

l'intervention chirurgicale. Celle-ci est tout à fait indiquée lorsque les tumeurs apportent une gêne mécanique à l'accomplissement des fonctions respiratoires et digestives. L'ablation par l'instrument tranchant est la seule opération applicable dans ces cas. On peut, s'il existe plusieurs tumeurs, faire une série d'ablations successives et rendre au nez ses dimensions et sa forme normales. L'opération a donné des résultats avantageux dans tous les cas où elle a été pratiquée, alors même qu'il s'agissait de tumeurs énormes. Un écoulement sanguin, quelquefois assez abondant, est le seul accident mentionné. La compression sur la plaie suffirait pour l'arrêter, surtout si l'on suivait l'exemple de Civadier, qui garnit les narines de canules courtes, propres à fournir un point d'appui à la compression extérieure.

b. *Cancer du nez*. — Le cancer du nez se présente beaucoup plus souvent sous forme d'ulcérations que de tumeurs. Cependant on observe quelquefois, au niveau de l'aile du nez ou de la sous-cloison, des sortes de fungus cancéreux qui souvent s'étendent à la joue. Dans l'immense majorité des cas, ce sont des cancers épithéliaux peu saillants, à marche peu rapide, s'ulcérant lentement en largeur et en profondeur, s'étendant rarement à la joue, à moins qu'ils n'aient pris naissance dans le sillon naso-génien.

On ne pourrait guère confondre le cancer du nez qu'avec un tubercule syphilitique ou un lupus. Mais il diffère du premier en ce que celui-ci est rarement isolé, et qu'on rencontre d'autres tubercules semblables sur divers points du corps; de plus, le tubercule syphilitique offre une marche beaucoup plus rapide et s'ulcère vite; enfin l'induration des bords et du fond de l'ulcère est beaucoup plus marquée dans le cancer. Le lupus diffère encore plus du cancer, en ce qu'il s'accompagne d'une induration étendue, d'un gonflement et d'une coloration rouge de la peau; il s'ulcère assez lentement et surtout s'étend en surface; enfin on l'observe à peu près exclusivement chez les enfants ou les sujets jeunes, tandis que le cancer est l'apanage de la vieillesse.

L'excision est applicable à un certain nombre de tumeurs cancéreuses du nez, et l'on conçoit que le mode opératoire varie suivant le siège et l'étendue de la maladie. On comprend aussi comment, dans un grand nombre de cas, et surtout dans les cas où le cancer occupe les bords de l'ouverture nasale, il est impossible d'éviter une difformité. Il peut alors devenir nécessaire de pratiquer une opération autoplastique, et l'on sait qu'il vaut mieux la faire tout de suite qu'après la cicatrisation.

La cautérisation convient également dans un grand nombre de cas, et principalement lorsqu'il s'agit de tumeurs épithéliales ulcérées. On doit éviter autant que possible de faire ces cautérisations trop profondes dans la crainte de déterminer la nécrose des os et des cartilages, d'où résulterait une ouverture des cavités nasales, et par suite une difformité choquante. D'ailleurs la cautérisation, comme l'ablation avec l'instrument tranchant, expose aussi à des difformités qu'il est souvent impossible

d'éviter, mais que l'on pourra réparer plus tard, après cicatrisation, par l'un des procédés de rhinoplastie que nous décrirons.

§ II. — Lésions vitales et organiques des os du nez.

L'ostéite, la carie, la nécrose des os propres du nez, ne sont pas très-rare, soit à la suite de traumatismes, soit sous l'influence de la scrofule ou de la syphilis. Cette dernière cause paraît cependant de beaucoup la plus fréquente. Il est inutile de rappeler les symptômes propres à l'ostéite, à la carie et à la nécrose. Dans la région du nez, les signes locaux se manifestent rapidement par un gonflement œdémateux de l'organe avec rougeur et chaleur de la peau. En même temps on observe presque toujours quelques troubles du côté des cavités nasales : enchifrènement, hypersécrétion, épistaxis légères, fétidité de l'haleine. Lorsque la suppuration est produite, elle peut s'ouvrir une issue, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, soit des deux côtés à la fois. Mais le plus ordinairement les abcès s'ouvrent à l'intérieur, et les séquestres sortent par les narines. Nous reviendrons sur ce point à l'occasion de l'ozène syphilitique.

