

Le lambeau en zig-zag, indiqué par v. Langenbeck, a l'avantage de permettre une suture presque complète de la plaie du front. Après que l'on a arrêté la forme qu'on veut donner au lambeau, on commence l'opération par l'avivement des bords de la perte de substance (fig. 94).

Si l'on prend le lambeau sur les parties latérales du front, on s'arrange toujours de façon à ce qu'un côté de la perte de substance triangulaire se continue directement avec un des bords du lambeau. Quand on aura rabattu le lambeau, ses deux bords seront suturés l'un à l'autre. L'incision suit les contours du modèle dessiné d'avance, et le lambeau est taillé de telle façon que son pédicule se trouve entre la par-

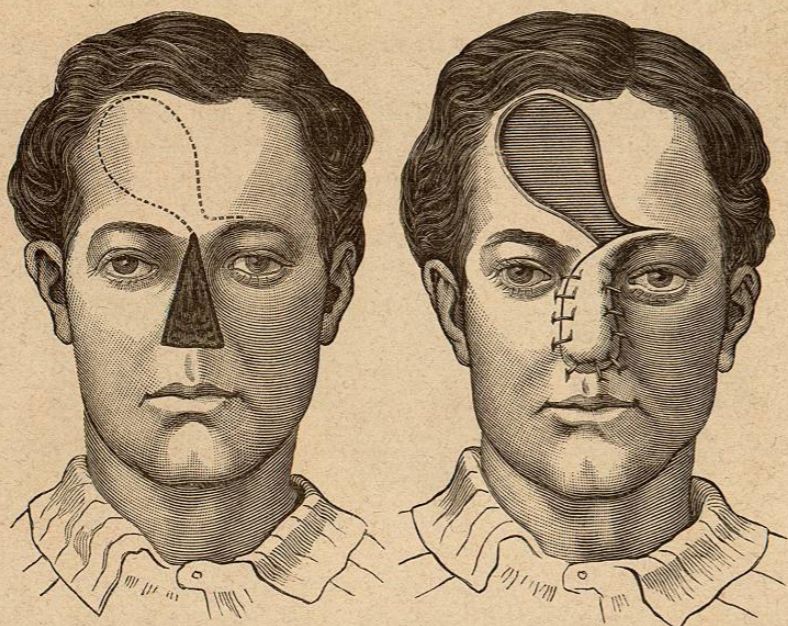


Fig. 94 a).

Fig. 94 b)

Rhinoplastie par lambeau frontal.

tie interne du sourcil et le sommet de la perte de substance à laquelle on a donné la forme d'un triangle. Une fois le lambeau séparé du périoste, on lui fait subir un mouvement de torsion (v. fig. 94 b).

Si la torsion du pédicule est trop prononcée, on peut faire une incision latérale dans l'épaisseur du sourcil (fig. 94 b). Les bords du lambeau sont ensuite soigneusement réunis à ceux de la perte de substance par des sutures à points séparés. Les deux petits lambeaux latéraux destinés à border les narines sont rabattus en dedans, de sorte que leur face cruentée s'applique contre la face cruentée (interne) du nez, et ensuite réunis par une suture en capiton. Le lambeau moyen, qui

doit former la sous-cloison du nez, est plié suivant sa longueur; les deux faces cruentées appliquées l'une contre l'autre sont réunies de même par une suture en capiton, et le sommet est fixé dans une incision transversale faite à la base du lobule médian de la lèvre supérieure. Les ailes du nez, la cloison et les narines présentent alors l'aspect figuré sur la fig. 95. On comprend facilement que plus la sous-cloison est solide, plus parfait sera le point d'appui qu'elle fournit au nez.

