

De nouvelles tentatives sont nécessaires pour que l'on puisse porter un jugement sur la forme définitive du nez obtenu d'après cette méthode. Celle-ci présente en tous cas un inconvénient sérieux; elle ajoute deux nouvelles pertes de substance à celle de la région frontale.

Les procédés qu'il nous reste à décrire, ont été employés dans les cas de destruction totale des parties molles et de la charpente osseuse du nez, et dans ceux où les os étant détruits, les parties molles sont restées intactes en partie ou dans leur totalité (ensellure du nez).

DIEFFENBACH exerçait sur le nez nouveau une compression latérale dans le but de lui donner une saillie suffisante et durable; mais ce procédé n'a donné aucun bon résultat, et il en a été de même de l'introduction dans la cavité nasale d'un soutien métallique.

LANGENBECK a tenté d'utiliser la propriété ostéoplastique du périoste, dans le but de reconstituer une voûte osseuse. Le lambeau est détaché directement de l'os et implanté avec son périoste sur la perte de substance. Le nez ainsi formé a plus de consistance que celui qu'on obtient avec le procédé ordinaire, et dans certains endroits il devient même si dur qu'on ne peut guère douter de la présence du tissu osseux. En règle générale cependant, il ne faut pas s'attendre à obtenir une coque osseuse persistante; mais il n'en est pas moins vrai que le nez ainsi doublé de périoste acquiert une consistance plus grande, et cède moins facilement à la rétraction cicatricielle que dans le procédé ordinaire. LANGENBECK chercha ensuite à améliorer le résultat en intercalant une couche périostale entre le moignon du nez primitif et le lambeau frontal taillé jusqu'à l'os. Il aviva en forme d'ovale la perte de substance, décolla ensuite le périoste des apophyses montantes du maxillaire supérieur, et le fit glisser sur la brèche qu'il s'agissait de combler; puis il appliqua sur le moignon le lambeau frontal muni de son périoste.

Des tentatives du même genre ont été faites en France par NÉLATON, OLLIER et VERNEUIL. Le premier taillait aux dépens des joues deux lambeaux latéraux de forme losangique, et munis de périoste; il les réunissait sur la ligne médiane par leurs bords internes pour former le dos du nez<sup>1</sup>. OLLIER et VERNEUIL formèrent un lambeau frontal qu'ils renversèrent simplement en bas, la face saignante en dehors; puis ils appliquèrent sur cette dernière des lambeaux losangiques pris dans la joue suivant le procédé de NÉLATON.

1. En taillant des lambeaux [munis de périoste NÉLATON n'avait pas l'intention d'utiliser les propriétés ostéoplastiques de cette membrane. En effet, après avoir décrit la manière de former le lambeau et de l'amener sur la ligne médiane, NÉLATON ajoute: « Si l'on se bornait à cela, on verrait bientôt la saillie nasale disparaître sous l'influence de la traction exercée transversalement par le tissu de cicatrice qui doit recouvrir la surface laissée à nu par les lambeaux déplacés. Pour parer à cet inconvénient, il fallait fixer chacune des moitiés du nez aux apophyses montantes des os maxillaires; il fallait, en un mot, obtenir aux bords externes des lambeaux une cicatrice adhérente. C'est dans ce but que je me suis attaché à comprendre dans les lambeaux le périoste de la région, afin de produire une dénudation du tissu osseux. On sait, en effet, que c'est dans ces conditions que se produisent les cicatrices adhérentes. Le résultat a répondu à mon attente. » (Article Rhinoplastie du *Dictionn. encyclop. des sciences méd.* p. 374). (Note du traducteur).

OLLIER a cherché à reconstituer un véritable squelette osseux du nez. Dans les cas d'ensellure de cet organe il taille un lambeau en forme de  $\Lambda$  avec la pointe remontant sur le front; à sa partie inférieure il reste en continuité avec les ailes du nez et la cloison. Dans la portion supérieure, terminée en pointe, de ce lambeau, il détache le périoste, tandis que plus bas il le laisse adhérent aux apophyses montantes des maxillaires. Puis à l'aide d'un ciseau il détache du côté droit un véritable lambeau osseux de 3 1/2 centim. de longueur, comprenant l'os propre du nez et une portion de l'apophyse montante du maxillaire, et n'adhérant qu'en bas au reste du maxillaire par l'intermédiaire de la peau et de la muqueuse. Ce fragment d'os est ensuite luxé et poussé vers la ligne médiane du nez, sous le lambeau cutané triangulaire. Quant à ce dernier, il le fait glisser de haut en bas par une suture en  $\Lambda$  et en fixe ensuite les bords de chaque côté aux téguments de la joue.