Quelle que soit la cause déterminante de la maladie, lorsque les os du nez cariés ou nécrosés ont été éliminés, il reste une difformité plus ou moins considérable consistant en un aplatissement de la racine de l'organe semblable à celui que l'on observe à la suite de fractures comminutives.

Relativement au traitement, il consiste, d'une part, à combattre par les moyens appropriés la cause générale qui entretient la maladie, et, d'autre part, à faciliter l'écoulement du pus et l'expulsion des séquestres.

Les *exostoses* et l'*hyperostose* des os du nez, que l'on a quelquefois observées, ne méritent pas de description spéciale.

ARTICLE III.

VICES DE CONFORMATION ET DIFFORMITÉS DU NEZ.

Nous examinerons successivement dans cet article les vices de conformation et difformités que l'on observe : 1° sur le nez proprement dit, et 2° sur les narines.

§ I. — Vices de conformation et difformités du nez proprement dit.

Nous ne parlerons pas des vices de conformation, tels que l'excès de volume, l'aplatissement de la racine, la déviation de la pointe en haut, à droite ou à gauche, vices de conformation qui paraissent entièrement au-dessus des ressources de la chirurgie. Il en est de même d'un certain nombre de *difformités accidentelles*, comme celles qui surviennent à la suite de fractures avec enfoncement, de carie, de nécrose des os propres du nez, et qui doivent être considérées comme irrémédiables.

On observe quelquefois des déviations latérales du nez, suite de traumatismes, et qui semblent résulter de fractures des cartilages au niveau de leur continuité avec les os. Ces déviations, qui pourraient sans doute être évitées dans le principe, deviennent plus tard difficiles à corriger. Dans un cas de cette nature, rapporté par Dieffenbach (1) la portion cartilagineuse du nez était si fortement déviée du côté de la joue, que les deux narines étaient placées l'une au-dessus de l'autre.

Dieffenbach sépara par une section sous-cutanée les cartilages de l'aile et du dos du nez de chaque côté, au niveau de leur insertion sur les os. Le nez, ainsi mobilisé, fut ramené dans sa direction normale et maintenu à l'aide de bandelettes de diachylon. Le succès fut, dit-on, complet. L'auteur assure même avoir réussi par la même opération à corriger une déviation analogue, mais congénitale.

Certaines difformités du nez sont dues à des cicatrices vicieuses attirant le nez du côté de la joue ou de la lèvre supérieure. Ces déviations peuvent être corrigées en détruisant les cicatrices vicieuses à l'aide des différents procédés connus (voy. t. I, p. 516). L'incision, et surtout l'excision suivie de la réunion immédiate des lèvres de la plaie ou de l'interposition de petits lambeaux autoplastiques, conviennent particulièrement.

Nous mentionnerons seulement, avant de terminer, les difformités considérables qui succèdent aux pertes de substance du nez, soit traumatiques, soit spontanées, et qui varient nécessairement en étendue et en profondeur. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion de la rhinoplastie.

§ II. — Vices de conformation et difformités des narines.

Le rétrécissement et l'oblitération des narines sont les seules difformités qui méritent une description spéciale.

1° Rétrécissement.

Le rétrécissement des narines est quelquefois congénital; rarement alors il est porté au point de gêner sensiblement les malades. Cependant, outre la difformité qu'il détermine, il a l'inconvénient plus sérieux d'exposer à l'obstruction complète des narines, lorsque celles-ci sont atteintes de lésions accidentelles.

Les rétrécissements accidentels reconnaissent pour causes les plaies et les ulcérations, ainsi qu'on les observe à la suite de l'impétigo, du lupus, des varioles confluentes, des brûlures, des gangrènes, etc. Dans ces cas, le contour de l'ouverture, au lieu d'être formé par la peau et la muqueuse, est constitué par un tissu inodulaire qui remonte à une hauteur plus ou moins considérable.

