

## RHINOPLASTIE.

La *rhinoplastie* est l'art de refaire le nez, c'est-à-dire de remédier aux pertes de substance plus ou moins étendues que présente cet organe. Cette opération semble avoir pris naissance dans l'Inde, où son origine se perd dans l'antiquité la plus reculée. Vers le quinzième siècle, Branca imagina en Italie un procédé nouveau, dont Tagliacozzi (de Bologne), à la fin du seizième siècle, se fit le défenseur et qu'il mit à exécution avec des succès remarquables. Néanmoins cette opération tomba bientôt dans le plus profond oubli ; partout elle fut traitée de fabuleuse, jusqu'à l'époque où Carpue (1816) et de Græfe (1818) vinrent la remettre en honneur. Depuis cette époque, Delpech, Dupuytren, Lisfranc, Lallemand, Moulard, Thomassin, Blandin, Larrey, Velpeau, Jobert, Michon, Nélaton, Bouisson, Ollier, etc., en France ; Travers, Dieffenbach, Motter, Phillips, etc., à l'étranger ; ont varié et perfectionné les méthodes et les procédés.

**Indications de l'opération.** La *rhinoplastie* est applicable toutes les fois que le nez a été détruit en totalité ou en partie par un *lupus*, les *scrofules*, la *syphilis*, une *brûlure*, un *cancer*, une *blessure par arme à feu*, ou par un *instrument tranchant*, une *congélation*. Les difficultés inhérentes à l'opération varient en raison de l'étendue de la perte de substance : lorsque les os propres du nez et le cartilage de la cloison sont intacts, on a de grandes chances de rendre à l'organe sa forme générale et ses fonctions. Dans le cas contraire, les difficultés à vaincre sont parfois telles, qu'il est plus raisonnable de s'abstenir d'une opération sanglante et de recourir à l'emploi d'une pièce artificielle.

Les procédés de *rhinoplastie* se rattachent à trois méthodes principales :

1° La *méthode italienne*, qui emprunte le lambeau réparateur au bras du patient. Cette méthode est abandonnée, parce que l'immobilisation du bras sur la tête est pour la plupart des malades un véritable supplice.

2° La *méthode indienne* (fig. 199), qui consiste dans la formation d'un lambeau que l'on prend dans une région plus ou moins rapprochée de la partie à réparer, et que l'on renverse de manière à mettre sa face saignante en rapport avec les bords de la solution de continuité préalablement avivés. Cette méthode comprend elle-même deux procédés, suivant qu'on imprime au pédicule du lambeau une *torsion* (*procédé indien*), ou qu'on *incline* simplement ce pédicule (*procédé français* de la méthode indienne).

3° La *méthode française* (fig. 200 et 201, p. 298) consiste à prendre un lambeau aussi près que possible de la solution de continuité à réparer, de telle sorte qu'un des bords du lambeau fait partie du pourtour même de la solution de continuité et que la base de ce lambeau, continue avec les téguments voisins, large, bien pourvue de vaisseaux, n'est ni contournée ni tordue, et par conséquent nullement gênée dans ses conditions de circulation, circonstance favorable pour en prévenir la gangrène. De toutes les méthodes autoplastiques, c'est la *méthode française* qui admet le plus grand nombre de procédés. Si la perte de substance est peu considérable, un

seul lambeau suffit à la combler ; si elle est plus étendue, deux lambeaux opposés, attirés à la rencontre l'un de l'autre, sont préférables à un seul. En général, les lambeaux sont détachés par trois de leurs côtés, le quatrième formant la base adhérente ; quelquefois le lambeau n'est circonscrit que par deux incisions.

La *rhinoplastie totale* donne le plus souvent des résultats très-imparfaits qui ont été l'objet de critiques aussi vives que méritées. Les *restaurations partielles* donnent des résultats beaucoup plus satisfaisants ; elles exposent le malade à moins de dangers, parce que la vulnération est moins étendue.

