

C'est le long de la paroi externe qu'il faut la diriger; M. Triquet lui-même recommande avec raison de ne pas abandonner la paroi externe; et la figure qu'il a donnée, rectifiant sa description, montre la sonde suivant exactement la paroi externe.

La sonde ainsi introduite ne peut servir qu'à pousser des injections dans la trompe et dans l'oreille moyenne; mais elle est parfaitement apte à cet office, et l'on ne comprend pas pourquoi M. Deleau a voulu y substituer une sonde de gomme élastique, moins facile à conduire et plus exposée à s'échapper.

M. Deleau préfère aussi les injections d'air aux injections liquides. J'ai fait observer à cet égard que, pour les injections d'air ou de vapeurs, comme la vapeur d'éther par exemple, le cathétérisme est inutile; il suffit d'en remplir la poitrine par une large inspiration, puis d'expirer avec effort en fermant la bouche et les narines, pour que l'air ou la vapeur pénètre dans la cavité tympanique, à moins que le passage ne soit oblitéré.

Quelques-uns, pour combattre cette oblitération, ont imaginé de porter des sondes ou des bougies à travers la trompe, et ils sont venus raconter à l'Institut qu'ils avaient ainsi pénétré jusque dans la cavité du tympan; bien plus, qu'ils avaient dilaté les rétrécissements avec des fragments d'éponge préparée. L'étroitesse naturelle de la trompe aurait dû mettre en garde contre de semblables illusions.

Il est des cas où la déviation de la cloison nasale, ou le resserrement du méat inférieur par une cause quelconque, met obstacle au cathétérisme direct. M. Deleau a décrit un procédé pour porter la sonde par la narine opposée. Il serait plus facile, à mon avis, de la diriger par la bouche, selon le procédé primitif de Guyot, en prenant la précaution de porter l'index au fond de la bouche et jusque dans l'arrière-narine, pour reconnaître la saillie formée par le bourrelet supérieur de l'orifice et conduire le bec de l'instrument. Sans doute on aurait à lutter contre les contractions du voile du palais et du pharynx; mais ces difficultés mises à part, le doigt arrive très aisément sur l'orifice et le reconnaît au premier abord.

CHAPITRE III.

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE NEZ ET L'APPAREIL DE L'OLFACTION.

Je traiterai successivement : 1° des opérations qui se pratiquent sur le nez; 2° de celles qui affectent les fosses nasales, soit la cloi-

son, soit les sinus; et 3° je réserverai un article spécial pour les polypes.

Art. I^{er}. — Des opérations qui se pratiquent sur le nez.

1° Tumeurs développées sur le nez.

Le traitement ne diffère pas de celui des autres tumeurs: seulement une disposition anatomique spéciale a donné lieu de modifier le procédé d'extirpation.

Procédé de M. Rigal. — Il est fondé sur ce fait que les cartilages des ailes du nez, en s'adossant sur la ligne médiane, laissent entre eux une rainure sensible au toucher chez la plupart des sujets, et qui permet de les écarter et de pénétrer jusqu'à la cloison des narines sans ouvrir ces cavités.

Une tumeur de nature suspecte s'étant développée sous l'épine antérieure, et étendue en avant, en bas et de côté jusqu'aux ailes du nez, sans altérer les téguments, M. Rigal la cerna latéralement par deux incisions réunies en avant, écartées en arrière et en dehors en forme d'Y renversé; une incision transversale les réunit par en bas; les téguments furent disséqués; on arriva ainsi au cartilage de la cloison, dont il fallut enlever le bord antérieur avec le reste de la tumeur. La guérison se fit très bien: seulement la cicatrice, entraînant les tissus en arrière, a fini par aplatis un peu les ailes et la pointe du nez.

2° Occlusion des narines.