(1) *Gaz. méd.*, 1841, p. 779.

La chirurgie ne doit intervenir que lorsque le rétrécissement est porté assez loin pour gêner le passage de l'air et rendre la voix nasonnée. On peut alors tenter l'emploi de diverses méthodes thérapeutiques, telles que la dilatation, l'incision, l'autoplastie par inflexion.

a. *Dilatation*. — Elle consiste à introduire dans l'ouverture rétrécie des corps de plus en plus volumineux ou susceptibles de se gonfler par imbibition. Les sondes, les canules métalliques, les cônes d'éponge préparée, les racines de gentiane ou de *Laminaria digitata* peuvent être employés dans ce but.

Ce mode de traitement a l'inconvénient d'exiger beaucoup de temps; il cause souvent de la douleur, et, dans tous les cas, gêne considérablement les malades. Il a réussi quelquefois, mais le plus souvent le succès n'est que temporaire, et la difformité reparait dès qu'on cesse la dilatation.

b. *Incision*. — Dans cette méthode, on pratique sur le contour de la narine plusieurs incisions peu profondes, de manière à permettre une dilatation suffisante. Après quoi, on introduit dans la narine un corps dilatant que l'on maintient en place pendant toute la durée de la cicatrisation des petites plaies. Pendant ce temps on a le soin d'empêcher la réunion de celles-ci, en les décollant avec un stilet, en les touchant légèrement avec le nitrate d'argent.

Cette méthode, supérieure à la dilatation graduelle, n'est pas exempte cependant des mêmes inconvénients, et l'on doit craindre encore que la rétraction du tissu inodulaire n'amène consécutivement un resserrement.

c. *Autoplastie par inflexion ou renversement*. — Cette opération, proposée par Velpeau et Jobert, consisterait à enlever la peau en respectant la muqueuse autour de l'ouverture, dans une hauteur de 5 à 6 millimètres, puis à renverser la muqueuse en dehors, à la manière d'un ourlet, et à coudre son bord libre avec le bord saignant de la peau. Le but que l'on se propose par cette opération est de créer au bord libre de la narine un revêtement muqueux, susceptible de devenir plus tard cutané, mais incapable de subir une rétraction cicatricielle.

Les auteurs du *Compendium* font remarquer avec juste raison que cette opération est le plus souvent inapplicable dans les cas de resserrements accidentels, puisque la peau et la muqueuse sont remplacées par du tissu inodulaire, et qu'en outre le renversement de la muqueuse, assez facile en dehors, est extrêmement difficile au niveau de la sous-cloison, et ne peut être effectué à une si grande hauteur, en sorte que l'opération laisserait après elle une difformité consistant en une longueur disproportionnée de la sous-cloison par rapport à l'aile du nez.

En résumé, la méthode des incisions multiples, suivie de dilatation et de pansements convenables, est encore celle à laquelle on doit donner la préférence.

2° Oblitération des narines.

L'oblitération des narines, beaucoup plus rare que leur simple rétrécis-

sement, et reconnaissant les mêmes causes, peut être simplement constituée par l'adhérence anormale des bords de l'ouverture ou par la fusion des narines dans une hauteur plus ou moins considérable. Cette difformité entraîne, comme on le comprend, l'impossibilité de respirer par le nez; d'où la nécessité de tenir constamment la bouche ouverte, le nazonnement de la voix et la perte complète de l'odorat. Aussi est-il parfaitement indiqué de tenter une opération pour remédier à ces troubles fonctionnels.

L'*incision simple*, suivie de l'introduction de corps dilatants, resterait le plus souvent inefficace, en raison du rétrécissement consécutif que ne tarde pas à produire la rétraction du tissu inodulaire.

L'*excision* est de beaucoup préférable, et doit être assez large. Suivant les cas, on se bornera à maintenir l'ouverture béante à l'aide de corps étrangers, ou bien, si la chose est possible, on renversera la muqueuse, suivant le procédé d'autoplastie décrit plus haut, et l'on pratiquera la suture en ourlet.

Enfin, dans les cas d'oblitération avec complication de perte de substance plus ou moins étendue, on pourrait avoir recours à l'un des procédés autoplastiques qu'il nous reste à décrire.

