l'insuffle, puis on ferme le robinet et l'on bouche la narine antérieure avec un bourdonnet de charpie, que l'on rattache à la canule. On évite ainsi l'inconvénient du bourdonnet postérieur, mais avec l'inconvénient d'un instrument spécial. Martin-Solon a remplacé très simplement la canule d'argent par une sonde de gomme élastique; la vessie du fond insufflée, on bouche l'orifice antérieur de la sonde avec un

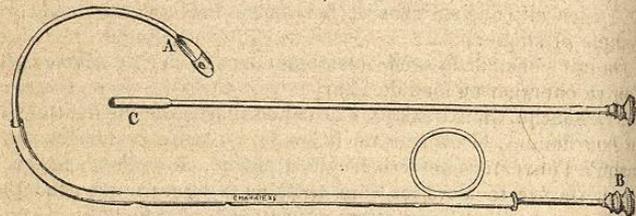


Fig. 476.

SONDE DE BELLOCQ.

A, bouton terminant le ressort. B, tige, se vissant au ressort, en C.

simple fosset; et, pour la fixer en avant, on noue à 5 centimètres du bout pharyngien de la sonde une anse de fil, dont les deux bouts viennent se serrer sur le bourdonnet de charpie destiné à boucher l'ouverture de la narine.

Enfin, Miquel (de Tours) a indiqué un procédé plus simple encore: il s'agirait de porter jusqu'au fond de la narine un de ces bouts d'intestin préparés que l'on appelle *condoms*, et de l'insuffler d'air. On pourrait se servir de même de petites vessies de caoutchouc vulcanisé, comme on s'en sert déjà pour le tamponnement du vagin.

II. — Hypertrophie du cartilage de la cloison.

Brulet (de Dijon) a rencontré chez un enfant de dix ans une tumeur du volume d'une petite noix, développée sur le cartilage

de la cloison, et qui paraissait être une hypertrophie de ce cartilage. D'un coup de ciseau il sépara la sous-cloison de la lèvre supérieure; reséqua, à l'aide d'un ténotome, toute la partie hypertrophiée, et réunit ensuite la sous-cloison par un point de suture. Le succès a été complet.

III. — Déviation de la cloison nasale.

Le cartilage de la cloison est quelquefois trop long pour la place qu'il devrait occuper, et alors il se dévie d'un côté de manière à rétrécir l'une des fosses nasales, quelquefois à l'obstruer complètement, ou enfin, à un degré plus extrême encore, à proéminer au dehors, à travers la narine de ce côté. Le nez peut se trouver aussi dévié.

Evidemment, la première indication est de réduire l'excès de longueur de la cloison; aussi Guersant, qui a essayé de la redresser par l'application de deux canules dans les narines, tentait une œuvre à peu près impossible.

Hugnier, ayant à enlever des polypes muqueux sur un sujet atteint de cette déviation, prit le parti, pour se donner du jour, de redresser la cloison de vive force à l'aide d'une pince à anneaux. On brise ainsi le cartilage qui chevauche, et il faudrait encore un appareil pour fixer les fragments chevauchés jusqu'à la consolidation.

Chez un jeune avocat où l'obturation d'une narine déterminait un nasonnement incommode, Blandin fit construire un emporte-pièce avec lequel il emporta la portion déviée de la cloison. L'opération fut, dit-on, suivie de succès.

Enfin, chez un jeune garçon de quatorze ans, où le cartilage hypertrophié et dévié remplissait la narine gauche, et avait entraîné une déviation disgracieuse de la pointe du nez à droite, Chassaignac pratiqua sur la saillie du cartilage, tout près de la sous-cloison, une incision dirigée d'avant en arrière, et légèrement relevée à ses deux extrémités. Alors, avec le bout d'une spatule, le chirurgien décolla la muqueuse, coupa plusieurs tranches du cartilage jusqu'à ce qu'il l'eût réduit à un amincissement qui permit de le refouler sur la ligne médiane; après quoi il réappliqua le lambeau de la muqueuse, et maintint le tout en bonne position moyennant une petite éponge conique enfoncée dans la narine. Il réussit à rendre la narine libre; la cloison demeura droite, mais la pointe du nez resta toujours un peu déviée.

On pourrait appliquer ici le procédé de Brulet pour l'hypertro-

phie du cartilage; ou bien encore diviser la sous-cloison sur la ligne médiane, décoller la muqueuse, enlever la portion excédante, et réunir par première intention.

