

6° *Accidents de l'autoplastie.* Les accidents le plus à craindre sont : le tiraillement et la division des tissus réunis, lorsqu'ils ont été soumis à une trop forte extension ; l'engouement et la mortification partielle ou totale du lambeau ; l'érysipèle ; la suppuration. On évite la plupart de ces dangers quand on a la précaution de tailler des lambeaux assez amples pour ne pas être trop fortement tendus et étranglés, cause principale d'interruption dans la circulation et de mortification. Il ne faut pas placer un trop grand nombre de sutures et ne pas froisser le lambeau en les appliquant. On devra attendre toute cessation d'écoulement du sang avant d'affronter les parties ; autrement il se fait des collections sanguines qui soulèvent le lambeau, en empêchent la réunion, le distendent et le gangrènent. Si l'on doute de la vitalité du lambeau, on peut faire l'opération en plusieurs temps. On forme en premier lieu le lambeau, on le renverse, et on l'applique définitivement quelques jours plus tard, après l'avoir convenablement modelé.

7° *Cas où la réunion secondaire ou par suppuration est seule applicable.* Quelquefois la réunion secondaire ou par suppuration est la seule applicable, et l'avivement du bord des parties à affronter se fait au moyen du nitrate d'argent, de teinture de cantharides, de nitrate acide de mercure, ou de tout autre caustique agissant d'une manière superficielle. Si l'on voulait faire suppurer un lambeau tégumentaire avant de l'appliquer, il faudrait soulever une bandelette de peau en forme de séton très-large, et n'en diviser une des extrémités qu'après avoir entretenu quelque temps la suppuration, afin d'obtenir un lambeau plus épais et moins rétractile.

8° *Indications de l'autoplastie.* Les indications de l'autoplastie sont fort nombreuses. On a recouru aux méthodes autoplastiques pour refaire ou réparer des organes importants, tels que le nez, les oreilles, les lèvres, les paupières, le prépuce ; fermer des pertes de substance ; oblitérer des fistules ; prévenir la récurrence des hernies ; recouvrir des plaies résultant de l'ablation de cancers (les tentatives à ce sujet n'ont pas confirmé l'espoir de prévenir ainsi la récurrence de la maladie) ; favoriser la cicatrisation d'anciens ulcères ; remplacer des cicatrices difformes ; maintenir ouverts des orifices naturels oblitérés ; séparer des doigts palmés etc. Les procédés opératoires employés dans ces divers buts seront exposés dans autant de paragraphes, ou rappelés lorsqu'il en aura déjà été traité.

9° *Contre-indications.* Les contre-indications spéciales sont : l'existence d'un vice général ; les fâcheuses conditions organiques du malade ; l'état d'altération des régions auxquelles les lambeaux doivent être empruntés ; le danger de l'opération, comparé à la faible importance des résultats etc.

10° *Résultats définitifs.* Quelquefois très-brillants et souvent très-utiles dans tous les cas où les règles de l'art ont été habilement comprises et suivies.

RHINOPLASTIE.

L'art de refaire le nez paraît avoir été surtout en honneur aux époques où les mutilations de cet organe étaient une peine légale, et la réputation de la tribu indienne des Koomas, dont nous avons déjà parlé, ainsi que la statue élevée dans l'amphithéâtre anatomique de Bologne à Tagliacozzi, montrent l'importance accordée à ces sortes d'opérations.

Malgré des succès incontestables, la rhinoplastie était tombée dans un profond oubli et était presque traitée de fabuleuse par la plupart des médecins, lorsque l'ouvrage du docteur anglais Carpue, publié en 1816, vint la remettre en honneur. Deux opérations suivies de succès, et pratiquées par ce chirurgien, ne pouvaient laisser de doute aux plus incrédules, quand Græfe, Delpech, Dupuytren, Thomassin, Lisfranc, Blandin, Travers, Dieffenbach en firent successivement connaître de nouveaux exemples.

Beaucoup d'autres opérateurs non moins habiles pourraient être ajoutés à cette liste.

C'est ainsi qu'en 1833, Velpeau pratiqua la rhinoplastie sur un homme âgé de quarante-huit ans, auquel il avait extirpé un ulcère cancéreux qui affectait le nez, l'échancrure nasale du maxillaire supérieur gauche, presque tout l'os pyramidal du même côté, et s'étendait inférieurement jusqu'au tiers supérieur de la lèvre supérieure. L'opération réussit. La vaste plaie du front se cicatrisa de manière à laisser peu de traces.

En 1837, le même chirurgien fit une seconde opération de rhinoplastie, mais cette fois par la méthode italienne, en empruntant un lambeau à la région antéro-externe du bras, à raison de l'abondance des nerfs et vaisseaux cutanés dans ce point. Le nouvel organe parut d'abord se réunir, mais bientôt il fut frappé de gangrène.

