

au delà de la peau. Presque toujours les personnes qui en sont atteintes ont éprouvé des éruptions dartreuses ou des ulcères semblables sur d'autres parties du corps. Si le malade est un enfant scrofuleux, on remarque en lui les qualités physiques extérieures qui dénotent sa mauvaise constitution, ou même il éprouve actuellement, dans d'autres parties du corps, des accidents de la maladie dont il est entaché.

Selon que les ulcères dartreux du nez dépendent d'un vice herpétique ou d'une diathèse scrofuleuse, on emploie les remèdes internes qu'on oppose ordinairement à l'une ou à l'autre de ces affections : on les panse avec le cérat soufré, ou avec un mélange d'emplâtre de diapalme et d'huile, et à chaque pansement on fait des lotions avec l'eau de Barèges ; mais ce qui surtout doit contribuer à leur guérison, c'est l'établissement d'un exutoire au bras.

#### § 4. — Vices de conformation du nez.

Le nez, dont la longueur, la grosseur et la forme varient beaucoup selon les individus, présente des vices de conformation, dont les uns sont bornés aux narines, tandis que les autres s'étendent à la totalité de cette partie. Parlons d'abord de ceux-ci. Les principaux sont l'inclinaison du nez, le nez double, sa division contre nature, son manque absolu ou partiel. Nous ne dirons rien de son volume disproportionné quelquefois avec les autres parties de la face : la chirurgie ne peut rien contre cette disposition.

— Il n'est pas rare de voir des personnes chez lesquelles le nez est incliné à droite ou à gauche, mais plus souvent dans le premier sens. Cette inclinaison est, en général, l'effet d'une conformation primitive ; mais elle peut être augmentée par l'habitude de se moucher d'une main plutôt que de l'autre. Aussi voit-on quelquefois que chez les gauchers le nez penche à gauche. Quand l'inclinaison latérale du nez n'est pas très-considérable, elle n'est point une difformité. Mais lorsqu'elle est portée à un certain degré, et qu'elle dépend de l'habitude de se moucher avec la main vers laquelle il est penché, on donne le conseil de se servir de l'autre main. On a imaginé un bandage particulier pour ramener à leur direction naturelle les nez inclinés latéralement : on a appelé ce bandage *nez tortu*. Mais les personnes qui en ont besoin ne pouvant le porter continuellement, comme il conviendrait qu'elles le fissent, ce bandage ne peut avoir aucune utilité.

— La portion cartilagineuse de la cloison des fosses nasales est quelquefois portée à droite ou à gauche, non-seulement chez des personnes qui ont le nez de travers, mais encore chez d'autres dont le nez a une bonne direction ; cette inclinaison peut être assez considérable pour gêner le passage de l'air, d'un côté. La convexité de la cloison a été prise quelquefois, par des personnes peu instruites ou inattentives, pour un polype. L'art ne peut rien contre cette légère et insignifiante difformité (1).

— On ne connaît qu'un petit nombre d'exemples de nez doubles. Dans l'un, on voyait seulement à la racine du nez une petite tumeur simulant un second nez au-dessus du premier (2). Pierre Borel (3) fait mention d'un charpentier qui avait deux nez ou un nez double ; il

(1) J'ai vu deux cas de ce genre assez curieux pour que je croie devoir les rapporter. Au mois de janvier 1844, on m'amena à la consultation de l'hôpital Saint-Louis un jeune enfant âgé de douze ans, pour me consulter sur une tumeur du nez qu'il portait depuis longtemps et qu'on cautérisait depuis trois ans sans pouvoir la guérir. L'examen du nez et des fosses nasales me fit reconnaître qu'il existait, dans la narine gauche sur la cloison, une tumeur dure et continue avec la cloison, et que du côté droit la cloison offrait un enfoncement dont la grandeur était proportionnelle à la saillie de l'autre narine. J'explorai avec un stylet la cloison des fosses nasales, et je reconnus que son cartilage était assez incliné à gauche pour former à l'ouverture de la narine une tumeur saillante au dehors, qui avait été prise pour une production anormale. Je rassurai les parents de l'enfant, et les engageai à renoncer à tout moyen thérapeutique. Au mois de janvier 1846, il se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu une jeune femme âgée de vingt-deux ans, qui se plaignait d'une gêne de la respiration augmentant dans les temps humides. L'examen des fosses nasales me fit apercevoir dans la narine gauche une tumeur que je pris, à la première vue, pour un polype vésiculaire ; mais, l'ayant examinée avec plus d'attention afin d'en faire l'arrachement, je m'aperçus que j'étais dans l'erreur, que la tumeur était formée par le cornet inférieur, et que la cloison des fosses nasales était fortement déjetée à droite, de sorte que les narines, très-étroites dans cet endroit, donnaient difficilement passage à l'air, surtout pour peu que cette femme fût enchâfrénée. Je lui dis quel était le vice de conformation qu'elle présentait, et je l'engageai à ne jamais laisser pratiquer aucune opération.

(2) Bartholin, *Hist. anat.*, cent. 1, hist. 25.

