

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<sup>o</sup> *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<sup>o</sup> *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*

*fibreux*, siégeant de préférence à la partie postérieure et dans le pharynx, d'où leur vient le nom de *polypes naso-pharyngiens*.

### I. — Des polypes muqueux.

Ces polypes, très mous, sont constitués par une membrane extérieure lisse, polie, d'une couleur blanc sale ou rougeâtre, et d'un tissu cellulaire gorgé de sérosité et renfermant quelquefois des vésicules distinctes. Ils paraissent s'implanter le plus souvent entre les cornets supérieur et moyen, près du sinus maxillaire, quelquefois à la paroi supérieure, bien rarement sur la cloison des fosses nasales; et quoiqu'ils puissent aussi se porter en arrière, presque constamment ils se développent en avant, de manière à sortir par les orifices antérieurs des narines.

C'est aussi par là qu'on les attaque. On a conseillé de les traiter par les injections astringentes, de les toucher avec divers caustiques, nitrate d'argent, beurre d'antimoine, etc. Ces moyens sont d'une valeur très équivoque, et les caustiques puissants offriraient des dangers réels. Les seuls procédés convenables sont l'*arrachement*, l'*excision* et la *ligature*.

1° *Arrachement*. — Le malade assis en face du jour, la tête renversée en arrière et soutenue par un aide, le chirurgien écarte l'aile du nez avec les doigts de la main gauche, et de l'autre main introduit les pinces à polypes bien fermées; il les ouvre dès qu'il arrive sur la tumeur, et les fait pénétrer aussi loin que possible. Quand le polype est bien saisi, on ferme solidement les pinces, et on les fait tourner sur elles-mêmes, toujours dans le même sens, sans aucune traction d'abord; puis, quand on juge que la torsion de la portion saisie est suffisante, on retire les pinces à soi et on l'arrache; et l'on recommence ainsi jusqu'à ce que la totalité du polype soit extraite.

On peut aussi bien essayer d'attirer à soi le polype sans torsion préalable. Si le polype cède et s'avance vers l'orifice des narines, on prend une seconde pince semblable à la première, ou bien encore une pince à torsion avec laquelle on le saisit près de sa racine, et l'on continue les mêmes manœuvres jusqu'à ce que l'on soit parvenu à rompre cette racine ou à l'attirer entièrement au dehors.

Quelquefois le polype se déchire, et il faut recommencer l'opération à plusieurs reprises; ou bien encore l'effusion du sang est si forte qu'elle masque les objets, et force de remettre l'opération à un autre jour.

Si le polype remplissait toute la longueur des fosses nasales, ce qui est bien rare, il serait utile d'introduire par la bouche le doigt indicateur gauche, la pulpe regardant en haut, pour appuyer sur la partie postérieure du polype, et le pousser directement en avant. Michon, ayant usé une fois inutilement de cette manœuvre, a porté par la narine dans la bouche un fil auquel il a noué un bourdonnet, de manière, en retirant ce bourdonnet, à presser sur le polype d'arrière en avant.

2° *Excision*. — Le polype saisi et attiré au dehors à l'ordinaire un peu au-dessus des premières pinces on place des pinces à disséquer; puis après l'avoir attiré encore un peu plus, de nouvelles pinces, et ainsi de suite jusqu'à ce que toute traction menace de déchirer le polype dans l'endroit saisi. Alors on porte le plus loin possible au delà des pinces soit un bistouri boutonné, soit des ciseaux courbes, et on divise d'un seul coup le pédicule.

Presque tous les chirurgiens rejettent l'excision, qui offre moins que l'arrachement les chances d'enlever le polype dans sa totalité.

3° *La ligature*. — La ligature consiste en une anse de fil introduite par les narines dans l'arrière-gorge, de manière à em-

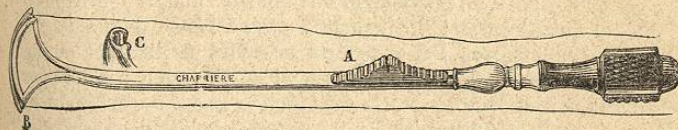


FIG. 477.

Porte-ligature de Charrière.

brasser le pédicule du polype, et qu'on serre ensuite à l'aide d'un serre-nœud. La difficulté capitale est de diriger l'anse sur le pédicule du polype. On peut se servir, à cet effet, d'un fil métallique dont les deux chefs sont enfermés dans la canule simple de Fallope, ou la canule double de Levret; l'anse terminale est portée directement par la narine dans le pharynx, où il faut toutefois aller la déployer et l'ajuster sur le pédicule du polype, à l'aide du doigt introduit par la bouche. Mais les ligatures souples ont été plus fréquemment employées; et pour les porter dans le pharynx et les y déployer à volonté, on compte un assez bon nombre de procédés.