Le désir de corriger une difformité repoussante n'est pas le seul motif qui ait engagé les chirurgiens à suivre la voie tracée par les empiriques de l'Inde. La membrane pituitaire s'enflamme très-facilement lorsque, par suite de la perte du nez, les fosses nasales sont largement ouvertes à l'air extérieur. L'inflammation peut se propager à l'appareil lacrymal ainsi qu'aux paupières, et amener des conséquences faciles à prévoir. L'odorat est très-affaibli, la voix

nasonnée. Mais la rhinoplastie n'est pas le seul moyen de parer à ces inconvénients, et des nez artificiels de carton, d'argent ou de cire, artistement construits, soutenus par des ressorts et des lunettes, dissimulent la perte de substance, quand elle est complète, et garantissent assez les parties pour être souvent préférés aux chances d'une opération.

Delpech, Blandin, Pinel Grandchamp ont obtenu des restaurations nasales assez régulières. M. Sédillot en a pratiqué plusieurs avec des résultats très-favorables, au point qu'il a pu citer plusieurs de ses opérés qui avaient continué à servir dans l'armée ou repris leurs travaux dans des ateliers, sans que leurs camarades aient connu l'opération qu'ils avaient subie. Aussi, quoiqu'il ait vu à Paris quatre malades mourir des suites de cette opération, la croit-il indiquée et peu grave lorsqu'on entoure les blessés de ménagements et des précautions convenables.

Toutes les méthodes autoplastiques ont été appliquées à la rhinoplastie, et les procédés et les modifications opératoires en ont été extrêmement variés.

La destruction d'une partie ou de la totalité du nez par un lupus, les scrofules, la syphilis, une brûlure, un cancer, une blessure par arme à feu ou par instruments tranchants, telle est l'indication de la rhinoplastie, dont les difficultés sont en raison de l'étendue des pertes de substance; la forme générale de l'organe étant toujours beaucoup plus facile à conserver ou à reproduire lorsque les os propres du nez et le cartilage de la cloison nasale sont restés intacts.

Rhinoplastie par la méthode de Celse. Cette méthode est applicable aux cas où les téguments sont dilacérés, aplatis ou enfoncés vers les fosses nasales, partiellement détruits, mais néanmoins conservés dans la presque totalité de leur étendue. Si la perte de l'organe était complète, le décollement et l'allongement des bords de la perte de substance ne suffiraient jamais à reconstituer la saillie nasale, et il faudrait, pour remplir ce but, recourir aux autres méthodes autoplastiques. Larrey a publié dans sa *Clinique* l'histoire précédemment citée d'un militaire dont il reconstitua le nez, dilacéré par l'explosion d'une arme à feu, sans difformité trop apparente, en détachant les portions de peau adhérentes qui avaient fait primitivement partie de l'organe, et en les replaçant habilement dans leur position normale.

Dieffenbach a obtenu un semblable succès sur une jeune fille dont les os propres du nez, le vomer et la lame de l'éthmoïde avaient été détruits par les scrofules, ce qui avait déterminé l'aplatissement et l'enfoncement du nez. De nombreuses incisions et des points de

suture multipliés permirent de relever l'organe et de lui rendre en partie sa forme primitive; un petit lambeau emprunté à la lèvre supérieure servit à reconstituer la cloison.

Baudens et plusieurs autres chirurgiens ont été également heureux; en recourant à la même méthode dans des conditions moins graves.

Un chirurgien de Philadelphie, M. Motter, a fait connaître, en 1838, l'observation d'un jeune homme auquel il refit toute l'aile droite du nez, au moyen d'un lambeau emprunté à la joue par décollement, et ramené sur la perte de substance, préalablement avivée en forme de V renversé. L'opération réussit complètement: elle pourrait servir d'exemple, avec quelques modifications aisément tirées de nos généralités, dans des conditions à peu près semblables.

Rhinoplastie par la méthode indienne. Le caractère principal de cette méthode est l'emprunt, fait aux téguments du front, du lambeau destiné à la restauration nasale. C'est là le procédé des Koomas, qui est resté tel dans la pratique, sauf quelques modifications appliquées à la formation et à la réunion du lambeau.

Dans le procédé indien primitif, on commence par aviver les bords de la perte de substance, dont on prend les dimensions sur une feuille mince de carton, en les exagérant légèrement; on taille sur ce modèle, aux dépens de la peau du front, un large lambeau à base supérieure (*a*, fig. 442), avec un prolongement médian destiné à former la cloison sous-nasale. Deux incisions latérales prolongées jusqu'à la racine du nez circonscrivent les côtés du lambeau, qui est détaché et renversé au devant des fosses nasales au moyen de la

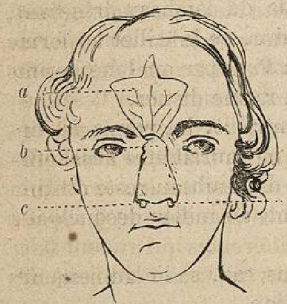


Fig. 442.

torsion de son pédicule *b*. Des épingles servent alors à la réunion par suture des plaies latérales; la cloison sous-nasale est fixée à la lèvre supérieure de la même manière, et de petits tampons de sparadrap, roulés sur eux-mêmes ou sur un morceau de sonde élastique *c c*, permettent de soulever l'extrémité inférieure du lambeau en forme de narines. On peut, en outre, soutenir le nouveau nez avec quelques boulettes de charpie et des bandelettes agglutinatives.

La plaie du front est abandonnée à elle-même et se ferme habituellement assez vite par seconde intention, sous l'influence de pansements simples; cependant on a aussi