ARTICLE IV.

RHINOPLASTIE.

La *rhinoplastie* a pour but de réparer les difformités causées par les diverses pertes de substance du nez. L'étendue et la profondeur de ces dernières varie considérablement. Tantôt le nez est détruit entièrement: le squelette osseux et cartilagineux, ainsi que les parties molles, on disparu; tantôt le squelette n'existant plus, les téguments subsistent, mais dans un état d'affaissement tel, qu'il en résulte une difformité presque aussi repoussante que dans le premier cas; quelquefois le squelette et la racine étant conservés, la portion cartilagineuse, avec les téguments qui la recouvrent, a disparu; d'autres fois, enfin, la perte de substance n'atteint que le lobule, l'aile ou la sous-cloison.

Indépendamment de la difformité plus ou moins repoussante, suivant l'étendue des parties détruites, il faut tenir compte des troubles fonctionnels, qui, nuls dans les destructions bornées au lobule, à l'aile et à la sous-cloison, sont au contraire très-accusés lorsqu'il y a destruction de la portion cartilagineuse, du squelette et, à plus forte raison, de l'organe tout entier. La voix est nazonnée; les fosses nasales, largement ouvertes et exposées à un contact trop direct de l'air atmosphérique, s'enflamment chroniquement; le mucus qu'elles sécrètent se dessèche, s'altère et entretient une fétidité de l'haleine; l'odorat se perd; enfin, l'inflammation, se propageant à l'arrière-cavité des fosses nasales et au pharynx, entretient dans ces parties une sensibilité pénible.

Nous étudierons successivement les opérations destinées à la réparation

de l'organe tout entier, et celles qui ont pour but la restauration du lobule, des ailes ou de la sous-cloison.

1° Restauration totale du nez.

Quoiqu'on trouve dans les auteurs un certain nombre d'exemples dans lesquels les opérations autoplastiques appliquées à la restauration complète du nez ont donné des résultats très-satisfaisants, il faut avouer que, dans la plupart des cas, les avantages de la rhinoplastie sont nuls ou du moins très-médiocres. Sans parler des succès complets, résultant de la gangrène des lambeaux et de la reproduction de la difformité telle qu'elle était auparavant, le plus souvent la rhinoplastie donne un nez informe, aplati, et substitue à une difformité plus ou moins repoussante une difformité ridicule et grotesque. Aussi, d'accord avec les auteurs du *Compendium*, je pense que l'on ne doit tenter aucune opération avant d'avoir exposé aux malades les chances qu'elle leur fait courir.

Plusieurs méthodes ont été employées; on les distingue sous les noms de méthodes *italienne*, *indienne* et *française*.

a. *Méthode italienne*. — Désignée encore sous le nom de *méthode de Tagliacozzi*, quoiqu'elle ait été appliquée primitivement par les Branca, qui vivaient en Sicile vers le milieu du xv^e siècle, elle consiste à former aux dépens de la partie inférieure et antérieure du bras un lambeau qu'on laisse adhérent par un de ses côtés et que l'on applique sur la perte de substance préalablement avivée. Jusqu'à ce que l'adhésion soit complète, on maintient le bras attaché à la tête, puis on découpe le lambeau dans la forme et l'étendue convenables pour façonner un nez nouveau. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails minutieux de cette opération, telle que la pratiquait Tagliacozzi et telle que l'a modifiée de Græfe. Le lecteur trouvera les renseignements nécessaires sur ce sujet dans les divers traités de médecine opératoire.

b. *Méthode indienne*. — Cette méthode est caractérisée par la transposition d'un lambeau emprunté aux régions voisines du nez. Elle comprend divers procédés qui sont plutôt des modifications du procédé primitif des Indiens.

Celui-ci (fig. 158) consiste à tailler sur le front un lambeau représentant exactement la forme et les dimensions que l'on veut donner au nez nouveau; il faut toujours avoir soin que le lambeau présente une étendue supérieure à celle de la perte de substance qu'il est destinée à recouvrir.