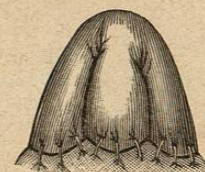
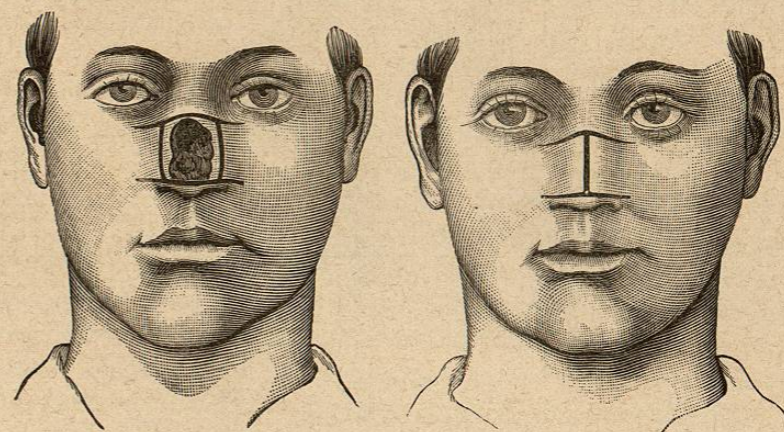


Fig. 95. — Résultat immédiat d'une rhinoplastie.

2) RHINOPLASTIE AVEC LA PEAU DE LA JOUE. — Les bords de la perte de substance, à laquelle on donne la forme d'un rectangle, sont avivés. De chaque côté de la perte de substance on taille et dissèque un lambeau quadrangulaire, en trapèze; les deux lambeaux sont ensuite suturés sur la ligne médiane, de sorte que la suture passe sur le dos du nouveau nez.



a)

b)

Fig. 96. — Rhinoplastie par lambeaux géniens.

On comprend facilement que la traction à laquelle sont exposés les deux lambeaux ne tardera pas à provoquer un aplatissement du nez. Cet inconvénient rend cette méthode inférieure à la précédente.

Les inconvénients sont encore plus grands dans la méthode que nous allons exposer.

3) RHINOPLASTIE AVEC LA PEAU DU BRAS. MÉTHODE ITALIENNE. — On utilise

dans ce procédé la peau du bras ou de l'avant-bras dans laquelle on taille un lambeau en trapèze dont un des côtés courts forme le pédicule. On plie le lambeau suivant son axe longitudinal et on suture ses bords longs aux deux bords de la perte de substance à laquelle on a donné la forme d'un triangle. Quand la réunion est opérée, on sectionne le pédicule et on façonne le nez dans le lambeau.

Ici, on peut procéder de deux façons. Ou bien, après la section du pédicule, on le laisse se cicatriser et se rétracter afin que le nez qu'on

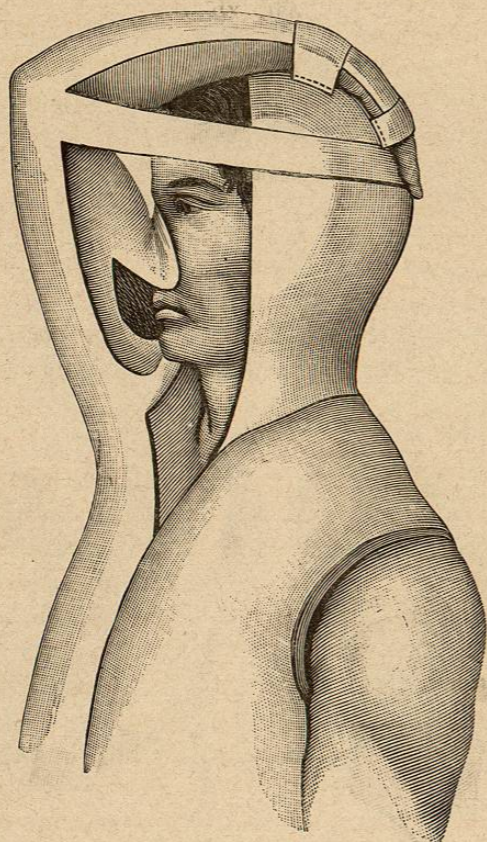


Fig. 97. — Rhinoplastie par la méthode italienne.

formera soit plus tard mieux à l'abri de la rétraction cicatricielle ; ou bien le lambeau une fois séparé du bras, on le façonne et on le suture séance tenante. Sans parler de ce que cette méthode présente de pénible en ce sens que le malade est obligé de porter pendant toute la durée de la cicatrisation (14 à 20 jours) un appareil peu commode qui lui fixe la figure contre le bras (fig. 97), la peau du bras diffère comme

pigmentation de celle du visage, de sorte que le nez nouveau tranche désagréablement sur la coloration uniforme de la figure.

Par conséquent, on s'efforcera toujours de prendre autant que possible le lambeau dans la peau du front, et on n'utilisera la peau du bras que dans les cas où on trouvera la peau du front ou des joues malade ou même suspecte.