(3) Cent. III, obs. 43.

ajoute qu'on l'appelait *l'homme aux deux nez* : il ne donne d'ailleurs aucun détail sur cette conformation bizarre, de sorte qu'il est impossible de dire quelle conduite il aurait fallu tenir dans la circonstance dont il parle. On sent, au reste, que, lorsqu'il ne s'agit que d'une tumeur au-dessus du nez, il faut en faire l'ablation, et que, dans les cas analogues à celui que cite Borel, il ne sera pas difficile à un chirurgien instruit de reconnaître si le vice de conformation est susceptible de guérison, et de quelle manière il pourra y remédier.

— La division contre nature des parois du nez peut être congénitale comme celle des lèvres, qui est infiniment plus commune; mais ordinairement elle succède à une plaie dont les bords, n'ayant pas été mis et maintenus en contact, se sont cicatrisés séparément. Une disposition semblable est non-seulement désagréable par sa difformité, mais encore incommode par le passage continu qu'elle livre aux mucosités des narines. Qu'elle soit acquise ou de naissance, la manière d'y remédier est la même : après avoir rendu saignants les bords de la division, en en excisant le moins possible avec des ciseaux ou un bistouri, on les maintient en contact au moyen d'aiguilles semblables à celles dont on se sert dans l'opération du bec-de-lièvre. Cette petite opération n'a d'autre inconvénient que celui de diminuer les parties qu'on réunit, de rétrécir la narine correspondante, et de produire une légère difformité. Cet inconvénient est presque nul, lorsqu'il n'y a point de perte de substance; mais quand la division est la suite d'une brûlure ou d'une plaie contuse, et quand plusieurs tentatives ont été faites maladroitement et sans succès, il est de la plus haute importance de ménager les parties. On a proposé, dans ce cas, d'irriter et d'excorier les bords avec un épispastique; quelques chirurgiens se sont contentés de faire sur les bords de la division de simples scarifications. Blasius (1) rapporte un fait de ce genre. Henri Roonhuysen, ayant été consulté par un homme dont le nez offrait à gauche une division de cette espèce, entreprit de le guérir. Comme cette difformité, venue à la suite d'une plaie, durait depuis fort longtemps, celui qui la portait s'était adressé à beaucoup de personnes pour en être débarrassé. Les nombreuses tentatives de réunion n'avaient eu d'autre effet que de consumer une portion du nez et d'élargir l'ouverture. Roonhuysen, pour ne pas

(1) *Obs. med. rarior.*, p. 5, n° 1.

augmenter encore la perte de substance, imagina de faire sur les bords de la fente de simples scarifications, et de les rapprocher au moyen d'aiguilles et de fils entrelacés. Ce procédé lui réussit pleinement.

La perte complète du nez ou d'une portion du nez n'a pas seulement le grave inconvénient de produire une difformité hideuse et repoussante, elle nuit encore à la prononciation et à l'odorat, en abrégant le trajet que l'air doit parcourir pour entrer dans les poumons et pour en sortir. Le défaut de nez est très-rarement un vice de première conformation ou de naissance; il est presque toujours accidentel, et résulte de l'ablation de cet organe par un instrument tranchant ou par un coup de feu, de sa mortification, ou de sa destruction par un ulcère vénérien, scrofuleux ou autre.

Quelle que soit la cause qui ait produit la perte du nez, on doit avoir recours aux moyens qui ont été imaginés pour remédier à la difformité qui en résulte, ou pour la dissimuler. Ces moyens consistent à rétablir le nez détruit, ou à placer sur le siège que cet organe occupait un nez postiche imitant parfaitement le nez naturel.

On rétablit le nez perdu, ou plutôt on en fait un nouveau en adaptant à la large ouverture qui résulte de la perte du nez, après en avoir excisé les bords, une portion de peau détachée d'une autre partie du corps, sans en être entièrement séparée, et qu'on ne détache complètement de la partie à laquelle on l'a empruntée que lorsqu'elle est bien agglutinée aux bords de l'ouverture sur laquelle on l'a appliquée. Dans ce mode de restauration du nez, chacune des parties mises en contact reçoit l'influence de la circulation, jouit de la vie commune, et peut éprouver le degré d'inflammation nécessaire à l'agglutination des parties saignantes mises en contact immédiat. Il n'y a donc point de parité entre ce mode de restauration du nez, et celui dans lequel on ente, sur l'ouverture des fosses nasales, après en avoir rafraîchi les bords, un morceau de peau enlevé d'une partie quelconque du corps, et entièrement séparé du tout. Dans ce cas, cette portion de peau ne reçoit plus l'influence de la circulation, ne participe plus à la vie commune, et doit par conséquent tomber en pourriture. Cependant on cite un exemple de succès de cette opération; mais ce fait mérite confirmation.

On a donné, dans ces derniers temps, le nom de *rhinoplastique* à

l'opération par laquelle on répare les nez perdus. Il y a deux méthodes pour faire cette réparation : dans l'une, on emprunte au bras la portion de peau dont on veut se servir pour faire un nouveau nez ; dans l'autre, on l'emprunte au front.