**Méthode indienne. Procédé des Koomas** (voy. fig. 199). On simule d'abord un nez en carton ou en cire, en prenant l'empreinte de la portion mutilée : puis on applique ce patron sur la peau du front, la pointe en bas entre les deux yeux, et la base près de la racine des cheveux ; on en dessine ensuite la circonférence avec de l'encre et on taille sur ce modèle un lambeau dans la peau du front. Alors on renverse le lambeau, en le faisant *tourner* sur son pédicule, puis on l'amène sur la partie mutilée du nez, où on l'étale en l'appliquant exactement, la face cutanée du lambeau dirigée en dehors. Les bords de la brèche du nez ont été préalablement avivés, afin de mettre les surfaces saignantes en contact. Le lambeau est maintenu appliqué à l'aide d'un bandage contentif ou de quelques points de suture ; l'appareil est levé le quatrième jour ; le dixième, on place de petits tampons de toile fine, ou des bouts de canule en gomme (SS), dans les narines, pour maintenir celles-ci ouvertes. Le vingt-cinquième jour, les adhérences sont solides ; on *coupe* alors le pédicule et on ébarbe les bords du lambeau, s'il est besoin, pour régulariser la forme du nez. Dans les cas où la sous-cloison manque, on remplace celle-ci avec une languette de peau qu'on a ménagée dans le lambeau. Quant à la perte de substance du front (ACA), on en réunit les bords comme dans une plaie ordinaire, ou on la laisse suppurer ; en général elle se cicatrise assez vite sous l'influence de pansements simples.

Les procédés dits de *Carpue*, de *Græfe*, de *Delpech*, de *Blandin*, de *Dieffenbach* sont identiques au procédé dit des *Koomas*, sauf quelques modifications apportées à la formation et à la réunion du lambeau. Le procédé de *Lisfranc* mérite une mention spéciale ; il permet d'éviter la *torsion* du pédicule du lambeau : pour cela, on prolonge une des incisions latérales du lambeau, la gauche par exemple, beaucoup plus bas que la droite, et on fait glisser ensuite le pédicule par un mouvement de rotation. Cette mo-

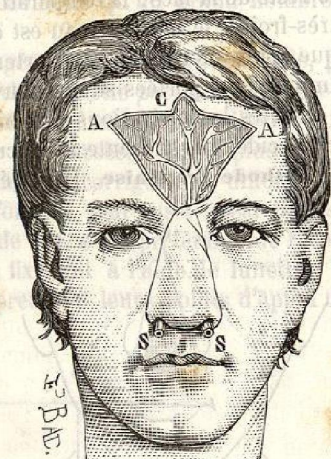


Fig. 199.

dification est souvent désignée sous le nom de *procédé français de la méthode indienne*.

Dans ces derniers temps, Ollier a tenté d'obtenir une régénération de toute pièce des os du nez, à l'aide du périoste frontal, détaché et laissé dans la partie supérieure du lambeau tégumentaire. Y a-t-il réellement, dans ces cas, régénération du tissu osseux; ou obtient-on simplement la formation d'un tissu fibreux, dur, résistant, entremêlé de quelques granulations d'apparence osseuse?

Quel que soit le procédé, il est de règle qu'après toutes les opérations de rhinoplastie par la *méthode indienne*, le lambeau devient pâle et froid; parfois il se sphacèle; dans d'autres cas, il devient bleuâtre, livide, se gonfle légèrement, ce qu'il est facile d'expliquer par la gêne qu'éprouve le retour du sang veineux. On combat avec succès ce dernier accident par l'application de sangsues, des cautérisations ponctuées, des lotions d'alcool camphré, d'infusion de camomille, des affusions froides. Après la guérison complète, souvent le nez présente une coloration plus pâle que le reste de la face; la température en est moins élevée; pendant les temps très-froids, le nez nouveau est exposé à la congélation. Enfin on a observé que quelques malades rapportent à la région où le lambeau a été taillé les impressions portées sur le nouveau nez.

Toutes les opérations de rhinoplastie exposent à l'érysipèle de la face; cet accident ne présente ici aucune indication spéciale.

