

l'application des sutures. On peut toujours se servir dans ce but de fils de soie, et l'on donnera la préférence à la soie fine écrue de Chine¹. Il est rarement indiqué de se servir de fils métalliques. S'il s'agit simplement de réunir deux bords cutanés, on place près de ces derniers un nombre suffisant de sutures faites avec des fils fins (**sutures d'union**). Il est nécessaire dans certains cas d'appliquer, en outre, des points de suture destinés à attirer les tissus vers la plaie et à produire ainsi un relâchement des bords de cette dernière. On se sert alors de fils plus épais que l'on fait pénétrer plus profondément et à une plus grande distance des bords de la plaie, de façon à comprendre une épaisseur plus grande de tissus (**sutures de détente**, SIMON).

C'est avec une rapidité vraiment extraordinaire que s'établissent des relations vasculaires entre le lambeau et les bords avivés de la perte de substance, et ce phénomène s'accompagne généralement d'une légère rougeur inflammatoire. Lorsque le lambeau se mortifie, il peut se faire qu'il reste pâle et exsangue, surtout si l'on a opéré avec les précautions antiseptiques; mais, le plus souvent, la gangrène cutanée succède à une hyperémie veineuse par stase. Il est exceptionnel de voir les bords avivés être le point de départ de processus phlegmoneux assez graves pour mettre en péril les jours du malade. L'érysipèle constitue, pour ainsi dire, le seul danger des opérations plastiques. — L'ablation des sutures se fait du premier au cinquième jour. Lorsque la plaie est aseptique, on est généralement obligé de les laisser plus longtemps, car dans ces conditions la néoplasie est minime et ne produit que lentement une réunion suffisamment solide des bords de la plaie. Lorsqu'on suppose que la soudure de ces derniers n'a pas encore acquis au bout d'un certain temps le degré de solidité nécessaire, on peut fort bien ne retirer les sutures qu'au bout de huit ou dix jours. Comme elles ne provoquent pas d'inflammation et par conséquent ne coupent pas les tissus², on n'a plus comme autrefois des motifs pour les enlever de bonne heure.

La régénération des nerfs dans les lambeaux transplantés s'effectue de diverses manières. Il s'écoule parfois un temps très long, jusqu'à plusieurs mois, avant que la sensibilité normale se soit rétablie dans le lambeau. Le malade est alors en état de localiser la sensation à l'endroit de la transplantation. Dans un cas de rhinoplastie totale pratiquée aux dépens de la peau du front, j'ai fait des recherches exactes à ce sujet.

1. Pour rendre la soie aseptique on la fait bouillir pendant une demi-heure dans une solution de 5 0/0 d'acide phénique, et on la conserve jusqu'au moment de son emploi dans une solution phéniquée de même dilution (CZERNY). Voir pour plus de détails sur le matériel aseptique de suture l'ouvrage de FISCHER dans *Deutsche Chirurgie*, livraison 19, p. 246. (Note du traducteur).

2. D'après G. SIMON, quel que soit le matériel de suture employé, plus les fils sont fins et lisses, et moins ils provoquent sur le trajet l'inflammation et la suppuration des tissus; ils tendent ainsi beaucoup moins à couper les bords de la plaie (FISCHER, *loc. cit.*). (Note du traducteur).

Déjà le troisième jour après l'opération le malade accusait de la sensibilité au niveau de son nez, et localisait les sensations au point même où on les provoquait, et non pas au front auquel on avait emprunté le lambeau.

MALADIES DES DIFFÉRENTES RÉGIONS DE LA FACE CONSIDÉRÉES ISOLÉMENT

I. MALADIES DU NEZ ET DE SES CAVITÉS

1. Inflammations et néoplasmes du nez

§ 33. — Pour l'étude des lésions traumatiques du nez nous renvoyons le lecteur aux paragraphes consacrés aux traumatismes de la face en général. De même les détails que nous avons donnés antérieurement sur les inflammations et les néoplasmes de la face, nous permettront de passer rapidement sur les processus semblables intéressant la partie externe du nez, et nous ajouterons seulement quelques remarques spéciales concernant cette région.