Enfin LANGENBECK a fait connaître une nouvelle méthode consistant dans la transplantation d'un lambeau frontal relativement petit sur le squelette nasal préalablement redressé. LANGENBECK a observé, en effet, que dans les cas d'effondrement de la charpente du nez avec conservation des parties molles, les os propres du nez ne font pour ainsi dire jamais entièrement défaut; la partie de ces os qui paraît manquer est d'habitude simplement enfoncée dans la cavité nasale. En même temps l'ouverture antérieure du squelette des fosses nasales (apertura pyriformis), et souvent aussi les fosses nasales elles-mêmes, sont notablement rétrécies par des masses osseuses de nouvelle formation. Quelquefois même, le tissu osseux de nouvelle formation est si abondant qu'il reconstitue en quelque sorte les os propres du nez par la production d'un pont jeté d'une des apophyses montantes du maxillaire à celle du côté opposé.

Le procédé de LANGENBECK est basé sur l'existence de cette néoplasie osseuse. Voici en quoi il consiste:

1. On divise par une incision verticale les téguments qui recouvrent le moignon du nez, et l'on dissèque les deux moitiés latérales de peau saine jusque vers la joue.

2. On procède ensuite à la reconstitution d'une charpente osseuse. Au moyen d'une scie passe-partout, on limite de chaque côté de l'orifice antérieur des fosses nasales un fragment osseux allongé d'environ 5 mm. de largeur (le trait de scie est mené parallèlement au bord de l'ouverture). A l'aide d'un élévatoire on détache les deux « lambeaux osseux », mais en ayant soin de les laisser en relation avec le maxillaire à leur partie inférieure. On les redresse ensuite perpendiculairement aux bords de l'ouverture osseuse, et à l'aide d'une anse de fil on les fixe à la peau décollée latéralement, et on les maintient dans leur nouvelle position. Puis, à l'aide de la scie, on détache de bas en haut des apophyses montantes les os propres du nez enfoncés, et au moyen d'un élévatoire on les relève à la hauteur voulue. Ce mouvement d'élévation, qui doit être exécuté avec précaution, se fait autour d'un axe correspondant à la suture fronto-nasale.

3. On termine l'opération par la formation d'un lambeau frontal, au besoin muni de son périoste, et que l'on applique sur la plaie du nez.

Dans une rhinoplastie faite chez un enfant, HARDIE eut l'idée d'aviver et de fixer aux bords de la perte de substance la phalange de l'un des doigts du petit opéré. Ce procédé trouvera d'autant moins d'imitateurs qu'il n'a pas suffi

à donner au nez une saillie durable, et que l'opérateur avoue lui-même que pour obtenir un bon résultat une seule phalange n'est pas suffisante.

LEISRINK a fait récemment un essai qui semble devoir donner des résultats plus satisfaisants. Après avoir relevé la voûte du nez fortement déprimée, il introduisit dans la cavité nasale une pièce d'ambre façonnée de façon à pouvoir remplacer la charpente osseuse de l'organe. Des tentatives antérieures du même genre avec d'autres substances avaient toutes échoué (DIEFFENBACH s'était servi de plaques d'or, et GALEZOWSKI, d'une prothèse en plomb). Par contre, à l'époque où LEISRINK fit sa publication, son client portait déjà depuis six mois sa prothèse d'ambre, sans en éprouver d'inconvénient. Nous pensons qu'en présence des résultats si imparfaits des méthodes opératoires, on fera bien de répéter la tentative de LEISRINK dans certains cas qui paraissent s'y prêter (ensellure du nez, etc.).

Le succès obtenu par MIKULICZ doit aussi engager les chirurgiens à faire de nouveaux essais dans cette direction. Dans un cas d'ensellure du nez il détacha ce dernier, par une incision sous-cutanée, de ses adhérences cicatricielles, de façon à pouvoir lui donner une saillie et un profil convenables. Puis, au bout de quelques jours, il introduisit dans chaque narine une petite anse métallique recourbée en forme d'étrier, et dont l'une des deux branches correspondait au bord inférieur de l'orifice, tandis que l'autre était destinée à soutenir le dos du nez. Ces petits appareils peuvent être enlevés chaque jour pour le nettoyage.