Le lambeau ainsi tracé, on le dissèque de haut en bas, jusqu'à une distance de 15 à 20 millimètres de la perte de substance préalablement avivée, puis on l'abaisse en tordant son pédicule, de telle sorte que sa face saignante regarde en arrière et sa face cutanée en avant. Les bords sont régulièrement affrontés et réunis par des points de suture. Enfin, lorsque l'organe est reconstitué, on place dans les narines un corps résistant, des-

tiné à maintenir la forme des parties et à empêcher l'oblitération des narines.

Lorsque la cicatrisation est complète et solide, il reste à détruire la saillie disgracieuse de la racine du nez, résultat inévitable de la torsion du pédicule. L'excision de toute la partie non adhérente constitue le dernier temps de l'opération.

Les principales modifications du procédé primitif ont consisté à supprimer ce dernier temps, qui n'est pas sans inconvénients. Dans ce but, on s'est proposé de pratiquer les incisions de telle manière que le lambeau frontal puisse être retourné et appliqué sur la perte de substance sans nécessiter une torsion aussi considérable du pédicule. Les procédés de Lisfranc, d'Auvert et de Langenbeck sont ceux qui remplissent le mieux cette indication.

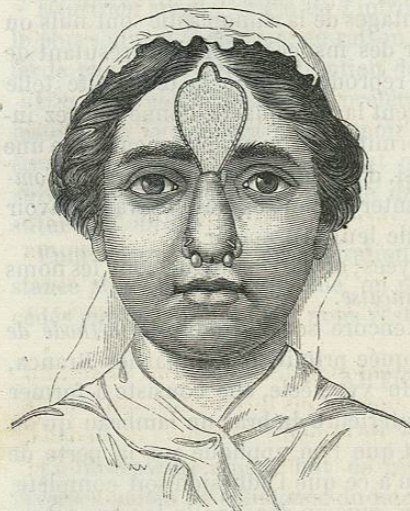


FIG. 158. — Rhinoplastie (méthode indienne).

Ainsi, au lieu de laisser un intervalle entre les extrémités des incisions et la perte de substance, et de faire ces incisions égales des deux côtés, Lisfranc conseille d'allonger une des incisions jusqu'à la perte de substance en réparation, ce qui permet d'amener le lambeau plus facilement en place et sans une torsion trop forte de son pédicule.

La modification du docteur Auvert consiste à donner au lambeau frontal, et par suite au pédicule, une direction oblique.

Enfin, Langenbeck, au lieu de terminer les incisions de chaque côté de la racine du nez, les fait aboutir toutes deux d'un seul et même côté de la ligne médiane. L'une passe obliquement sur le dos du nez et se termine au niveau du ligament palpébral interne; l'autre, placée au-dessus de la première, s'arrête, suivant les cas, au niveau, au-dessus ou au-dessous du sourcil. Le pédicule est ainsi presque horizontal, et le lambeau peut glisser aisément et s'appliquer sans torsion. Langenbeck conseille en outre d'aviver la portion de peau intermédiaire au pédicule et à la perte de substance du nez, de manière à obtenir l'adhérence du pédicule.

Nous mentionnerons encore, en terminant ce rapide examen de la méthode indienne, les tentatives d'autoplastie périostique faites par Ollier et Langenbeck. Se fondant sur les propriétés ostéogéniques des lambeaux de périoste déplacé, Ollier et Langenbeck ont espéré reconstituer au nez nouveau une charpente osseuse, en détachant le périoste de l'os frontal en même temps que les parties molles qui le recouvrent. Ollier a même été

beaucoup plus loin, et a proposé de reconstituer le squelette du nez à l'aide de lambeaux latéraux ostéo-périostiques, formés par les apophyses montantes des maxillaires supérieurs que l'on renverserait en dedans et que l'on recouvrirait ensuite par le lambeau frontal cutanéopériostique. Nous renvoyons le lecteur à la description que l'auteur a donnée, dans son *Traité de la régénération des os*, de ce singulier procédé auquel nous ne conseillerions jamais d'avoir recours.

c. *Méthode française.* — Cette méthode, qui consiste à disséquer et à décoller la peau du voisinage afin de la faire glisser et de l'amener à l'aide de tractions jusque sur la ligne médiane, est rarement applicable à la restauration complète du nez. Elle pourrait seulement convenir dans les cas où l'organe, privé de son squelette et réduit aux parties molles, est aplati et déprimé.