Parmi les processus inflammatoires mentionnons tout d'abord les **fissures** ou **gerçures** siégeant à l'orifice des fosses nasales, fissures qui chez les sujets dont la peau est très irritable, et surtout chez les enfants scrofuleux, entraîne volontiers un œdème inflammatoire du lobule et des ailes du nez. Le meilleur moyen de faire disparaître cet œdème consiste à enlever les croûtes qui recouvrent les fissures ou excoriations, et à cautériser ces dernières à l'aide du nitrate d'argent ou d'une solution de chlorure de zinc. Dans les cas légers on se contentera de l'application d'une pommade à l'oxyde de zinc ou à l'un des précipités hydrargyriques.

Le gonflement inflammatoire chronique connu sous le nom de **couperose** s'observe chez les personnes âgées et principalement chez celles qui sont adonnées aux boissons alcooliques. La peau du lobule et des ailes du nez se recouvre de nodosités plus ou moins volumineuses, de coloration violacée, et présentant parfois des vaisseaux dilatés bien distincts. Le sommet de ces nodosités montre assez souvent l'orifice obstrué du conduit excréteur d'une glande sébacée, et il est bien probable que l'affection débute par une inflammation de ces glandes avec suppuration et prolifération abondante du tissu conjonctif du voisinage. C'est cette hyperplasie du tissu conjonctif qui constitue les nodosités dont nous avons parlé (**acné rosacée**). Lorsque cette maladie entraîne une difformité très notable, on peut améliorer sensiblement la forme du nez au moyen d'excisions cunéiformes et ovalaires du tissu affecté, excisions suivies de la suture des plaies qui en résultent. SYME cite le cas d'un jeune homme chez lequel toute l'extrémité du nez avait subi en quel-

ques années une hypertrophie considérable, formant une tumeur arrondie, et intéressant non seulement la peau, mais tous les tissus de la région¹. Il réussit très bien à corriger la forme du nez par une excision cunéiforme traversant toutes les parties intéressées, y compris le cartilage. On a aussi observé quelquefois dans la région du nez des tumeurs pédiculées pendantes. Ainsi POLLACK a publié un cas de fibrome développé sur le dos d'un nez affecté de lupus, et FOUCHER a vu un sarcome naître du même point; dans les deux cas la tumeur était pédiculée. L'extirpation ne présente naturellement aucune difficulté.

Sous le nom de **rhinosclérome** HÉBRA a décrit une affection particulière du nez, qui chez nous n'a été que rarement observée. Les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes. Le plus ordinairement à la suite d'une maladie de la muqueuse, telle qu'un catarrhe ou un polype, le nez à l'intérieur et à l'extérieur, et quelquefois aussi le palais, deviennent le siège d'une tuméfaction considérable. Cette dernière, qui est très dure, peut même augmenter au point d'obstruer presque complètement les narines. Le nez prend, en outre, une teinte livide. A l'examen microscopique on observe le plus souvent une hyperplasie de la couche de Malpighi et une abondante infiltration cellulaire du derme, tandis que dans la profondeur on rencontre de gros faisceaux de tissu conjonctif avec de nombreux vaisseaux entourés d'une couche épaisse de cellules. On ne sait rien au sujet de l'étiologie de cette maladie. Le traitement consiste dans des excisions et des cautérisations.

Le nez est le siège de prédilection du **lupus**. Ce dernier envahit surtout la pointe et les ailes du nez, et peut se propager de façon à détruire le cartilage et la muqueuse nasale. Dans quelques cas le lupus est plus circonscrit et revêt la forme ulcéreuse avec production minime de tubercules, et l'on peut alors avoir quelque difficulté à le distinguer d'une manifestation syphilitique. Nous devons toutefois faire remarquer que la syphilis se montre généralement ici sous la forme d'une ostéite ou périostite avec nécrose consécutive et effondrement de la voûte nasale. Parfois cependant elle débute, surtout au niveau de l'aile du nez, par une ulcération qui peut détruire la peau et le cartilage.