IV. — Cathétérisme du sinus maxillaire.

On décrit généralement comme l'unique orifice du sinus maxillaire une ouverture irrégulière, et même peu constante, que l'on trouve vers le milieu du méat moyen. L'orifice le plus constant remonte beaucoup plus haut que l'autre; il fait communiquer le sinus frontal avec le sinus maxillaire, mais il est inaccessible aux instruments de cathétérisme; Malgaigne lui a donné le nom d'*orifice supérieur*. C'est par l'autre, ou l'*orifice interne*, que l'on peut conduire une sonde dans le sinus.

Cette opération a été proposée et pratiquée par Jourdain, dans un cas de rétention de mucus dans le sinus chez une femme qui n'avait plus de dents, et chez laquelle diverses perforations avaient été tentées sans succès, à cause des vives douleurs qu'elles déterminaient.

La malade assise dans un fauteuil, la tête renversée en arrière, l'opérateur introduisit dans la narine du côté affecté une sonde creuse du calibre de celles qui servent à sonder le canal nasal, mais moins recourbée, ayant 5 centimètres de plus de longueur. Il porta la partie la plus déliée de cette sonde sous la voûte du cornet ethmoïdal, et ayant reconnu une espèce de repli ou gouttière formée par le repli de la membrane pituitaire, et située à environ 4 millimètres de cette voûte, en descendant sur la convexité du cornet inférieur, il releva un peu le poignet en se jetant sur la paroi du sinus, dans lequel il entra en pesant un peu plus sur son ouverture, qui se trouvait oblitérée.

La sonde ainsi introduite, il fit des injections, et la laissa à demeure jusqu'au lendemain. Alors il l'ôta, fit moucher la malade, qui rendit une grande quantité de mucus, et continua à sonder le sinus pour y porter des injections jusqu'à la guérison complète, qui eut lieu au bout de six semaines.

Quelques données anatomiques sont assez importantes à rappeler. D'abord l'orifice interne du sinus est au-dessus du cornet inférieur, à peu près à la partie moyenne du méat moyen. Pour y introduire une sonde, il faudrait donc la diriger obliquement en haut, en arrière et en dehors, de manière à pénétrer à 4 centi-

mètres environ de profondeur et au niveau du pli supérieur de l'aile du nez. On glisserait doucement le bec de la sonde sous le cornet moyen; on arriverait ainsi à l'orifice, où elle s'engagerait d'elle-même, et un mouvement de rotation achèverait de l'enfoncer dans le sinus. Quelquefois l'ouverture est plus en arrière que de coutume; ou elle est cachée absolument par le cornet moyen, ou enfin elle est oblitérée. Dans tous les cas où il serait impossible, par une cause ou par une autre, de trouver l'orifice naturel, il n'y aurait aucun inconvénient à pénétrer de vive force soit à travers la muqueuse, soit même à travers la fine lame osseuse qui forme la paroi interne du sinus.

V. — Perforation du sinus maxillaire.

Anatomie. — Le sinus maxillaire représente une sorte de pyramide triangulaire, dont la base répond à la paroi externe des fosses nasales, et les trois côtés à la base de l'orbite, à la fosse canine, et à la partie postérieure de l'os maxillaire. Cette dernière paroi est trop profondément située pour être accessible aux instruments; mais on peut attaquer le sinus par ses trois autres parois, et en outre par l'arcade alvéolaire. — 1° La base, située verticalement d'avant en arrière, parallèlement à la cloison des narines, ne commence qu'à 12 millimètres environ en arrière du rebord osseux de l'orifice nasal antérieur, immédiatement derrière l'apophyse montante et le canal nasal. Elle est partagée en deux portions par le cornet inférieur; la portion inférieure sert à former le méat du même nom; la supérieure, cachée par le cornet ethmoïdal, forme avec lui le méat moyen, où se trouve l'orifice interne. — 2° La paroi orbitaire, constituée par le plancher de l'orbite, commence à 5 ou 6 millimètres en arrière du bord orbitaire, dont elle est séparée par le trou sous-orbitaire et l'orifice du canal lacrymal. — 3° La fosse canine offre le moins d'épaisseur osseuse à 12 millimètres environ au-dessus des deux petites molaires. — 4° Enfin l'arcade alvéolaire, dans sa portion qui répond aux alvéoles de toutes les dents molaires et à leur paroi interne, correspond à la partie la plus déclive du sinus; mais les deux alvéoles qui y touchent de plus près, et qui n'en sont quelquefois séparés à leur sommet que par la muqueuse, sont ceux de la première et de la seconde grosse molaire.

Tels sont les rapports du sinus lorsqu'il n'a pas été distendu par la maladie; et c'est alors aussi que conviennent les perfora-

tions simples pour donner issue soit à du pus, soit à du mucus accumulé. Quand l'orifice interne est oblitéré, le prétendu cathétérisme dont il a été question tout à l'heure se réduit à une perforation. On pourrait tout aussi bien, et peut-être avec plus d'avantages, perforer la paroi externe du méat inférieur que du méat moyen; mais les points qui ont été plus particulièrement choisis par les chirurgiens sont les alvéoles et la paroi externe.