**Méthode française.** Déjà décrite par Celse, elle fut remise en honneur

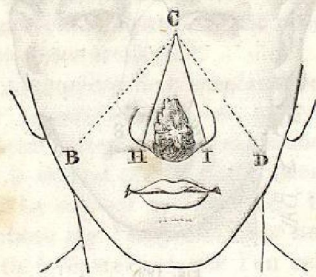


Fig. 200.

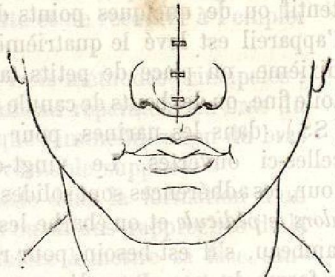


Fig. 201.

par Franco, pratiquée plus tard par Chopart: C'est surtout depuis les travaux de Larrey, Serre (de Montpellier), Ph.-J. Roux, Lisfranc, Gensoul, Blandin, Jobert, Denonvilliers, Nélaton, etc., qu'elle a été perfectionnée. Elle est particulièrement applicable aux restaurations *partielles*. S'il s'agit de restaurer la *sous-cloison*, on peut, à l'exemple de Dupuytren, utiliser la portion restante de la sous-cloison pour la refouler en arrière, en ayant soin de la maintenir placée horizontalement et de la réunir à la base de la lèvre supérieure; ou bien on taille un petit lambeau médian aux dépens de la lèvre supérieure. Les *ailes du nez* seront réparées avec un lambeau taillé aux dépens de la joue ou de la lèvre supérieure. Les figures 200 et 201 représentent, d'après Serre (de Montpellier), le manuel opératoire d'une

restauration du *lobule du nez* par la méthode française, au moyen de deux lambeaux pris sur les côtés du nez. On fait d'abord, sur la face dorsale du nez (fig. 200), deux incisions CB, CD, obliques de haut en bas et de dedans en dehors, de manière à circonscrire un espace triangulaire dans le milieu duquel se trouve l'ulcération. On enlève ensuite non-seulement toute la partie malade, mais encore une portion de peau saine, en complétant la perte de substance suivant le triangle CHI. On dissèque ensuite les lèvres CH et CI de la plaie, de façon à en rapprocher et à en affronter les bords par quelques points de suture entrecoupée (fig. 201).

**Hétéro-rhinoplastie.** Ducrochet rapporte que dans l'Inde on se sert de la peau de la fesse d'un esclave pour refaire le nez des personnages illustres. On commence par flageller avec un cuir flexible la région fessière, dans le but de rendre la peau plus souple et plus extensible. On taille alors aux dépens de la fesse un lambeau tégumentaire sur un modèle préparé à l'avance, et on l'applique sur la partie mutilée du nez. Les deux patients doivent rester dans l'immobilité. Malgré toutes les chances de succès que peut présenter une telle opération, nous doutons qu'un grand nombre de sujets se résignent à s'y soumettre.

**Appréciation.** La rhinoplastie, envisagée d'une manière générale, présente des avantages incontestables. La rhinoplastie *partielle* est devenue une opération usuelle, qui fournit souvent des résultats merveilleux; quant à la rhinoplastie *totale*, elle peut donner des succès, mais le plus souvent les résultats sont médiocres; en cherchant à corriger une difformité, on substitue communément une autre difformité tout aussi apparente, souvent plus déficiente. Dans beaucoup de cas, il est préférable de recourir à l'emploi d'une pièce artificielle, qu'on fixe soit à l'aide de lunettes, soit à l'aide de mécanismes spéciaux qui prennent leurs points d'appui dans les fosses nasales elles-mêmes.

## SECTION XXIII.

## MALADIES DES FOSSES NASALES.

**1° Corps étrangers.** Le plus souvent, ils viennent du dehors: ce sont des graines de fruits, des pois, des haricots, des noyaux de cerise, de petites pierres, des fragments de bois, etc., que les enfants s'introduisent dans les narines en jouant; dans quelques cas, ils proviennent des voies digestives: telles sont des matières alimentaires rejetées par le vomissement. Le plus souvent, ils se trouvent au voisinage de l'ouverture des narines, quelquefois ils pénètrent plus profondément et vont se loger dans la partie postérieure des fosses nasales. Ils produisent des troubles variables