Mais il faut savoir que même avec le lambeau frontal les résultats plastiques sont très incomplets. Au début le résultat paraît très beau, mais peu à peu le nez nouveau s'aplatit, se transforme en une boule informe qui surprend aussi bien le malade que son chirurgien. Aussi a-t-on imaginé un certain nombre de procédés destinés à empêcher cette déformation secondaire. Dieffenbach pratiquait la compression latérale du nez nouveau, mais sans aucun succès ; il en est de même de l'introduction d'une charpente métallique. On a donc dû avoir recours à des combinaisons de procédés plastiques.

Ainsi, Nélaton en France, v. Langenbeck en Allemagne, ont compris le périoste dans leurs lambeaux qu'ils taillaient le premier dans la joue, le second dans la peau du front. Seulement leur espoir de voir le périoste fournir au nouveau nez une coque osseuse ne s'est pas réalisé. Ollier et Verneuil ont alors cherché à former le nez avec une couche épaisse de tissus. Ils taillent d'abord un lambeau frontal médian qu'ils rabattent de telle façon que sa surface cruentée regarde en avant ; ils taillent ensuite dans la joue un lambeau suivant le procédé de Nélaton, le dissèquent et appliquent sa surface cruentée contre celle du lambeau frontal, et réunissent dans cette position. Ce procédé ne donna pas non plus de résultats satisfaisants, et il vint naturellement à l'idée de fabriquer un véritable squelette pour le nez nouveau. Ollier mobilisa donc un lambeau osseux composé d'un os nasal et de l'apophyse nasale du maxillaire, qu'il laissa en bas en communication avec le périoste, et le poussa sous le nez néoformé. Langenbeck de son côté redressa le squelette du nez effondré, et mobilisa un petit lambeau osseux qu'il poussa sous le nez nouveau. Toutes ces méthodes demandent encore à être perfectionnées.

Un procédé très original a été imaginé par Hardie. Pour donner un point d'appui solide au nouveau nez, il fit la transplantation d'une phalange sur la perte de substance. Ce procédé ne réussit guère. Tous les jours on signale de nouveaux procédés analogues.

Comme tous ces procédés échouent le plus souvent, on a pensé à insinuer sous le nez nouveau ou sous les nez effondrés une pièce prothétique destinée à relever le dos de l'organe. Dieffenbach la faisait faire en or, Galenzowski en plomb. Leisrink a obtenu de meilleurs résultats avec une pièce en ambre. Quand Leisrink a publié sa première observation, son malade se servait de cet appareil depuis six mois.

**TRAITEMENT POST-OPÉATOIRE.** — Le traitement post-opératoire de la rhinoplastie est fort simple. On surveille d'une façon particulière la circulation dans le lambeau transplanté. S'il est pâle, on le couvre d'une pièce de toile trempée dans l'huile d'olive ; s'il devient livide et turgescit, on fait des scarifications avec le ténotome ou on applique quelques sangsues. Les fils de sutures sont retirés au bout de 36 à 48 heures.

Quand la plaie du front est cicatrisée, on extirpe le pédicule par deux incisions elliptiques et on suture ensuite les lèvres de la plaie. On peut enlever de la même façon les bourrelets qui se forment par places à la suite de la rétraction irrégulière du lambeau. Si la sous-

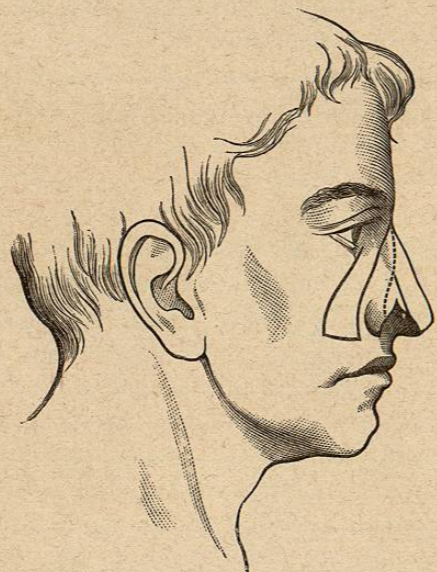


Fig. 98. — Rhinoplastie partielle (lambeau génien).

cloison ou les ailes du nez paraissent trop épaisses, on peut y exciser de petits coins de tissu et suturer ensuite les lèvres de la plaie.