Cette difformité est, comme on le sait, très-commune à la suite d'ozène syphilitique. Cependant, à ma connaissance, la restauration du nez, dans ces conditions, a été rarement pratiquée. Je me bornerai donc à indiquer le procédé suivant, appliqué par Dieffenbach pour remédier à un aplatissement considérable du nez résultant de la destruction par la carie de tout le squelette de cet organe.

Le chirurgien fit sur les côtés du nez enfoncé deux incisions pénétrant jusqu'aux os et se prolongeant inférieurement sous forme semi-lunaire, de manière à dégager les ailes du nez; puis, disséquant de dehors en dedans, il forma un lambeau qu'il prolongea, en détachant les parties molles des os jusque sur les parties voisines de la joue. Ceci fait, une incision verticale fut pratiquée sur le milieu du nez, et les bords de cette incision furent taillés en biseau aux dépens de leur face interne, afin d'obtenir par leur adossement une saillie médiane et de prévenir leur renversement en dedans. La réunion fut alors faite à l'aide de six points de suture, puis huit autres points de suture furent appliqués pour la réunion des incisions latérales. Le nez ayant ainsi repris sa forme et sa saillie naturelles, on plaça dans chaque narine un tuyau de plumes enveloppé de charpie huilée; enfin, on traversa d'un côté à l'autre les téguments disséqués de la joue avec une longue aiguille passant au-dessous du nez nouveau, et ayant pour effet d'augmenter sa saillie. Le résultat paraît avoir été très-satisfaisant; la sous-cloison seule se mortifia, et dut être plus tard restaurée à l'aide d'un petit lambeau pris à la lèvre supérieure.

2° Restauration partielle du nez.

Contrairement à ce qui a été dit plus haut de la restauration totale du nez, l'autoplastie donne les meilleurs résultats lorsqu'il s'agit de réparer les pertes de substance du lobule, des ailes et de la sous-cloison.

a. *Restauration du lobule.* — Dans les cas de destruction du lobule assez étendue pour qu'il soit impossible, en avivant les bords de la perte de substance, en détachant et en disséquant les ailes du nez, d'obtenir un

rapprochement suffisant, on a employé la méthode indienne, en prenant un lambeau sur le front. Mais, en raison de la longueur et de l'étroitesse qu'il faut donner au pédicule, on a tout lieu de craindre la mortification du lambeau. Aussi serais-je tout disposé à mettre en usage un procédé récemment indiqué par le docteur Rouge (1), et qui lui a fourni un excellent résultat. Ce procédé consiste à tailler sur le dos du nez un lambeau quadrilatère qu'on laisse adhérent par ses deux extrémités, et qu'on mobilise seulement à sa partie moyenne, à l'aide d'un ténotome introduit entre la peau et le squelette, de manière qu'il devienne facile de faire glisser de haut en bas ce point cutané, et de le fixer aux lèvres de la perte de substance préalablement avivées. La plaie résultant du déplacement de ce lambeau et qui occupe le dos du nez, serait comblée par le glissement d'un semblable lambeau pris au-dessus; de cette manière, la cicatrice reportée sur deux points présente une moindre étendue.

b. *Restauration de l'aile du nez.* — Les pertes de substance de l'aile du nez peuvent être réparées par un lambeau pris, soit sur la joue, soit sur la lèvre supérieure.

Le choix entre ces deux méthodes dépend de l'étendue et du siège de la perte de substance; lorsque celle-ci occupe une grande partie de l'aile du nez ou qu'elle se rapproche du lobule, le lambeau emprunté à la joue s'applique plus aisément; dans le cas contraire, et lorsque la perte de substance intéresse surtout la partie inférieure, le lambeau labial convient mieux.