J'ai vu plusieurs fois les narines oblitérées par la réunion de leurs bords cutanés. On peut chercher à y remédier par tous les moyens exposés pour les occlusions en général; la conformation des parties se prête assez bien à la dilatation, qu'on peut pratiquer avec des canules de plomb ou d'ivoire. Mais il faut d'abord rouvrir les narines, et cela n'est pas aussi facile qu'on le supposerait en lisant le peu qu'en ont dit les auteurs. Pour moi, dans un cas où elles avaient été oblitérées par suite de la variole, je n'ai pas trouvé de meilleur moyen que de séparer entièrement l'aile du nez de ses attaches à la joue. Encore, si l'on ne porte pas les canules pendant plusieurs années, on risque toujours de voir l'ouverture se resserrer et même s'oblitérer.

3° Restauration de la sous-cloison du nez.

Cette opération a été tentée dans trois cas différents : 1° après une opération de rhinoplastie où la portion destinée à former la sous-cloison avait été gangrenée, Dieffenbach emprunta un lambeau à la lèvre supérieure ; j'ignore les détails de son procédé ; 2° dans certains cas de bec-de-lièvre compliqué : nous en traiterons plus tard ; 3° dans un cas de destruction complète par suite d'ulcère, avec destruction du cartilage même à 15 ou 18 millimètres de hauteur. Voici le procédé suivi en cette occasion par Dupuytren.

Procédé opératoire. — Le chirurgien, armé d'un bistouri à lame très étroite, commença par rafraîchir ce qui restait de la cloison ; puis il tailla le lambeau nécessaire sur la lèvre supérieure, sur la ligne médiane, sans aller toutefois jusqu'au bord libre de la lèvre, et en ne comprenant que la moitié de son épaisseur. Il eut soin aussi de faire remonter l'incision latérale du côté gauche un peu plus que celle du côté droit. Le lambeau, disséqué suivant ces données, fut retourné en tordant son pédicule de gauche à droite, et fixé à la pointe du nez à l'aide de deux aiguilles. Deux autres aiguilles réunirent par première intention la plaie faite à la lèvre ; deux tampons de charpie, enduits de cérat, furent placés dans les narines pour les maintenir ouvertes ; et le tout fut maintenu par des bandelettes agglutinatives.

L'opération réussit ; mais la torsion du pédicule laissait une saillie désagréable, et la sous-cloison offrait également une largeur difforme ; enfin le bout du nez, tiré par la cicatrice, donnait à cet organe une forme aplatie. Gensoul, consulté plus tard par l'opéré, y remédia de la manière suivante.

La base du lambeau fut cernée par une incision en V, et la perte de substance qui en résulta pour la lèvre fut facilement réunie par une aiguille. Puis le chirurgien enleva, à l'aide de deux incisions, une bandelette médiane dans toute l'étendue de la sous-cloison, et réunit les deux portions latérales à l'aide d'un point de suture entrecoupée. L'opération eut un plein succès ; seulement, plusieurs années après, M. Velpeau a constaté que la sous-cloison faisait par en bas une saillie trop forte, et que le lobule du nez avait subi un léger abaissement.

4° Restauration de l'aile du nez.

On peut restaurer l'aile du nez enlevée, avec un lambeau emprunté à la joue ou à la lèvre supérieure, en suivant d'ailleurs les règles générales de l'autoplastie.

Un très bon procédé consiste à prolonger en haut le bord interne de la perte de substance par une incision parallèle au dos du nez ; on prolonge de même le bord externe par une incision qui monte obliquement au sommet de la précédente, en circonscrivant un V renversé Λ , et l'on enlève les téguments compris entre les deux branches. Cela fait, le côté externe du Λ devra former le côté interne d'un lambeau quadrilatère pris sur la joue et ayant sa base en haut ; en sorte qu'une légère inclinaison en dedans l'amènera juste sur la brèche à combler.

Mais de cette manière, l'aile du nez nouvellement refaite confine à la cicatrice laissée sur la joue, et risque d'être attirée en dehors par la rétraction du tissu inodulaire. M. Nélaton a paré à cet inconvénient d'une façon très ingénieuse par le procédé suivant.