Dans la rhinoplastie *partielle* quand il s'agira de refaire seulement le dos du nez, la sous-cloison, une aile, etc., on utilise la peau des parties voisines suivant la situation et les dimensions de la perte de substance.

Pour restaurer le dos et toute une moitié du nez, on utilise ordinairement la peau du front. On fait l'avivement des bords de la perte de substance et on taille sur le front un lambeau auquel on donne une forme appropriée. Quand il s'agit d'une perte de substance qui siège sur l'aile du nez, on prend le lambeau dans la peau de la joue ou de la lèvre.

Ce dernier procédé convient aussi aux cas dans lesquels on peut donner par l'avivement une forme quadrangulaire à la perte de substance. Comme le lambeau qu'on prend dans la lèvre possède une face muqueuse, il se prête admirablement à la restauration d'une aile du nez. La figure 98 montre le rétablissement de l'aile du nez à l'aide de la peau de joue ; dans la figure 99 on a utilisé, pour la même opération, la lèvre supérieure (procédé de Bonnet).

Quand il s'agit de faire une opération autoplastique sur le bout du nez, on peut combler la perte de substance avec un lambeau en coin taillé dans la peau du front ; si la perte de substance est moins étendue, on peut prendre sur la joue un lambeau à long pédicule. Quand

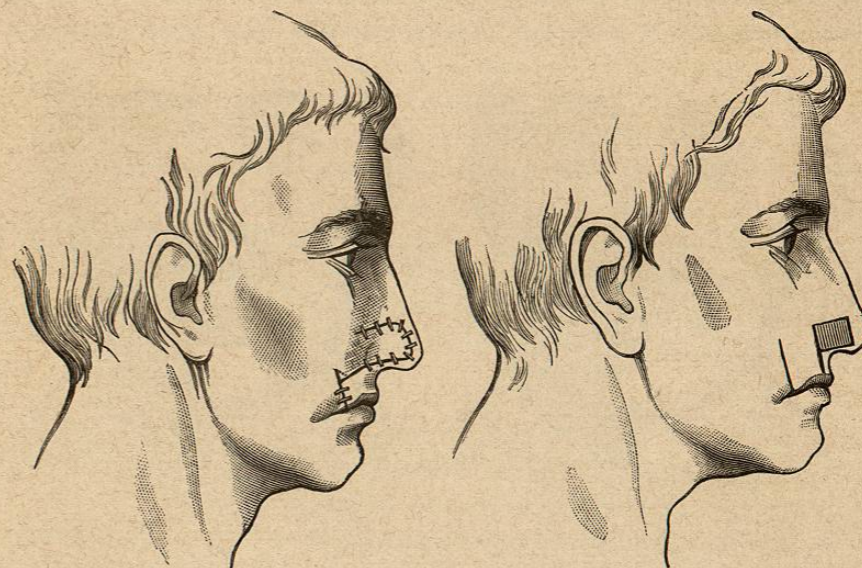


Fig. 99 a).

Fig. 99 b).

Rhinoplastie partielle (lambeau labial).

on a à faire une sous-cloison, on peut avoir recours à la méthode de Liston qui est la meilleure et en même temps la plus simple. On fait partir de chaque narine une incision verticale à travers toute l'épaisseur de la lèvre ; on coupe le frein de la lèvre, on enlève la muqueuse du tubercule médian ainsi circonscrit et on rabat le lambeau en haut de telle façon que sa face cutanée regarde la narine ; on le suture ensuite à la pointe avivée du nez. Tels sont les procédés principaux dont on se sert dans la rhinoplastie.