Gaspar Tagliacozzi, que nous appelons Taliacot, professeur de médecine théorique et d'anatomie dans l'université de Bologne, ayant fait de la première méthode le sujet principal d'un ouvrage imprimé à Venise en 1597, sous le titre de *De curtorum chirurgia per incisionem*, etc., on a cru généralement qu'il était l'inventeur de cette méthode à laquelle on a donné le nom de *taliacotienne*, et dans ces derniers temps celui d'*italienne*. Mais cette méthode était connue et pratiquée dans la Sicile et dans la Calabre, plus de deux siècles avant qu'elle eût fixé l'attention de Taliacot. En effet, on trouve dans les annales de Pierre de Ranzano, évêque de Lucera, ville de la Capitanate, au royaume de Naples, que Branca, chirurgien sicilien, se mêlait de cette opération. Ranzano en parle sous l'année 1442. Ce chirurgien eut un fils, nommé Antoine, qui se distingua par le même art. Mais après l'un et l'autre parurent les trois Vianeus, Vioneus ou Vojonus, c'est-à-dire Vincent, Bernardin son neveu, et Pierre, fils de Bernardin, qui demeurèrent à Tropea dans le royaume de Naples. Cortesi, qui passa dans cette ville vers l'an 1599, dit qu'il n'y trouva plus personne de la famille de Boiani ou Vojani, qui exerçât l'art de réparer les parties du corps. Mais comme Pierre Boiani, fils de Bernardin, vivait encore en 1571, il est vraisemblable qu'il cessa de faire un secret de la méthode qu'il tenait de ses ancêtres, et qu'il la communiqua à Taliacot, qui était bien en âge d'en tirer parti, puisqu'à cette époque il avait vingt-cinq ans.

Mais si Taliacot n'a pas la gloire d'avoir inventé l'art de refaire le nez avec un morceau de peau emprunté au bras de l'individu privé de cet organe, il a au moins celle d'avoir recueilli et conservé quelques bonnes traditions, de les avoir converties en un corps de doctrine, et d'en avoir fait jouir le public en enseignant cette doctrine dans ses leçons, et en la consignant dans l'ouvrage que nous avons indiqué plus haut. Cet ouvrage est le principal fondement de la réputation dont Taliacot a joui ; et cette réputation était si grande, qu'après sa mort, les magistrats de la ville de Bologne honorèrent sa mémoire par une statue qu'ils firent placer dans l'auditoire de médecine : elle

lui était ressemblante, et pour faire connaître à la postérité la méthode qu'il avait longuement et minutieusement exposée dans son ouvrage, on lui a mis un nez dans la main.

On a pensé que la doctrine que Taliacot enseigne dans son livre n'est point fondée sur sa propre expérience, et l'on a été jusqu'à dire que ce médecin n'a point mis la main à l'œuvre, et qu'il n'a refait jamais un seul nez. Mais outre que Taliacot dit lui-même avoir pratiqué cette opération, on trouve parmi ses contemporains des témoins oculaires qui vantent ses succès ; tels sont Jacques Horstius, Ulmus, Thomas Fienus, Fortunatus, Licetus, Cortesi, etc.

Quoique la méthode de Taliacot ait fait beaucoup de bruit dans le principe, et qu'elle ait eu l'assentiment des médecins et des chirurgiens de cette époque, néanmoins elle a été peu pratiquée, ou du moins on n'en trouve qu'un petit nombre d'exemples dans les auteurs. Ambroise Paré cite un cas où cette méthode a été employée avec succès. En parlant de la manière de refaire les nez par la méthode de Taliacot, il dit : « Nous avons de ce témoignage d'un gentilhomme nommé le Cadet de Saint-Thoan, lequel ayant perdu le nez, et porté longtemps un nez d'argent, se fascha pour la remarque, qui n'était sans une risée, lorsqu'il estoit en compagnie. Et ayant ouy dire qu'il y avoit en Italie un maistre refaiseur de nez perdus, s'en alla le trouver, qui lui refaçonna en la manière que dessus, comme une infinité de gens l'ont vu depuis, non sans une grande admiration de ceux qui l'avoient cogneu auparavant un nez d'argent. » Paré ne dit point avoir vu ce gentilhomme, ni par qui son nez avait été refait, mais la chose ne lui paraît pas impossible. Toutefois elle lui semble fort difficile et fort onéreuse au malade, tant pour la peine de tenir la tête liée longtemps au bras, que pour la douleur des incisions faites aux parties saines. Fabrice de Hilden, cent. III, obs. 31, rapporte qu'en 1593, son maître Jean Griffon, chirurgien à Lausanne, pratiqua la méthode de Taliacot sur une jeune fille à qui deux soldats qui voulaient lui faire violence, irrités de sa résistance, avaient coupé la partie cartilagineuse du nez. Fabrice dit que la restauration de cet organe fut si heureuse qu'elle faisait l'admiration de tout le monde, et que l'on distinguait à peine si le nez était dans son état naturel, ou s'il avait été réparé artificiellement. Cette fille vivait encore en 1613 ; depuis l'opération, il n'était survenu autour de son nez aucun changement remarquable ; seulement pendant l'hiver, lorsque le froid était très-ri-

