

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

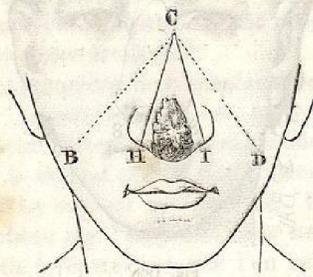


Fig. 200.

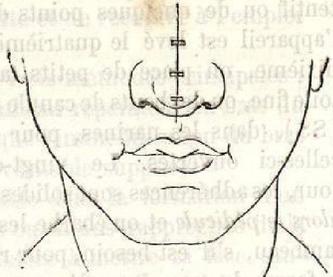


Fig. 201.

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 NATALES.

**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

et plus ou moins intenses, selon qu'ils sont plus ou moins volumineux, plus ou moins durs, que leur surface est plus ou moins lisse ou recouverte d'aspérités. Ils déterminent de la gêne dans les fonctions respiratoires et dans la phonation, une douleur souvent fort vive; s'ils séjournent longtemps, la sécrétion nasale ne tarde pas à devenir plus abondante, plus épaisse, sanguinolente et parfois franchement purulente; on constate alors une ulcération plus ou moins étendue de la membrane muqueuse. Certains corps peuvent subir des modifications remarquables. Boyer rapporte qu'on a pris une fois pour un polype un pois qu'un enfant avait introduit dans le nez; la méprise ne fut reconnue qu'après l'extraction du corps étranger, qui avait germé et poussé dix ou douze racines; d'autres fois ces corps étrangers s'entourent d'une couche calcaire plus ou moins épaisse et deviennent ainsi l'origine d'un véritable calcul. Il est encore une autre classe de corps étrangers des narines, désignés sous le nom de *rhinolithes*, qui semblent se former d'emblée dans les fosses nasales: ces productions sont tantôt uniques, tantôt multiples; leur volume est variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une noisette ou même d'une noix; les unes sont très-dures, d'autres s'écrasent avec la plus grande facilité. Le plus souvent leur surface est inégale, hérissée d'aspérités. La composition chimique en est variable; ils sont formés de mucus et de matière animale mélangés à des phosphates, des carbonates de chaux, de magnésie, de soude et parfois de chlorure de sodium.

Le plus souvent, il est assez facile de reconnaître la présence des corps étrangers des fosses nasales. Le récit du malade, les symptômes qu'il accuse, l'inspection de l'intérieur des narines par la vue simple ou avec un miroir réflecteur, l'exploration des fosses nasales avec une sonde de Belloc ou une sonde de femme, mettent à l'abri de l'erreur. Si le corps étranger occupait le voisinage de l'orifice postérieur des fosses nasales, on aurait recours au *miroir laryngoscopique*, d'après les procédés de *rhinoscopie* mentionnés par Czermak et Moura.

Les indications sont simples: retirer le corps étranger à l'aide d'une pince appropriée, d'une curette ou d'un levier; s'il est trop volumineux, le diviser en plusieurs fragments; on a vu quelquefois le corps étranger chassé brusquement par un effort de toux, un éternement violent. Si on ne peut retirer le corps étranger, on cherche à le pousser vers l'arrière-bouche, pour le précipiter dans le pharynx. Dans quelques cas, on pratique sur l'aile du nez ou sur le lobule un débridement qui facilite l'extraction. Une fois le corps étranger enlevé, on prescrit des injections légèrement astringentes pour tarir la sécrétion fournie par la muqueuse enflammée. S'il y a des ulcérations, on met en usage les différents moyens que nous indiquerons plus loin (voy. p. 307).

On a observé parfois à l'entrée des fosses nasales des corps *étrangers vivants*, des *larves d'insectes*, notamment de *diptères*, des *ascarides*, etc. On a vu aussi un *lombric*, rejeté par le vomissement, pénétrer par l'orifice postérieur des fosses nasales et sortir par la narine. Ces corps étrangers sont faciles à extraire; si les fosses nasales contenaient des *larves* ou des *asca-*

*rides*, des injections d'eau pure, d'une solution de sulfate de zinc et surtout de sublimé, en débarrasseraient facilement le sujet.

**2° Bosses sanguines de la cloison.** A la suite d'un coup violent appliqué sur le nez, il se fait parfois un épanchement sanguin sous la pituitaire qui recouvre la cloison. On constate alors l'existence d'une tumeur de couleur noirâtre, plus ou moins volumineuse, molle, élastique, parfois fluctuante; rarement la tumeur occupe les deux fosses nasales à la fois, à moins qu'il n'y ait une déchirure de la cloison. Ces bosses sanguines peuvent atteindre un volume assez considérable pour s'avancer vers l'ouverture des narines et mettre obstacle à l'entrée de l'air. Le traitement n'offre aucune indication spéciale; la résorption du foyer sanguin se fait en général rapidement sous l'influence de l'application de compresses résolutes sur le nez; en cas contraire, on peut sans inconvénient ponctionner le foyer sanguin, au moyen d'un bistouri à lame étroite.

**3° Abscès de la cloison.** Ils se développent à la suite de contusions violentes du nez, notamment de celles qui produisent une bosse sanguine de la cloison; ou bien ils sont le résultat d'une altération de la cloison; parfois ils se forment spontanément, sans cause appréciable. Ils sont caractérisés par tous les phénomènes de l'inflammation: douleur, gonflement, chaleur et rougeur de la peau du nez. Ces abcès ont été pris souvent pour des polypes ou pour des tumeurs de mauvaise nature. On évite facilement l'erreur, en introduisant dans la narine un doigt qui permet de sentir la fluctuation, ou en explorant la narine à l'aide d'un stylet, avec lequel on constate que la tumeur est adhérente à la cloison par une large base, et non à la partie supérieure ou sur la paroi externe des fosses nasales, ce qui existe communément dans les cas de polypes. Ces abcès apportent une gêne plus ou moins considérable dans la respiration et la phonation; souvent ils sont le point de départ de lésions consécutives des os et des cartilages du nez (carie, nécrose, exfoliation). En général, ils perforent la cloison. On prévient cet accident, en pratiquant de bonne heure l'incision du foyer; si après cette opération la guérison se fait attendre, on a recours aux injections détersives, ou même à un séton passé à travers la cloison.

**4° Hémorragie nasale ou Epistaxis.** Elle est *spontanée* ou *traumatique*.  
**1° Epistaxis spontanée.** Elle est *idiopathique* ou *symptomatique*. Dans le premier cas, on l'observe le plus souvent pendant la jeunesse et l'adolescence, plus fréquemment chez les garçons que chez les filles; parfois elle est *héréditaire*, et alors il n'est pas rare d'observer des individus chez qui les épistaxis, souvent fort graves dans l'enfance, diminuent, puis disparaissent, à une époque plus avancée de la vie. Une constitution forte, le tempérament sanguin, un état pléthorique habituel, sont généralement regardés comme une prédisposition à l'hémorragie nasale. Enfin personne n'ignore l'influence des saisons, d'un régime excitant, de l'usage des boissons alcooliques. L'*épistaxis symptomatique* est plus fréquente dans l'âge mûr et la vieillesse. Il n'est pas rare d'observer des hémorragies nasales graves chez des sujets atteints de la diathèse que l'on désigne sous le nom de *hémorrhaphilie* (voy. t. I, p. 32). On observe en-