1° *Perforation des alvéoles.* — Le procédé consiste à arracher la dent désignée, et à percer le fond de son alvéole. Richter a recommandé à cet effet le trocart; Desault le trépan perforatif. Un poinçon solide est tout ce qu'il faut. Pour maintenir ensuite l'ouverture béante, Bell y plaçait un bouchon de bois, dans le but d'éviter l'introduction de parcelles d'aliments dans le sinus; d'autres recommandent une canule à demeure; cela n'est nullement indispensable.

Quant au choix de la dent à extraire, nous avons vu que toutes les molaires répondent au sinus; ainsi Juncker conseillait d'arracher la première ou la deuxième, Cheselden la troisième ou la quatrième. On peut donc poser ce principe général: *Quand il n'y a qu'une seule dent molaire cariée, c'est celle-là, quelle qu'elle soit, qu'il faut arracher de préférence.* Seulement tandis que le perforateur doit agir directement de bas en haut pour les quatre dernières molaires, il faudra l'incliner un peu en haut et en arrière pour la première. Si, au contraire, on a le choix, c'est la seconde petite molaire que je préférerais, comme plus près du sinus que la première, et servant moins à la mastication que les deux autres.

2° *Perforation de la paroi externe.* — Un aide, au moyen d'un crochet mousse, ou plus simplement avec le doigt, tire la commissure labiale en dehors et en haut, de manière à relever fortement la lèvre supérieure et à la renverser sur la joue; il suffit alors d'inciser la gencive à 15 ou 18 millimètres au-dessus de son bord libre pour arriver sur la paroi osseuse du sinus.

Lamorier pratiquait la perforation immédiatement au-dessous de l'apophyse zygomatique, au-dessus de la troisième molaire. Desault préférerait avec raison la fosse canine, où la paroi est plus mince. On se sert au reste d'un trocart, du perforatif, de la tréphine, ou plus simplement d'un fort poinçon.

Quand il y a une dent cariée ou arrachée, la perforation des alvéoles mérite toujours la préférence; mais quand l'arcade dentaire est saine, la perforation de la fosse canine est beaucoup

plus simple et l'incision de la muqueuse n'a pas les mêmes inconvénients que l'arrachement d'une dent.

VI. — Des tumeurs du sinus maxillaire.

Le sinus peut être singulièrement dilaté, soit par des kystes à produits liquides, soit par des tumeurs de diverses natures, principalement de celles qui affectent le tissu osseux; soit enfin par des polypes qui quelquefois y prennent leur origine, mais qui le plus souvent y pénètrent après s'être développés dans le pharynx ou les fosses nasales. Alors toutes ses parois s'étendent, s'amincissent, et même perdent en certains points leur nature osseuse; la paroi inférieure se prolonge jusqu'à la voûte palatine; la paroi interne repousse la cloison nasale de l'autre côté; mais la paroi antérieure est celle qui se distend le plus. Tous les rapports naturels sont changés, mais alors aussi les simples perforations ne suffisent plus: il faut ouvrir largement le sinus pour en extraire les tumeurs, et faire subir au besoin de fortes pertes de substance à ses parois mêmes, que leur amincissement ou leur ramollissement rend d'ailleurs faciles à diviser.

On se sert généralement d'un petit couteau à serpette, et l'on attaque de préférence la paroi externe. S'il s'agit donc d'un kyste à produits liquides, on fait une large ouverture, dirigée d'avant en arrière, au-dessus des racines des dents lorsque celles-ci sont conservées; et l'on opère en ce sens une perte de substance en rapport avec la dilatation du sinus. Pour les tumeurs solides, il est rare que cette incision suffise; on y joindra une incision verticale, étendue de l'extrémité interne de la première jusque vers la base de l'orbite, en longeant l'apophyse montante de l'os maxillaire, et enfin on enlèvera au besoin toute la portion exubérante de la paroi externe. On conçoit d'ailleurs que le développement énorme du sinus, la présence de fistules, ou d'autres circonstances imprévues forceraient à modifier l'opération. S'il s'agit d'un cancer la seule opération indiquée est la résection du maxillaire supérieur.

ARTICLE III

DES POLYPES DES FOSSES NASALES.

On distingue essentiellement, au point de vue chirurgical comme au point de vue anatomique, les *polypes muqueux*, quelquefois fibro-muqueux occupant les fosses nasales, et les *polypes*