goureux, le bout de cet organe devenait un peu livide; du reste, il avait de la sensibilité, et se nourrissait comme les autres parties du corps. Lorsque Griffon fit cette opération, l'ouvrage de Taliacot n'avait pas encore paru, puisqu'il n'a été imprimé qu'en 1597; mais le chirurgien suisse avait eu connaissance de la méthode du professeur de Bologne, par la relation d'un voyageur italien qui passait à Lausanne, et auquel Taliacot avait refait un nez. Ce fut donc d'après le simple récit de ce voyageur que Griffon, conduit par son génie, pratiqua cette opération de la même manière que Taliacot l'a décrite dans son ouvrage. Cet exemple, rapporté par Fabrice, de la méthode de Taliacot exécutée avec succès, est un des mieux avérés et des plus remarquables que l'on connaisse; car la plupart des autres auteurs qui ont fait mention de cette opération, et qui l'ont adoptée, en parlent comme d'une chose sur la réalité de laquelle il ne peut y avoir aucun doute; mais ils ne disent pas l'avoir pratiquée eux-mêmes, ou l'avoir vu pratiquer par d'autres.

Il serait aussi ennuyeux qu'inutile d'exposer dans tous ses détails la méthode de Taliacot; il suffira d'en indiquer les principales circonstances. On soulève plusieurs fois avec les doigts la peau du bras devant le muscle biceps, afin de la rendre plus mobile, puis on la serre entre les deux branches larges, plates et fenêtrées d'une pince; on plonge un bistouri au travers de la portion que la fenêtre laisse à découvert, et on l'incise dans toute l'étendue de cette fenêtre. Alors on passe une bande suffisamment large dans la plaie, on enlève la pince avec précaution, et on tire tous les jours la bandelette comme un séton. Lorsque l'espèce de pont que forment les téguments est devenu assez ferme et assez fort par l'emploi des répercussifs, des antiphlogistiques, des astringents et autres remèdes semblables, et que tous les symptômes d'irritation ont disparu, ce qui a lieu généralement vers le quinzième jour, on coupe ce pont en travers à sa partie supérieure. Quand cette incision est faite, on rabat ce lambeau, qui ne tient plus que par sa base, et on fait cicatriser la place le plus promptement possible.

Lorsque le lambeau de peau est bien cicatrisé et sec, on procède à son application. Après avoir bien rasé les cheveux et la barbe, on revêt le malade d'une espèce de camisolle garnie d'un capuchon qui lui enveloppe parfaitement la tête, et on applique le bandage très-compliqué qui doit maintenir le bras contre la figure. Ensuite on ôte le

bandage qu'on rejette sur le dos; on scarifie le moignon du nez de manière à produire une surface unie, saignante partout, et de forme triangulaire, et on détache avec des pinces tranchantes ce que le bistouri ne peut atteindre. Après quoi on applique sur la plaie un morceau de papier, qu'on taille de manière à lui donner exactement la même forme qu'elle. On applique ce modèle sur le lambeau de peau du bras, qu'on rafraîchit aussi du côté interne, et auquel on donne la forme et la grandeur du papier. Enfin on procède à la coaptation: on garnit d'abord la pièce de rapport, et en second lieu le moignon du nez de fils cirés en nombre suffisant, et qui se correspondent bien; ensuite on lève le bras vers la tête, on noue les fils ensemble et on pose le bandage.

Lorsque le nouveau nez adhère bien au moignon, ce qui a lieu presque toujours vers le vingtième jour, on enlève le bandage et le capuchon, tandis que des aides assurent le bras, et on excise le lambeau à sa base avec un bistouri. Au bout de quinze jours, temps où le nouveau nez commence à prendre de la force, on glisse au-dessous des tentes enduites d'onguent diapompholix, et on le couvre de cérat et de substances balsamiques. On mesure ensuite avec un compas le tiers de la hauteur du visage, ce qui donne la longueur commune du nez: on dessine avec de l'encre la pointe, le bord inférieur des ailes et de la cloison de celle-ci; puis avec un bistouri bien tranchant, on taille la cloison par une incision droite et les ailes par des incisions courbes, et on introduit des tentes imbibées de blanc d'œuf dans les narines. Tout est cicatrisé ordinairement du vingtième au quarantième jour, et on peut alors procéder à la formation de la cloison. On scarifie le moignon du *septum* avec un bistouri particulier, plutôt trop que pas assez profondément; on agit de même sur la nouvelle cloison, et on coud les deux parties ensemble avec des aiguilles courbes. On peut communément retirer les fils au bout de quatre jours. A cette époque le nez commence toujours à être plus solide, plus vivant et plus semblable au reste du visage: on peut donc s'occuper de lui donner une forme encore plus parfaite. On place dans les narines des tuyaux bien travaillés, d'abord en plomb, puis en argent ou en or, et sur le nez un couvercle de la même substance, qui peut être doublé en drap pendant l'hiver; on assujettit bien ces tubes et le couvercle ensemble; et le malade doit les porter durant deux années, quoiqu'il puisse s'en abstenir pendant le jour et par un

temps chaud. Il est surtout très-salutaire d'exposer fréquemment le nouveau nez aux rayons du soleil qui contribuent à lui donner la couleur naturelle.