**Stomatoplastie.** — Étudions maintenant les opérations plastiques qui se pratiquent sur la bouche. Dans les rétractions cicatricielles de l'orifice buccal que nous avons déjà étudiées et qui s'accompagnent

de troubles de la parole et de la mastication, l'opération cherche moins un effet plastique que les moyens de remédier à un état qui n'est pas compatible avec la santé. L'opération est connue sous le nom de *stomatopoièse* ou *stomatoplastique*. Il s'agit d'éviter à tout prix la formation de nouvelles adhérences entre les commissures de l'orifice buccal restauré. Si l'on se contentait simplement de deux incisions, une de chaque côté du trou qui remplace l'orifice buccal, les lèvres de la plaie ne tarderaient pas de se réunir. Aussi a-t-on proposé de perforer la joue au point où l'on veut que se trouve ultérieurement la commissure et d'introduire dans l'orifice un fil de plomb autour duquel se fait la cicatrisation des bords de l'orifice. Cette dernière une fois terminée, on divise les parties qui se trouvent entre l'orifice buccal et le trou percé dans la joue. Ce procédé présente l'inconvénient d'être

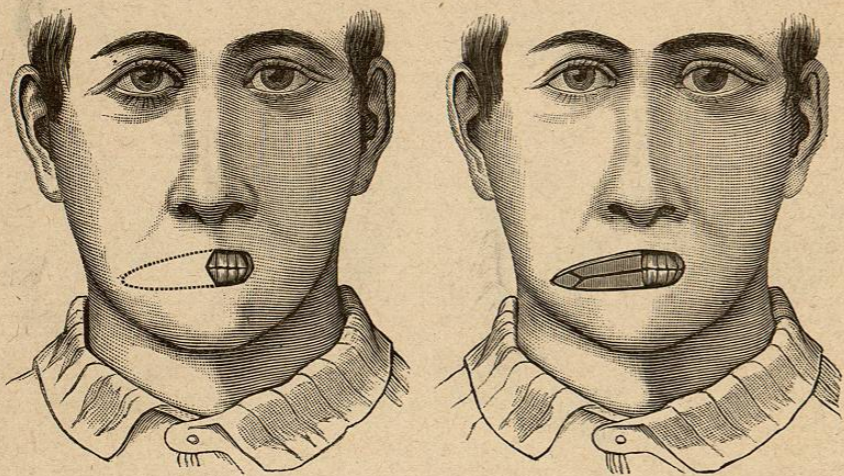


Fig. 100 a).

Fig. 100 b).

Stomatoplastie (procédé de Werneck-Dieffenbach).

très long. Werneck et plus tard Dieffenbach ont trouvé un procédé plus simple, qui consiste à faire l'incision et à border ensuite les lèvres de la plaie avec la muqueuse.

L'opération est conduite de la façon suivante : la branche pointue des ciseaux est poussée selon la bissectrice de la commissure labiale, entre la peau et la muqueuse, et conduite parallèlement à la surface de la joue jusqu'au point où doit se trouver la commissure que l'on veut former. On fait ressortir à ce niveau la pointe, et en fermant les ciseaux on divise la peau qui sépare l'orifice buccal de la future commissure. Si les lambeaux cutanés se rétractent beaucoup, il se forme une surface cruentée de forme triangulaire dont la base correspond à l'orifice buccal rétréci et le sommet à la commissure qu'on veut for-

mer. Mais si les lambeaux ne se rétractent pas suffisamment, comme c'est ordinairement le cas dans le rétrécissement cicatriciel, on forme ce triangle par la dissection et l'excision de deux petits lambeaux cutanés. On pousse ensuite la branche pointue sous la muqueuse, dans la bouche, et en fermant les ciseaux on divise le pont muqueux. Les deux lambeaux muqueux qu'on obtient de cette façon servent à border les lèvres de l'incision cutanée.

Velpeau a encore modifié ce procédé pour rendre plus parfaite la formation de la commissure. La seconde incision, celle qui divise la muqueuse, s'arrête avant la commissure ; de son extrémité, on fait partir deux incisions divergentes, qui circonscrivent un triangle muqueux dont la surface antérieure, cruentée, est rabattue en avant et dont le sommet est fixé dans l'extrémité de l'incision cutanée. Dans tous ces procédés, il faut prendre en considération la quantité de peau ou de muqueuse saines qui restent à la disposition du chirurgien. Il peut arriver qu'au niveau de la commissure on trouve une peau intacte, et une muqueuse presque complètement détruite. Dans ces cas, il faut suivre le conseil de Jäsche et utiliser la peau de la même façon qu'on utilise la muqueuse dans le procédé précédent : au point où l'on veut que se trouve la commissure, on dissèque un triangle cutané dont le sommet (qui regarde l'orifice buccal atrésié) est rabattu en dedans. On évite ainsi la formation d'adhérences au niveau de la commissure.