Procédé de M. Nélaton. — Il décrit le Λ renversé et enlève les téguments excédants à l'ordinaire. Mais pour tailler le lambeau, il fait partir du sommet du Λ une incision parallèle à sa branche externe, et à quelques millimètres en dehors ; ce sera là le côté interne du lambeau quadrilatère qu'il achève de disséquer à l'ordinaire. Il le ramène pareillement sur le nez par un mouvement d'inclinaison, mais avec cette différence qu'il le loge en dedans de la bandelette de téguments laissée intacte, laquelle le séparera de la cicatrice future de la joue, et le défendra ainsi d'une trop forte rétraction en dehors.

Lorsque la perte de substance est légère, Dieffenbach a imaginé et appliqué avec succès un procédé d'un tout autre genre, qui masque la difformité en opérant une nouvelle perte de substance au lieu de réparer l'ancienne.

Procédé de Dieffenbach. — On introduit un bistouri dans la narine du côté où manque l'aile du nez, en longeant avec l'instrument la cloison nasale, et l'on divise de dedans en dehors, et longitudinalement, la partie moyenne du dos du nez jusqu'au bord libre de l'os nasal de ce côté. Ceci étant fait, à la partie supérieure de l'incision on applique le tranchant du bistouri transversalement sur la moitié du nez du côté sain, et on la divise depuis le dos du nez jusqu'au point où il se confond avec la joue, en donnant à cette incision une direction un peu oblique en bas et en arrière, à peu près parallèle au bord libre des os du nez. On réapplique le bistouri à quelques millimètres au-dessous de cette section, de manière à diviser de nouveau cette moitié du nez dans toute son épaisseur, et, en rejoignant la première section à la base, à emporter une tranche de tissus de la forme d'un coin. Ceci a pour but de donner aux deux

moitiés latérales du nez la même longueur; et en conséquence, l'épaisseur de la tranche à enlever doit être réglée d'après l'étendue de la perte de substance qui constitue la difformité.

Il reste maintenant à réunir les parties, savoir, la partie inférieure de la moitié saine du nez à sa partie supérieure, et ensuite cette partie latérale ainsi recousue à la moitié lésée. Dieffenbach pratiquait cette réunion à l'aide d'épingles à insectes dont il recourbait de chaque côté les extrémités. On pourrait aussi bien se servir de la suture entrecoupée.

Le résultat de cette méthode est de diminuer la longueur du nez et d'en relever le bout, de manière à laisser à l'opéré, au lieu d'un nez grec ou aquilin, un nez retroussé ou à la Roxelane; et le résultat est véritablement très remarquable. Mais si le nez était déjà retroussé naturellement, le procédé serait difficilement applicable, et il en serait de même si une perte de substance trop considérable forçait à diminuer à l'excès la longueur du nez.

5° *Rétablissement du nez enfoncé par destruction de la cloison nasale.*

Cette difformité est assez commune à la suite d'ulcères scrofuleux ou syphilitiques; et il est remarquable qu'aucun chirurgien n'ait songé à y remédier jusqu'à Dieffenbach et à moi.

Le procédé de Dieffenbach, peu digne d'un si éminent chirurgien, consistait à séparer d'abord avec le bistouri le nez des deux joues, à le fendre ensuite sur la ligne médiane, et à recoudre toutes ces incisions avec la seule précaution de tailler leurs bords en biseau pour empêcher les lambeaux de se replier en dedans. Personne, que je sache, n'a eu l'idée de l'imiter. Il y a cependant un détail de ce procédé qui ne devait pas rester perdu.

Une fois le nez recousu, comme dernier temps de l'opération, le chirurgien traversa d'un côté à l'autre les téguments disséqués de la joue, en passant par-dessous le nez nouveau une aiguille longue et mince, garnie à sa tête d'un morceau de cuir arrondi, et dont il roula la pointe en forme de spirale avec une tenette. Cette aiguille tendait, en rapprochant l'une de l'autre les faces latérales du nez avec les bords correspondants des joues, à augmenter la saillie de l'organe, et l'on va voir le parti que j'en ai tiré moi-même. Mais pour tout le reste, mon procédé est beaucoup plus simple, et donne un résultat infiniment plus satisfaisant.