Telle est la méthode de Taliacot. Cette méthode a trouvé parmi les contemporains du professeur de Bologne un grand nombre de partisans très-zélés, et dont quelques-uns même l'ont pratiquée avec succès. Mais après la mort de Taliacot, il s'est élevé contre elle beaucoup de détracteurs qui l'ont entièrement rejetée. Enfin elle était entièrement abandonnée, et n'était plus connue qu'historiquement, lorsque, en 1816, M. Græfe, chirurgien en chef de l'Institut clinique de Berlin, a cherché à la faire revivre. Mais il lui reproche avec raison son excessive longueur; et, pour obvier à cet inconvénient, il a suivi le conseil, donné déjà longtemps avant lui par Reneaulme (1), de ne point attendre que le lambeau de la peau du bras soit cicatrisé, mais de l'unir au moignon du nez aussitôt qu'il est taillé: il a appelé méthode *allemande* cette correction, d'après laquelle lui et plusieurs de ses élèves ont opéré avec succès. Du reste, M. Græfe exécutant l'opération à peu près comme Taliacot, il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet. Ceux qui seront curieux de connaître ces détails pourront consulter l'ouvrage publié par le professeur de Berlin, sous le titre de *Rhinoplastik*, ou *l'Art de remplacer d'une manière organique la perte d'un nez, éclaircie d'après l'expérience, et perfectionnée d'après de nouveaux procédés*; in-8° avec six planches; Berlin, 1818. Le docteur Hecker a traduit cet ouvrage de l'allemand en latin.

Dans la seconde méthode pour réparer les nez perdus, on emprunte au front, comme nous l'avons dit précédemment, la portion de peau dont on veut se servir pour faire un nouveau nez. Ce mode de restauration du nez est, dit-on, en usage de temps immémorial dans les Indes, où il se transmet de père en fils dans certaines familles ou castes: aussi lui a-t-on donné le nom de méthode *indienne*. Cette méthode a été apportée des Indes orientales en Europe, il y a environ trente ans. On publia effectivement, en 1794, dans un journal imprimé à Madras, qu'un artiste du Pounah avait taillé un nouveau nez dans la peau du front d'un Indien mutilé par ordre du sultan Tippoo-Saïb,

(1) *Hist. de l'Acad. royale des sciences*, 1719, p. 29.

et que ce nez était tellement solide et doué de vie, que l'opéré pouvait se moucher et distinguer les odeurs. Thomas Pennant, qui fit connaître ce fait en Angleterre, annonça seulement d'une manière très-générale qu'on détachait la peau et les muscles du front au moyen de trois incisions, et que quand la cloison manquait, on y suppléait par quelque invention ingénieuse.

Deux médecins anglais, Thomas Findlay et Jacques Crusco, qui avaient vu faire plusieurs fois l'opération à Bombay, par un chirurgien mahratte, la décrivent, à peu près dans le même temps, d'une manière plus précise. Le Mahratte figurait avec une plaque mince de cire un nez qu'il appliquait sur le moignon; ensuite il aplatissait ce modèle, le collait renversé sur le front, et taillait, en suivant ses contours, un lambeau de peau qui ne tenait qu'à un étroit pédicule entre les deux yeux; alors il détruisait la cicatrice du moignon, pratiquait au haut de la lèvre supérieure deux incisions pour les ailes du nez, retournait le lambeau frontal, l'ajustait avec soin, et fixait tant les parties latérales que les ailes et la cloison avec des ligatures. Quant à la plaie du front, il la traitait avec différentes substances terreuses et grasses; et, vingt-cinq jours après l'opération, il coupait la bande de peau ménagée à la racine du nez entre les sourcils. Ces nez artificiels, disent les rapporteurs, sont très-solides, et diffèrent peu des nez naturels. La cicatrice du front s'aperçoit à peine au bout de quelque temps.

La méthode *indienne* fut mise en pratique à Londres, par un chirurgien nommé Lucas, en 1803, mais sans succès. M. Carpue, après s'être exercé un grand nombre de fois sur les cadavres, l'entreprit pour la première fois en 1814, sur un homme qui avait perdu la pointe, la cloison et les cartilages du nez, par l'effet d'une maladie vénérienne; il suivit en tous points la marche des Hindous. Au bout de trois jours la réunion était parfaite, mais le nouveau nez était flasque, et se soulevait à chaque expiration. Toutes les ligatures furent supprimées le sixième jour. Un écart de régime donna lieu à la séparation d'une aile du nez dans une petite étendue, mais l'opérateur remédia bientôt à ce léger accident. Au bout de quatre mois, il coupa le pli de la peau à la racine du nez, et réunit la plaie par un point de suture. Le résultat de l'opération fut, à ce qu'il assure, un nez assez semblable à celui que la nature nous accorde.