**Cheiloplastie.** — La cheiloplastie ou autoplastie des lèvres peut être exécutée suivant des méthodes très variées. L'opération est souvent indiquée dans les pertes de substance des lèvres consécutives aux traumatismes, ulcérations ou ablations de néoplasmes. Opération fort simple dans certains cas, elle devient très compliquée dans d'autres, et peut demander une grande sagacité de la part du chirurgien.

Prenons le cas d'un épithéliome de la lèvre inférieure dont l'ablation a laissé une perte de substance triangulaire. Pour restaurer la lèvre, il suffit, comme dans le bec-de-lièvre, de suturer les bords de la plaie. Dans ces cas, il faut suivre très exactement les règles que nous avons déjà exposées à l'occasion du bec-de-lièvre. Pour donner au rouge des lèvres une forme normale sans encoches, les deux incisions ne se rencontreront pas en bas sous un angle aigu, mais formeront une sorte de courbe ; en outre les sutures seront faites de haut en bas<sup>1</sup>. Mais dans les cas de perte de substance considérable, quand la

(1) Si l'épithéliome était si étendu que la base du triangle qu'on aura à tracer occupât la plus grande partie du rouge des lèvres, il n'y aurait rien de mieux à faire que de suivre le conseil de Stromeyer. On enlève le néoplasme avec une

plus grande partie de la lèvre, ou tout une lèvre ou même les deux lèvres à la fois sont perdues, il faut avoir recours aux incisions combinées dans le genre de celles que nous avons indiquées plus haut.

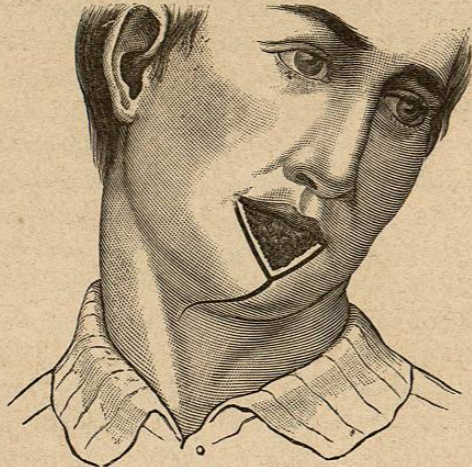


Fig. 101. — Cheiloplastie (procédé de Blasius).

Ces incisions sont présentées sur les figures que nous donnons plus loin et qui peuvent se passer de toute explication.

La figure 101 se rapporte à un cas de perte de substance en forme de

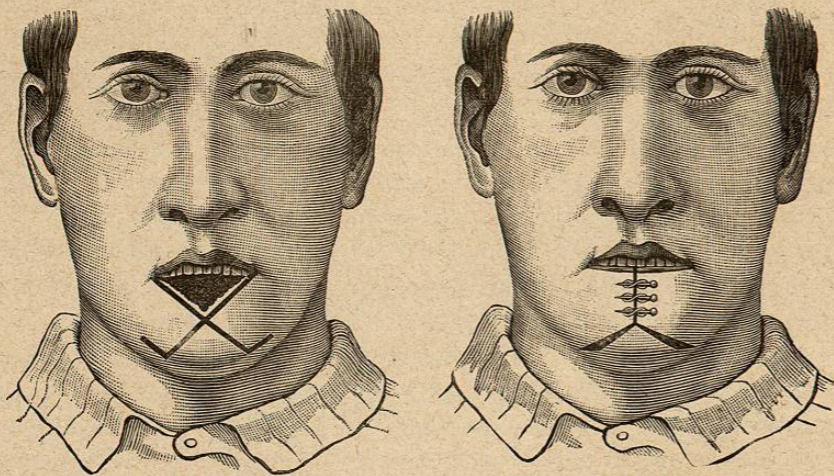


Fig. 102 a).

Fig. 102 b).

Cheiloplastie (procédé de Syme).

incision convexe en bas et, sans faire de suture, on arrête le sang et on laisse la plaie suppurer. Je puis assurer qu'on est véritablement surpris du résultat quand on revoit le malade au bout de plusieurs mois. Il ne survient pas la moindre atrésie de l'orifice buccal, et à la place de la perte de substance on trouve simplement une petite encoche.

triangle vertical qu'on veut combler d'après le procédé de Blasius; l'incision part du sommet de la perte de substance, et en s'incurvant légèrement passe du côté sain; le triangle est disséqué et attiré en haut.