Procédé de l'auteur. — Je commence par séparer l'aile gauche du nez de ses adhérences à la joue, en suivant exactement le sillon qui

les sépare. A travers l'ouverture qui en résulte, je porte un ténótome aigu dans les narines, à la rencontre des os propres du nez, et je sépare les parties molles de ces os, en haut, près du frontal, à droite et à gauche, jusqu'au voisinage du sac lacrymal. J'opère une division analogue sur les apophyses montantes, jusqu'au niveau de la base du nez, et je sépare même un peu la lèvre supérieure des os maxillaires sur la ligne médiane. C'est là le premier temps; et toutes ces divisions sont essentiellement sous-cutanées.

Je rapproche alors avec les doigts les téguments ainsi décollés des os, de manière à les faire saillir en avant sur la ligne médiane. Pour les maintenir en cette position, je les traverse, le plus près possible des joues, avec une longue épingle, immédiatement au-dessous des os nasaux. Cette épingle est munie à sa tête d'un petit bouton de liège; je fais passer un bouton semblable à la pointe, en serrant les boutons l'un contre l'autre, je fais remonter mes téguments, et le dos du nez se reforme à mesure que je rapproche les deux boutons, sur lesquels je replie les deux bouts de l'épingle. Une deuxième épingle est passée de même au niveau du bord supérieur des ailes du nez; seulement, à gauche, où j'ai séparé l'aile de la joue, l'épingle traverse la peau de la joue pour attirer toujours les téguments. Enfin on en place une troisième, si cela est nécessaire; après quoi on réunit la section de l'aile du nez à l'aide d'épingles à insectes, ou de points de suture entrecoupée.

Si la pointe du nez est bridée et retenue en arrière par la sous-cloison, je traverse avec une nouvelle épingle, de bas en haut, d'abord la sous-cloison, puis le lobule même du nez; et en rapprochant les deux parties avec deux boutons de liège, j'allonge la pointe du nez et la sous-cloison, et leur donne une forme satisfaisante.

Il ne reste qu'à soutenir le nez relevé jusqu'à la cicatrisation, ce qui s'obtient en portant dans les narines deux bouts de sonde d'assez fort calibre. On peut encore, pour soutenir les épingles, rapprocher les joues à l'aide d'une forte bandelette imbibée de collodion, qui, en passant sur la lèvre supérieure, a l'avantage d'appliquer exactement cette lèvre contre les os dont le ténótome l'a en partie séparée.

On pourrait peut-être pratiquer le décollement des téguments par les narines sans diviser l'aile gauche, et je me propose de le tenter; mais la cicatrisation qui résulte de cette unique incision extérieure est si bien confondue avec le sillon normal, qu'il est impossible de l'apercevoir, à moins d'un examen très minutieux.

J'ai pratiqué trois fois cette opération, et toujours avec un résultat qu'on pouvait appeler admirable. La peau des joues, ramenée de loin sur les apophyses montantes et les os du nez, y contracte

des adhérences qui soutiennent la saillie du nez nouveau, et préviennent son aplatissement. Mais je suis bien obligé d'ajouter qu'ici comme partout, il faut se méfier de la rétraction implacable du tissu inodulaire. Je n'avais pas revu mes opérés, lorsque par hasard j'ai eu des nouvelles, au bout de deux ans, d'une dame chez laquelle précisément j'avais le mieux réussi. Pendant six mois le nez s'était maintenu superbe; alors il commença à se rétrécir et à s'affaïsser; au bout des deux ans, il avait perdu la majeure partie de sa préminence. Cependant le bienfait de l'opération, tout amoindri qu'il était, persistait encore; je ne sais ce qui sera arrivé depuis.