J'ai observé plusieurs fois chez des individus syphilitiques des gommes s'étendant du lobule jusque sur les ailes du nez. Quelques-unes d'entre elles étaient arrondies et atteignaient à peu près le volume d'un pois, tandis que d'autres, allongées en forme de boudins, constituaient de petites tumeurs étroites, cylindriques, se pénétrant en quelque sorte mutuellement. Ces gommes cédèrent rapidement, et sans s'ulcérer, à l'emploi de l'iodure de potassium, et firent place à une cicatrice lisse, fortement rétractée.

1. GUÉRIN a présenté à l'Académie de médecine le moule d'un nez hypertrophié mesurant 0^m, 46 de longueur et 0^m, 22 de largeur d'une joue à l'autre. Il désigne cette affection sous le nom d'*acné hypertrophique*. (Note du traducteur).

Le **carcinome** du nez n'est pas rare, et affecte surtout, sous la forme plate, les personnes âgées. Le plus sûr moyen de guérison consiste dans l'extirpation, que l'on fera suivre d'une opération plastique dans les cas où la perte de substance est considérable. Lorsque la tumeur est petite et siège en un endroit où la peau jouit d'une certaine mobilité, on se contentera, après l'excision, de réunir les bords de la plaie par des sutures. Si ce sont les ailes et le lobule du nez qui sont affectés, on pourra combiner l'excision des bords avec l'évidement du fond de l'ulcération au moyen de la cuiller tranchante, et pratiquer ensuite la cautérisation de la plaie. En cas de récurrence il est quelquefois préférable d'exciser toute la partie qui est le siège du carcinome, et de la reconstituer par une opération plastique.

Des vices de conformation du nez et de leur traitement.

§ 34. — Le nez peut être le siège de pertes de substances et de déformations variées, soit à la suite de traumatismes, soit comme conséquence des maladies que nous venons de décrire. Nous avons déjà mentionné la destruction du lobule et des ailes du nez, ainsi que l'affaissement de la voûte nasale. Une altération moins grave que l'on observe quelquefois, c'est le rétrécissement ou l'occlusion des narines survenant tantôt par voie inflammatoire, tantôt à la suite du lupus ou d'une lésion traumatique. Ce vice de conformation pouvant aller jusqu'à l'atrésie complète, a été observé également à l'état congénital. On a même constaté quelquefois l'occlusion congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales, et dans un cas on a réussi à en obtenir la guérison par voie opératoire (EMMERT).

Le rétrécissement et l'occlusion des narines produisent des troubles de la respiration et du nasonnement. En outre l'impossibilité ou l'insuffisance du nettoyage des fosses nasales entraîne la formation de croûtes sur la muqueuse, et celle-ci devient le siège d'une inflammation catarrhale avec ulcérations. On peut tenter la dilatation des narines, d'abord à l'aide de tiges minces de laminaria, puis au moyen de petits tubes de dimensions croissantes. Si ce moyen ne réussit pas ou que l'occlusion soit complète, il faut chercher avant tout jusqu'à quelle hauteur s'étend l'adhérence. S'il s'agit d'une occlusion cicatricielle très étendue, la seule ressource du chirurgien consiste à faire pénétrer un trocart à travers les tissus indurés, et à introduire ensuite de petits dilateurs de plomb. Mais il est rare que ce procédé donne de bons résultats. Si l'adhérence est moins épaisse, comme membraneuse, on la divisera à l'aide du bistouri. L'incision doit avoir la forme d'un E. La branche transversale du T doit être parallèle au bord de l'aile du nez, tandis que la branche longitudinale aboutira à l'angle formé par la sous-cloison et la lèvre supérieure. Des deux petits lambeaux ainsi obtenus le supérieur est replié dans l'intérieur du nez, tandis que l'inférieur est renversé en