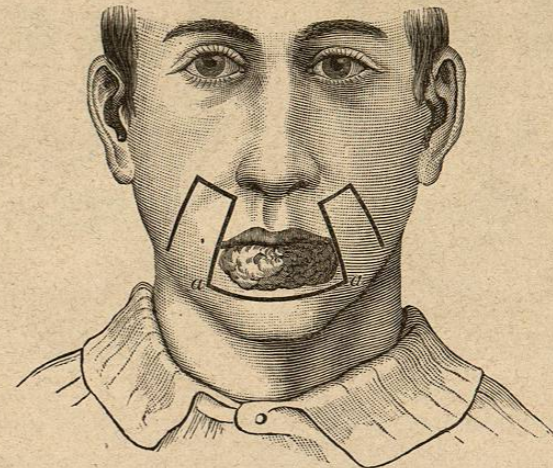


Fig. 103. — Cheiloplastie (procédé de Bruns).

Dans le cas de la figure 102, on a utilisé, pour la restauration de la lèvre inférieure, deux lambeaux taillés suivant le procédé de Syme.

La figure 103 montre la méthode de v. Bruns, avec emploi de deux lambeaux latéraux et verticaux à base inférieure et externe. Les deux

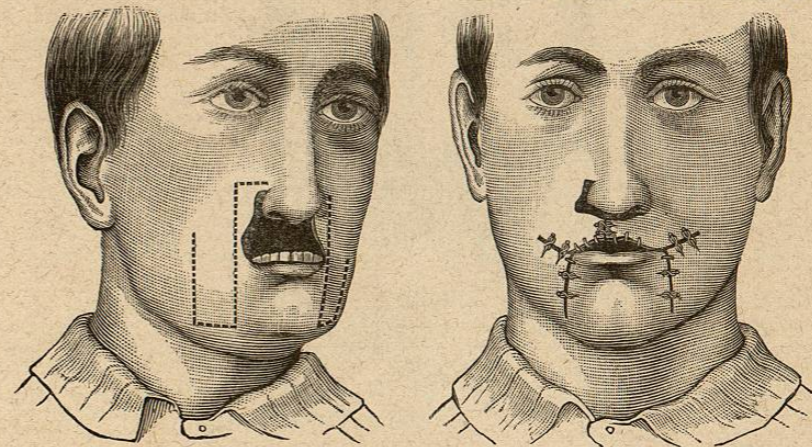


Fig. 104 a).

Fig. 104 b).

Cheiloplastie (procédé de Syme).

incisions internes passent de chaque côté des commissures en se dirigeant vers les ailes du nez; les lambeaux sont portés en bas et vers la ligne médiane, et suturés d'un côté à l'incision ait, et sur la ligne médiane, entre eux, de l'autre.

La figure 104 présente l'incision de Syme pour la restauration de la lèvre supérieure.

La figure 105 montre les incisions de Dieffenbach.

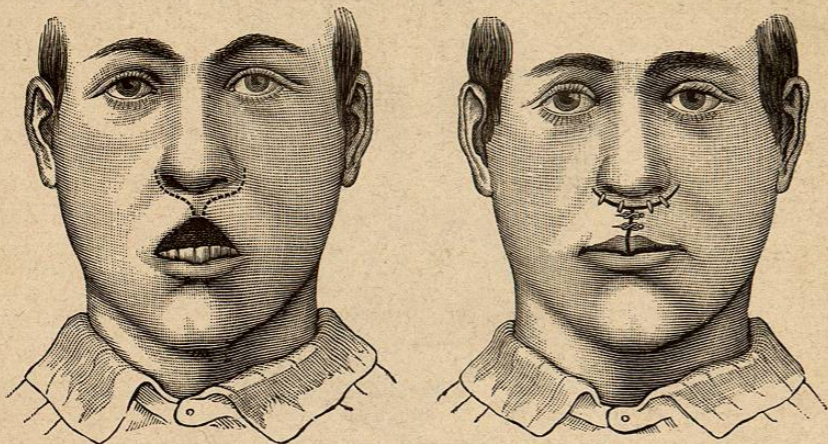


Fig. 105 a).