M. Carpue suivit le même procédé dans un autre cas où le nez n'é-

tait coupé qu'à moitié, et où la cloison existait encore; seulement il rendit les bords de cette dernière saignants, et la réunit à la nouvelle portion qu'il était obligé d'ajouter. Mais comme toute la joue avait été enlevée aussi, l'issue de l'opération fut moins heureuse, et comme il ne manquait que la moitié de l'ancien nez, l'opérateur avait fait le nouveau trop gros; il fut donc obligé de retrancher un lambeau oblong de ce dernier, et il réunit les bords de la plaie par la suture entortillée. A l'époque de la publication du livre de M. Carpue, dans lequel ces observations sont décrites, il avait encore la narine à former.

Ce livre parut en 1816, et l'année suivante M. Graëfe pratiqua avec succès la méthode indienne à Berlin. A peu près dans le même temps, cette méthode était mise en usage à Munich par le docteur Reiner, qui avait assisté en Angleterre à la seconde opération de M. Carpue.

En France, M. Delpech, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, est le premier qui ait fait cette opération. Le succès de sa première tentative lui procura bientôt les occasions de la renouveler plusieurs fois, en attirant auprès de lui un assez grand nombre de personnes qui avaient perdu le nez. Aussi de tous les chirurgiens qui ont pratiqué cette restauration du nez, M. Delpech est-il celui qui l'a faite le plus souvent, et avec le plus de succès. Cet habile chirurgien a fait subir au mode opératoire des Indiens des modifications importantes, qui le rendent plus sûr et plus propre à remplir l'objet que l'on se propose. Nous n'entrerons point dans le détail de ces modifications. Ceux qui seront curieux de les connaître pourront consulter le second volume de l'ouvrage de M. Delpech, intitulé : *Chirurgie clinique de Montpellier*, etc. Toutefois je crois devoir donner le précis d'une observation de rhinoplastique, pratiquée avec succès par M. Delpech, le 4 juin 1823, et qui est, je pense, la première de ce genre faite par ce chirurgien. Le sujet de cette observation est un jeune homme, âgé de vingt et un ans, qui avait en toute la portion molle du nez et la plus grande partie du cartilage de la cloison des fosses nasales détruites par un ulcère vénérien; l'opération fut pratiquée de la manière suivante.

Le malade étant assis sur un siège solide, la tête appuyée et fixée contre la poitrine d'un aide, on traça avec de l'encre les incisions par lesquelles il convenait de rafraîchir le contour de la brèche du

nez et de préparer la place que devaient occuper les bords du lambeau destiné à la réparer. On découpa ensuite un patron de papier selon la forme que devait avoir la portion de peau à greffer, pour remplacer les parties détruites; et, renversant ce patron sur le front, et le transposant d'un côté à l'autre, on le dessina avec de l'encre. Le front étant peu découvert, il fallut anticiper un peu sur le cuir chevelu, pour y prendre la portion destinée à représenter le bord inférieur de la cloison du nez.

Tout étant ainsi disposé, on fit au contour de la brèche les incisions tracées, et l'on emporta seulement les cicatrices en dédolant, de manière à augmenter d'autant les surfaces sur lesquelles il convenait d'adapter le lambeau. Ce dernier fut disséqué alors avec assez de soin pour lui conserver toute l'épaisseur possible, sans néanmoins dénuder l'os frontal. Cette portion de peau avait la forme d'un *as de pique* renversé; la petite portion destinée à simuler la cloison du nez répondait à la queue du pique, et sa pointe était représentée par le pédicule du lambeau, qui se prolongeait entre les deux sourcils et l'angle interne des deux yeux. Ce prolongement fut poussé jusqu'au point où le renversement et la torsion du lambeau peuvent être faits sans efforts. Ce renversement étant opéré, trois aiguilles courbes, portant chacune un fil simple, furent passées au travers de l'extrémité du petit prolongement destiné à figurer le bord inférieur de la cloison, et autour de la perte de substance qui avait été pratiquée d'avance au point central du bord fixe de la lèvre supérieure; et ces trois points de suture ayant été serrés, cette portion centrale du bas du lambeau se trouva juxtaposée, et fixa le reste. Quatre points de suture semblables furent placés sur chaque côté du lambeau, et serrés ensuite successivement: ils en coaptèrent exactement tout le contour, à l'exception du point supérieur formé par le pédicule. Partout le rapport de l'épaisseur des parties se trouva exact, et leur coaptation fut parfaite, sans aucun autre moyen particulier.

Pendant toute cette partie de l'opération, la plaie du front avait été tenue couverte d'une pièce d'amadou; elle fut pansée alors avec une nouvelle pièce de la même substance, de la charpie, quelques compresses et une bande.