6° *De la restauration du nez tout entier, ou rhinoplastie proprement dite.*

Toutes les méthodes d'autoplastie ont été appliquées à cette opération; on pourrait même y en ajouter deux autres encore usitées dans l'Inde, si l'état de notre civilisation européenne ne les rejetait d'une manière absolue, savoir : 1° la *transplantation d'un nez étranger*, opération dont quelques faits très rares permettent à peine de concevoir la possibilité; 2° la *formation d'un nez nouveau à l'aide de légumes pris sur une personne étrangère*. Durochet rapporte qu'on emprunte, à cet effet, un lambeau de la fesse d'un esclave. D'autres détails sur ces opérations insolites seraient superflus ici; il suffit de les avoir mentionnées.

J'en dirai presque autant de la méthode de Celse, que Larrey dit cependant avoir employée avec succès, et qui consisterait à disséquer et ramener en avant la peau des joues pour former les côtés et le dos du nez nouveau, en taillant la cloison aux dépens de la lèvre supérieure. La joue ne saurait fournir assez de peau pour réparer une perte de substance un peu considérable; ou bien il faudrait y tailler un lambeau par la méthode indienne.

Pour réparer un nez complètement détruit, il n'y a donc que deux méthodes véritablement pratiques : la méthode italienne et la méthode indienne.

1° *Méthode italienne.* — Imaginée par Ant. Branca, décrite par Tagliacozzi, elle consistait à tailler sur la peau du bras un lambeau qu'on laissait suppurer, pour lui donner plus de solidité, avant de le recoller à la face. Græfe est le seul parmi les modernes qui ait essayé cette méthode, mais en appliquant à la face le lambeau tout saignant, ce qu'il a décoré du nom ambitieux de méthode allemande. Je me bornerai à décrire ce procédé.

Procédé de Græfe. — On commence par faire porter au malade

quelque temps, pendant la nuit, une camisole lacée, surmontée d'un capuchon qui embrasse solidement la tête, et auquel viennent s'attacher quatre ou six courroies fixées d'autre part à la manche du bras qui doit fournir le lambeau; de sorte que le sujet contracte autant que possible l'habitude de conserver le bras appliqué sur le nez. La position bien arrêtée, on taille avec un morceau de cuir un modèle du lambeau nécessaire pour la confection du nez. Græfe lui donnait toujours, à cause de la rétraction qui doit suivre, 16 centimètres de long sur 11 de large. Ce modèle est appliqué sur le nez d'abord, puis sur le bras rapproché du nez, afin d'établir exactement les rapports qu'ils devront garder ensemble. On taille le lambeau sur la face antérieure et interne du bras, la pointe en haut; on le dissèque de haut en bas, en sorte qu'il reste adhérent par la base; on rafraîchit immédiatement les bords cicatrisés de l'ouverture des narines, et l'on en rapproche le lambeau qu'on réunit par des points de suture entrecoupée. Le serre-nœud est ici fort utile pour donner à la suture le degré de striction convenable. On place d'ailleurs dans les narines de la charpie pour tenir le lambeau suffisamment soulevé, et le bras est fixé à la tête à l'aide du capuchon et des courroies.

Quand la réunion est opérée, ce qui varie du quatrième au trentième jour, on sépare le lambeau à sa base, et le bras désormais reste libre. On découpe sur cette base, avec un bistouri étroit ou des ciseaux, les ailes du nez, les ouvertures des narines et la cloison; on enlève la charpie placée dans les fosses nasales; on réunit par suture ce qui reste à réunir, et l'on maintient ouvertes les narines à l'aide de tuyaux de plume ou de gomme élastique.

2° *Méthode indienne. Procédé ordinaire.* — On fait avec du papier ou de la cire un modèle du lambeau nécessaire, que l'on applique sur le front, la pointe en bas et répondant à la racine du nez naturel; et l'on en trace les contours avec de l'encre. Il faut avoir soin de donner en tout sens au lambeau un centimètre au moins de plus que la largeur nécessaire en apparence, afin d'obvier aux effets de la rétraction.