Fig. 105 b).

Cheiloplastie (procédé de Dieffenbach).

Dans la figure 106 on utilise d'une façon très ingénieuse le triangle de Burow.

Dans les cas d'*ectropion* très prononcé de la lèvre inférieure, on fait une opération qui n'est pas sans analogie avec la cheiloplastie. Pre-

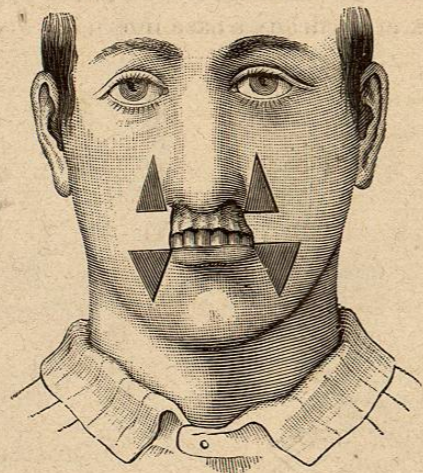


Fig. 106. — Cheiloplastie (procédé de Burow).

nons le cas où le bord de la lèvre se trouve attiré jusqu'au menton. On fait tout d'abord une incision convexe en bas qui, en circonscrivant le rouge de la lèvre, le sépare de l'os et permet de le replacer dans sa position naturelle. On extirpe ensuite la masse cicatricielle qui occupe la plus grande partie de la lèvre, en formant ainsi une perte de subs-

tance limitée par de la peau saine. En supposant que cette perte de substance soit quadrangulaire, on peut faire les incisions transversales de Celse, mobiliser la peau et suturer les bords des lambeaux sur la ligne médiane ; ou bien on dissèque deux lambeaux à base supérieure et externe, comme dans la figure 104, et on suture sur la ligne médiane. Il faut chercher à tout prix la réunion par première intention, car autrement l'opération est manquée. Si l'*ectropion* est peu marqué, le renversement de la lèvre tenant à une simple bride cicatricielle limitée, on peut se contenter de disséquer un lambeau en coin comprenant la masse cicatricielle, et de suturer les bords de la plaie.

Dans certains cas de cheiloplastie partielle, il y a avantage à suivre le procédé de J. Wolf et à faire un *ourlet* avec la muqueuse labiale. On divise la lèvre dans toute sa hauteur, parallèlement à son bord, sur la limite de la muqueuse et de la peau ; suivant les lésions, on mobilise une partie du bord de la lèvre avec sa muqueuse, et on attire le lambeau vers la partie qui doit être pourvue d'une bordure de muqueuse rouge.

Certains états pathologiques exigent des combinaisons de procédés autoplastiques multiples. Dans un cas de *léontiasis*, Billroth a été obligé de faire à son malade vingt opérations : les lobes de fibrome lipomateux mou, qui pendaient au-devant des yeux, ont été successivement enlevés, et on arriva finalement à faire une paupière supérieure, que le malade ne pouvait il est vrai pas soulever.

Dans les résections du maxillaire supérieur pour néoplasme ayant envahi le nez, les lèvres, les paupières, on fait souvent, aussitôt après l'opération principale, la restauration du nez, d'une paupière, de la lèvre, etc. Ces opérations mettent en lumière l'habileté du chirurgien, mais sont en somme inutiles. En effet, quand les ravages produits par le néoplasme sont si étendus, il s'agit certainement d'une tumeur maligne dont la récurrence ne se fera guère attendre.

Les opérations autoplastiques dans le cas de perte de substance des joues, dans le noma en particulier, sont déjà moins ingrates. On procède ordinairement de la façon suivante. On fait d'abord l'opération d'Esmarch qui fait cesser la constriction des mâchoires ; la perte de substance est ensuite comblée avec un lambeau, qui ne rétablit pas tout de suite l'orifice buccal. Ce lambeau, qu'on taille ordinairement dans les parties qui se trouvent derrière la perte de substance, est circonscrit par une incision qui suit le bord postérieur de la branche montante et le bord inférieur du maxillaire inférieur ; sa base correspond de cette façon à la tempe. Quand le lambeau a bien pris, on façonne la commissure des lèvres et on la borde avec un lambeau muqueux qu'on prend soit dans le vestibule buccal, soit sur les lèvres.