Pour les cas d'ensellure du nez j'ai pratiqué plusieurs fois dans le cours des dernières années une opération qui permet de redonner à l'organe une hauteur de profil ne laissant rien à désirer. Le procédé en question consiste à emprunter au front une charpente osseuse que l'on recouvre d'un lambeau cutané.

On fait d'abord une incision transversale à la limite inférieure de l'ensellure de façon à rendre mobiles les parties molles du nez. Si l'on attire en avant ces dernières, on arrive facilement à les amener au point qu'elles occuperaient si le nez avait une hauteur de profil normale; la plaie devient alors largement béante, et c'est cette brèche qu'il s'agit d'abord de pourvoir d'un lambeau de soutènement. On taille aux dépens du dos du nez et de la partie voisine du front un lambeau oblong, large d'environ 3/4 centim. à grand diamètre dirigé verticalement. Après avoir circonscrit le lambeau jusqu'à l'os, on fait agir l'un des angles de la lame d'un ciseau pour diviser la couche corticale de l'os sur toute la longueur de l'incision; puis, au moyen d'un ciseau dont la lame plate a la même largeur que le lambeau, on détache du diploë toute l'étendue de substance corticale ainsi délimitée et recouverte de son périoste et de la peau sus-jacente. Tout ce lambeau d'os et de parties molles est alors rabattu de haut en bas; à ce moment la couche corticale se brise à l'endroit où elle se continue en bas avec la voûte osseuse du nez. La peau se trouve donc retournée en dedans, tandis que la coque osseuse regarde en dehors. Ce lambeau ainsi rabattu vient combler la brèche produite par la section transversale du nez; son bord libre est alors réuni par des sutures aux parties molles du nez, de telle façon que le bord cutané de ces dernières recouvre la périphérie du lambeau. La

couche cutanée du lambeau est destinée à jouer désormais le rôle d'une muqueuse. Enfin, sur la charpente du nez ainsi reconstituée, on fait descendre un lambeau cutané emprunté à la région du front. Par ce procédé, on arrive à donner au nez une hauteur de profil normale qui se maintient grâce au lambeau osseux. Il est vrai que l'on devra apporter encore ultérieurement quelques corrections à la forme de l'organe.

§ 41. — Dans toutes les opérations rhinoplastiques il faut donner beaucoup de soin au traitement consécutif, et à ce sujet nous renvoyons le lecteur aux paragraphes consacrés à l'emploi de la méthode antiseptique dans les plaies de la face et les opérations plastiques en général. La réunion du lambeau destiné à former le nouvel organe exige une huitaine de jours environ. Lorsqu'il s'y produit des phénomènes de stase veineuse, on peut les combattre par de légères scarifications. Il est rare d'observer une gangrène complète du lambeau lorsque, dans la formation du pédicule, on s'est conformé aux règles que nous avons exposées. Par contre il se produit assez souvent un sphacèle limité à certaines parties, par exemple à celles qui étaient destinées à former le rebord des ailes du nez et la sous-cloison. S'il survient un phlegmon, on le combattra par l'application de glace et par l'écartement des bords de la plaie aux endroits qui sont le siège de l'inflammation. Les sutures sont enlevées du 2<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour.

#### Maladies des fosses nasales

RHINOSCOPIE. CORYZA. RHINITE. CORPS ÉTRANGERS. ULCÉRATIONS. HÉMORRAGIE. TUMEURS.  
RHINOSCOPIE

§ 42. — Les méthodes d'exploration du nez ont été notablement perfectionnées dans le cours des dernières années (VOLTOLINI, ZAU-FALL, etc.). Les limites imposées à cet ouvrage ne nous permettent pas d'entrer dans des détails au sujet de la discussion, encore loin d'être close, concernant les meilleurs procédés d'examen du nez et les instruments nécessaires à l'exploration de cet organe. A ceux de nos lecteurs qui voudraient s'instruire sur cette question, nous conseillons le livre de VOLTOLINI (*Rhinoscopie et pharyngoscopie*. Breslau 1879)<sup>1</sup>.

L'inspection des cavités nasale et naso-pharyngienne peut être faite par deux ouvertures. L'orifice antérieur des fosses nasales restera toujours la voie la plus naturelle, et c'est la seule que l'on puisse employer dans les cas où il s'agit d'examiner la partie antérieure des cavités en question. On désigne sous le nom de **rhinoscopie antérieure** les méthodes d'examen qui permettent de voir par les narines toute la ca-

1. Voir aussi le *Traité des maladies des oreilles et du nez* par MIOT et BARATOUX, 1884, pages 224 et suivantes. (Note du traducteur).