Ces préliminaires accomplis, on avive les bords de l'ouverture du nez; puis on taille et l'on dissèque avec le bistouri le lambeau du front en le détachant partout, excepté près de la racine du nez. On le renverse sur la face; et comme le côté saignant se trouverait ainsi extérieur, on fait excécuter au pédicule un mouvement de torsion qui ramène en dehors le côté épidermique. On l'applique alors exactement par ses bords sur les bords rafraîchis de l'ouverture, et on les réunit dans tous les points par la suture, excepté dans le lieu où

doivent exister les narines. On introduit par ces orifices de la charpie pour les maintenir ouverts, et pour soutenir en même temps le nez nouveau.

Quand l'agglutination est bien solide, on enlève les points de suture; on passe sous le pédicule du lambeau une sonde cannelée sur laquelle on le divise; il en résulte un petit lambeau qu'on réunit par un point de suture à la racine du nez ancien.

Ce procédé n'a pas subi entre les mains des chirurgiens modernes de modifications vraiment sérieuses. D'abord, sous prétexte de faciliter la cicatrisation de la plaie du front, Delpech taillait la base du lambeau à trois pointes; en sorte qu'il restait sur le front deux pointes de téguments séparant trois plaies en Λ renversé, dont il espérait que la réunion serait plus facile. Il découpait ensuite à sa convenance les trois pointes du lambeau destinées à former les deux ailes et la cloison du nez. Ce procédé n'aboutit en réalité qu'à accroître inutilement la perte de substance, et il a été justement rejeté.

Lisfranc a cherché à éviter la torsion du pédicule du lambeau, qui gêne la circulation, et expose à la gangrène. Cette torsion provient surtout, dans le procédé ordinaire, de ce qu'on fait descendre au même niveau les deux incisions qui limitent de chaque côté ce pédicule. Lisfranc prolongeait son incision à gauche, 7 millimètres plus bas qu'à droite, et disséquait ensuite de manière qu'une ligne partant de ce dernier point pour se rendre directement au premier formait avec l'axe de la face un angle à sinus inférieur de 45° . Cela peut avoir en effet quelque avantage sans aucun inconvénient.

Mais après la cicatrisation complète, préoccupé encore de la nutrition du lambeau, il laissait le pédicule intact, avec une saillie qui constitue une véritable difformité. Blandin, adoptant cette idée, pour atténuer la difformité, enlevait la peau de la racine du nez qui se trouvait au-dessous du pédicule, et appliquait celui-ci sur les os mêmes. Tout cela est puéril; le lambeau une fois réuni n'a plus rien à craindre.

Afin de mieux soutenir le lambeau, Lisfranc établissait d'abord dans les fosses nasales un gros tampon de charpie, qu'il lui fallait extraire plus tard par les narines; il en résultait que, pour conserver une issue suffisante, il ne pouvait pas réunir d'abord la sous-cloison.

Græfe, dans le même but et afin de donner au nouveau nez une forme convenable, après toutes les sutures faites, portait dans les

narines des canules avec un ressort qui tendait à les porter en avant, et à faire ainsi saillir convenablement le dos et la pointe du nez.

Dieffenbach enfin, pour figurer les ailes du nez, rapprochait les deux côtés du nez nouveau avec l'épingle dont j'ai parlé (p. 438), et après la cicatrisation faite, s'efforçait d'en régulariser la forme par des incisions, des excisions, des sutures, comme un sculpteur qui reporte le ciseau sur son œuvre jusqu'à ce qu'il ait atteint son idéal.

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 forme; 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 péril. 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.

Art. II. — Des opérations qui affectent les fosses nasales.

1° 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 dans la narine affectée la sonde élastique, 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. 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. M. 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 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, M. 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.

2° Hypertrophie du cartilage de la cloison.

M. 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 ciseaux il sépara la sous-cloison de la lèvre supérieure; réséqua, 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.

3° 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 M. Guersant, qui a essayé de la redresser par l'application de deux canules dans les narines, tentait une œuvre à peu près impossible.