Nous ne suivrons point l'auteur dans le détail des circonstances tant naturelles qu'accidentelles dont cette opération a été accompagnée, ni dans celui des moyens qui ont été employés pour en assurer le suc-

cès. Nous nous bornerons à dire : 1° que la réunion étant faite partout le sixième jour, on supprima tous les points de suture; 2° que le neuvième jour tout étant en bon état, on coupa le pédicule du lambeau au niveau de l'endroit où se terminait la mutilation du nez; que l'excédent conservé vers le front fut relevé et logé dans la partie déclive de la plaie entre les sourcils; que le côté opposé de la section fut adapté au dos de la portion restante du nez, où l'on fit une section récente, et que les parties furent maintenues par trois points de suture; 3° que dès le dix-neuvième jour, le contour des narines commença à s'arrondir, et que l'on favorisa cette disposition en y maintenant engagés des petits cônes creux d'ivoire, fixés à un lien qui s'attachait derrière la tête; 4° enfin que la portion de peau empruntée au front, qui, dans les premiers jours, était molle, sans consistance, et paraissait seulement propre à former une sorte de valvule devant l'ouverture des fosses nasales, s'est épaissie, élevée peu à peu, et a pris la forme et la densité d'un nez fourni de ses cartilages (1).

Telles sont les deux méthodes que l'on peut employer pour la restauration des nez mutilés : de ces deux méthodes, la dernière, c'est-à-dire celle où l'on emprunte au front la portion de peau qui doit servir à réparer le nez perdu, est infiniment préférable à l'autre. Les raisons sur lesquelles cette préférence est fondée sont si palpables qu'il serait inutile de les exposer en détail. Mais quelle que soit la méthode à laquelle on donne la préférence, on conçoit que le procédé opératoire doit être modifié, selon que le nez à réparer a été entièrement détruit, qu'il a conservé ses os propres, ainsi que la peau qui les couvre, ou qu'il n'a perdu qu'une de ses ailes : on conçoit aussi que les résultats de l'opération doivent être différents dans ces différents cas, et qu'on a beaucoup plus d'espoir d'obtenir une imitation exacte du nez dans les deux derniers que dans le premier (2).

(1) *Revue médicale*, ann. 1824, t. II, p. 182.

(2) On a pensé, mais à tort, que Celse avait parlé de la restauration du nez lorsqu'il dit qu'il faut prendre la peau des parties voisines pour remplacer les parties manquantes du nez, *curta*. Il paraît certain, par la comparaison de son texte et de celui de Galien, qu'il n'a voulu parler que des pertes de substance peu considérables faites au nez. La meilleure preuve en faveur de mon opinion est que l'opération indiquée par Celse n'est applicable qu'aux cas de ce genre, et

On dissimule la difformité qui résulte de la perte du nez en plaçant sur le siège que cet organe occupait un nez postiche, imitant parfaitement le nez naturel. On peut fabriquer ce nez en carton, en bois léger, en cuir, en toile, ou en argent; mais cette dernière substance est préférable aux autres, qui ont l'inconvénient de s'emparer de l'humidité, de se gonfler, de s'amollir et de se déformer plus ou moins. Le nez d'argent doit être mince, afin qu'étant moins pesant, il soit maintenu en place plus facilement et plus solidement. Il est essentiel qu'il ait la grandeur, la forme et la couleur du nez détruit, sans quoi il serait lui-même un objet de difformité. Il doit être fixé solidement, et de manière que ses bords et leurs lignes de contact avec la peau soient parfaitement dissimulés. Or, rien n'est plus propre à remplir cet objet que des lunettes dites temporales, à un segment du cercle desquelles son sommet doit être soudé avec art. Les parties de ces lunettes qui s'appliquent sur les tempes doivent agir avec assez de force pour qu'elles ne se déplacent point.

Lorsque les nez artificiels d'argent, soudés à des lunettes temporales, sont bien faits, et surtout qu'ils sont colorés avec beaucoup d'art et de soin, ils imitent si bien le nez naturel que l'on s'y méprend aisément. J'ai connu un négociant de Paris qui avait eu toute la partie cartilagineuse du nez détruite par un ulcère vénérien, et qui en portait un d'argent soudé à des lunettes temporales. Ce nez postiche était fait avec tant de perfection, que la première fois que je vis ce négociant, ignorant qu'il avait eu le nez détruit, je causai avec lui à une très-pe-

---

qu'elle ne peut être établie en règle générale pour tous les cas de perte entière du nez.

Indépendamment de la rhinoplastie générale, c'est-à-dire de la rhinoplastie pour la perte complète du nez, on peut faire des rhinoplasties partielles. Ainsi, quand la sous-cloison manque, on peut prendre un lambeau convenable à la lèvre supérieure, et, le retournant de façon que sa face cutanée regarde en bas, l'unir par des points de suture aux parties du nez dont on a avivé les bords; puis on réunit les deux plaies de la lèvre par une suture entortillée, comme dans le bec-de-lièvre. Quand une portion d'une des ailes du nez manque, on peut emprunter un morceau de peau à la partie correspondante de la joue, et l'amener par glissement sur le nez, où on l'unir par des points de suture aux bords de la perte de substance que l'on a avivés.

tite distance, pendant près d'une demi-heure, sans m'apercevoir qu'il avait un nez artificiel.