Dans la première méthode, le lambeau, circonscrit par deux incisions horizontales réunies à leurs extrémités externes par une incision verticale, présente sa base en dehors et son pédicule en dedans. Lorsqu'on l'a détaché par la dissection, on le retourne en le tordant de manière que son bord inférieur, devenu supérieur, s'applique sur le pourtour de la solution de continuité, tandis que son bord supérieur, devenu inférieur, forme le bord libre de la narine.

Lorsque le lambeau est emprunté à la lèvre supérieure, on le circonscrit par deux incisions verticales, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, puis on le retourne et l'on réunit ses bords à ceux de la perte de substance préalablement avivés. Quant à la plaie de la lèvre, on la réunit ensuite comme dans un bec-de-lièvre.

Si, au lieu d'avoir à restaurer une seule aile du nez, il s'agissait d'une perte de substance atteignant les deux ailes et intéressant une partie du lobule, on pourrait tailler sur chaque joue, suivant le procédé indiqué précédemment, un lambeau que l'on réunirait sur la ligne médiane avec celui du côté opposé; mais nous pensons qu'on obtiendrait un résultat préférable en employant le procédé suivant, décrit récemment par le professeur Nélaton (2).

(1) *Nouveau procédé de rhinoplastie.* Lausanne, 1868.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1868, p. 277.

Chez une jeune fille qui présentait une déformation considérable du nez, produite par la destruction d'une grande partie de la portion cartilagineuse avec conservation de la cloison, le chirurgien tailla deux lambeaux latéraux représentant chacun la moitié du nez; ces lambeaux, comprenant toutes les parties molles jusqu'au périoste de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, avaient leur pédicule à la partie supérieure du nez et à la région du sac lacrymal. On put ainsi les mobiliser aisément et les réunir sur la ligne médiane, en laissant de chaque côté du nez une surface saignante. La précaution prise par le chirurgien de détacher la périoste de l'apophyse montante du maxillaire en même temps que le lambeau cutané est des plus importantes, puisqu'elle crée en dehors des lambeaux une cicatrice adhérente aux os, et empêche ainsi toute rétraction nuisible de la cicatrice de la joue sur le nez nouvellement formé.

Lorsque les lambeaux furent réunis sur la ligne médiane à l'aide de la suture entrecoupée, le chirurgien les traversa par une forte aiguille passant dans les anneaux d'un cercle métallique en forme de pince-nez, afin de prévenir l'aplatissement du nez et de lui donner une forme convenable.

c. *Restauration de la sous-cloison.* — Nous laissons de côté, bien entendu, les cas de bec-de-lièvre compliqué, dans lesquels la sous-cloison manque plus ou moins complètement, la restauration de la sous-cloison, dans ces conditions, ne constituant qu'un des temps de l'opération du bec-de-lièvre. Quant aux pertes de substance accidentelles de la sous-cloison, elles ne peuvent être réparées avantageusement qu'avec un lambeau pris à la lèvre supérieure, quoique l'on ait tenté, dans certains cas, de le tailler sur le dos du nez.

Le lambeau emprunté à la lèvre supérieure comprend toute l'épaisseur ou seulement une partie de l'épaisseur de la lèvre; dans le premier cas, tantôt on le tord sur son pédicule de manière à réunir sa surface muqueuse préalablement avivée avec la cloison et le lobule, tantôt on le relève sans torsion, on avive sa surface cutanée dans les points qui correspondent à la cloison et au lobule, et on laisse libre sa face muqueuse.

Lorsqu'on taille le lambeau seulement aux dépens d'une portion de l'épaisseur de la lèvre, on peut tordre le pédicule et réunir la surface saignante à la cloison et au lobule, ou simplement relever le lambeau, après avoir, bien entendu, avivé la surface cutanée. Ces divers procédés sont également applicables, et, d'ailleurs, la restauration de la sous-cloison est généralement d'une médiocre importance.

II. — MALADIES DES FOSSES NASALES

Sous ce titre, nous rangeons les diverses affections qui siègent non-seulement dans les cavités nasales proprement dites, mais encore dans cette partie du pharynx située au-dessus du voile du palais et qui porte le nom d'arrière-cavité des fosses nasales.

En effet, par suite de la continuité qui existe entre les fosses nasales