La chose étant ainsi, il est infiniment probable qu'aujourd'hui les personnes qui auront perdu leur nez, pour peu qu'elles soient fortunées, hésiteront à se soumettre, pour la restauration de leur nez, à une opération longue, douloureuse, dont le succès est incertain et qui a été quelquefois suivie de la mort des malades, et qu'elles s'en tiendront à un nez postiche qui, comme nous venons de le dire, lorsqu'il est bien fait, réunit, à l'avantage d'une grande ressemblance et d'une illusion parfaite, la commodité de l'usage et du port. Mais la rhinoplastique sera toujours une ressource précieuse pour les personnes qui n'auront pas les moyens de se procurer un nez artificiel bien fait et surtout pour celles qui seront obligées de se livrer à des travaux rudes et pénibles, pendant lesquels le nez postiche pourrait se déplacer. Ainsi on ne saurait trop louer les travaux et le zèle des chirurgiens qui se sont occupés du perfectionnement de cette opération.

— Les narines peuvent être rétrécies ou tout à fait oblitérées; le rétrécissement et l'oblitération des narines sont rarement congénitaux. Ils proviennent ordinairement de l'ulcération de leur circonférence, causée par la brûlure, la gangrène, la petite vérole, etc. Dans ces cas, on peut prévenir le rétrécissement de ces ouvertures par des corps dilatants, ou en y tenant, longtemps même après la cicatrisation, des canules de gomme élastique, d'or, d'argent ou d'étain. Mais lorsque ces moyens ont été négligés ou omis, l'ouverture de la narine se rétrécit à mesure que sa circonférence se cicatrise. Si le rétrécissement est médiocre, il n'en résulte qu'une simple et légère difformité, qui n'exige aucun soin chirurgical. S'il est considérable, outre la difformité plus grande qui en provient, l'air éprouve de la difficulté pour entrer dans les fosses nasales et pour en sortir; il produit un sifflement incommode, la respiration est fatigante, surtout pendant la nuit; le timbre de la voix est altéré. On dit alors vulgairement que les malades *parlent du nez*, bien qu'au contraire, comme le fait observer Haller, l'altération de la voix tiende à ce qu'ils ne peuvent point parler *par le nez*.

La simple introduction d'un corps dilatant serait insuffisante pour redonner aux narines rétrécies leur grandeur naturelle; il faut alors recourir à l'instrument tranchant, et s'y prendre ainsi: le malade est

assis et a la tête appuyée contre la poitrine d'un aide; le chirurgien enfonce dans la narine la lame étroite d'un bistouri dont le tranchant est tourné en devant; en retirant l'instrument, il incise jusque derrière le globe du nez; il introduit de nouveau le bistouri, en dirigeant le tranchant en arrière, et ouvre postérieurement la narine jusqu'à la base de la lèvre. En général, il y a peu d'inconvénient à faire une large ouverture, pourvu qu'on ne coupe ni le cartilage du nez antérieurement, ni la lèvre en arrière. Si l'ouverture est excessivement étroite, on y introduit une sonde cannelée qui sert de conducteur à la lame du bistouri. L'incision étant achevée, on remplit la narine avec de la charpie, et si on a opéré des deux côtés, avant de tamponner les narines, on y place une canule pour laisser un passage à l'air; on ajoute au pansement quelques compresses et un bandage convenable. L'inflammation qui survient ordinairement cède à l'emploi des émoullients. Le troisième ou le quatrième jour, on lève l'appareil; on porte dans la narine une tente enduite de cérat, et lorsque l'inflammation a cessé, que la suppuration est bien établie, on substitue à la tente une canule de gomme élastique, d'or, d'argent ou d'étain, dont on continue l'usage pendant plusieurs mois après que la circonférence de la narine est cicatrisée. Cette précaution assure le succès de l'opération, en prévenant la coarctation de la narine qui aurait lieu infailliblement.

Quant à l'oblitération des narines, elle peut dépendre de l'adhérence des bords de cette ouverture entre eux, ou de celle de l'aile du nez avec la cloison. Comme il est important, avant d'en venir à l'opération, de connaître jusqu'où va la cohésion des parties, on ordonnera au malade de fermer exactement la bouche et la narine libre (s'il n'y a occlusion que d'un côté), et de faire un effort d'expiration: l'air chassé des poumons, et pressé dans les fosses nasales, écarte les parois du nez jusqu'à l'endroit où s'arrête l'adhérence, dont il fait facilement connaître l'étendue. Si l'air parvient jusque près de la base du nez, on connaît que l'adhérence est superficielle, et qu'elle peut être incisée facilement. Quand l'adhésion des parois du nez est profonde, l'opération présente plus de difficultés: cependant on sait jusqu'où il faut couper pour arriver à la cavité dans laquelle on est d'ailleurs sûr de parvenir. Mais si l'air ne soulève point les ailes du nez, ou n'y pénètre point du tout, l'opération est bien plus difficile: encore n'est-on pas sûr d'arriver au but. Aussi, quand on entreprend cette opération, il faut faire connaître au malade toute l'incertitude de son résultat.