

essayé de la réunir par des points de suture, et Dieffenbach a même pratiqué des incisions verticales sur les tempes pour favoriser l'allongement des téguments. Nous jugeons ce procédé dangereux. Les téguments du crâne sont peu extensibles et se prêtent mal à ces tiraillements forcés, qui ont le grave inconvénient d'exposer à la déchirure des points de suture, aux érysipèles, à la mortification des tissus, et à des accidents cérébraux. Lorsque la réunion du lambeau est achevée, on divise et l'on excise la portion du pédicule renversé par torsion au-dessus de la peau restée intacte à la racine du nez, et le lambeau n'est plus soutenu que par ses nouvelles adhérences.

L'expérience a révélé une conséquence fâcheuse de cette conduite. Le lambeau, n'étant plus suffisamment maintenu, descend peu à peu, s'arrondit en forme de tumeur à l'extrémité du nez et donne lieu à une nouvelle difformité. Plusieurs procédés ont été employés ou conseillés pour remédier à ce grave défaut.

Dieffenbach fit une incision longitudinale sur un des côtés de la racine du nez, et y engagea le pédicule du lambeau, dont il excisa plus tard les portions saillantes.

Lisfranc continua un des côtés de l'incision du lambeau six millimètres plus bas que du côté opposé, et, en renversant le pédicule du lambeau dans ce sens, il put le réunir dans une plus grande hauteur et ne former qu'un léger godet tégumentaire, susceptible d'affaissement et de disparition au moyen d'une faible compression.

Blandin recourut à un procédé un peu différent: ayant abaissé et fixé les parties selon la méthode indienne, il excisa une portion de la peau intermédiaire afin d'aplatir aussitôt le pédicule du lambeau sur cette surface saignante et de l'y maintenir affronté.

Velpeau a proposé de couper le pédicule du lambeau très-haut, et, au lieu d'exciser la saillie tégumentaire, de la tailler en forme de triangle à pointe supérieure, et de la fixer par quelques points de suture dans une fente pratiquée sur la racine du nez.

Ce dernier procédé augmente, sans contredit, les points de contact et d'adhérence du lambeau, mais il ne saurait être aussi efficace que ceux dans lesquels le pédicule du lambeau reste continu en totalité ou en partie avec les téguments au milieu desquels il a été engagé.

La saillie du pédicule s'affaisse en tous cas, se lie au reste des téguments, et n'exige ni incision ni excision.

M. Phillips taille un prolongement un peu large pour la cloison sous-nasale, afin de pouvoir en opposer les surfaces sanglantes. Les portions du lambeau destinées aux ailes du nez sont renversées également sur elles-mêmes, pour mieux représenter l'orifice des narines

et en prévenir l'oblitération. On traverse enfin de part en part, avec des épingles, la partie saillante et moyenne du lambeau, afin de former l'arête du nez. Entre la tête des épingles et les téguments on interpose un petit morceau de carton ou de caoutchouc, pour éviter l'ulcération de la peau, et l'on en fait autant du côté de la pointe, que l'on renverse pour assujettir chaque point de suture. La cloison et les ailes du nez sont fixées par la suture entrecoupée, et les formes du nouvel organe sont ainsi beaucoup plus régulières et persistantes.

Adopté par quelques chirurgiens, ce procédé a donné un très-beau succès à M. Pinel Grandchamp. Mais la duplication des ailes du nez est extrêmement difficile en raison de l'épaisseur des téguments, et nous conseillons d'y renoncer.

M. Sédillot a pratiqué et recommandé un perfectionnement qui nous paraît très-heureux et dont l'expérience a plusieurs fois confirmé les avantages. Pour donner plus de saillie et de soutien à la pointe du nez, il a doublé le lambeau sous-nasal d'une languette tégumentaire, empruntée à la lèvre supérieure et superposée à la peau frontale. On peut enlever toute l'épaisseur de la lèvre dans une largeur de six millimètres, exciser la muqueuse et les muscles, et porter en haut la peau restée adhérente au niveau des narines. Cette portion de peau est superposée, comme nous l'avons dit, à la surface saignante de l'extrémité allongée du lambeau frontal, et les deux téguments réunis constituent la nouvelle cloison, devenue épaisse, solide et exempte en partie de suppuration: on affronte la lèvre comme dans le bec-de-lièvre. On peut aussi ne pas enlever toute la lèvre et n'en détacher que la peau; mais la plaie se prête moins bien à la réunion immédiate et tend à s'écarter par la seule élasticité des parties cellulo-musculaires et muqueuses, qui se trouvent repoussées en arrière et qui réagissent.

En général, le lambeau devient pâle et froid dans les premiers moments de l'opération, mais bientôt il prend une teinte bleuâtre et livide et semble légèrement gonflé. Cet état, dépendant des obstacles que rencontre le retour du sang veineux, est combattu quelquefois avec avantage au moyen d'une ou de deux sangsues, qui amènent un dégorgeement salutaire, ou par une légère cautérisation ponctuée. Les lotions avec de l'eau-de-vie camphrée, l'infusion de camomille, les affusions froides trouveraient aussi leur application. Il y a, comme on le voit, beaucoup de nuances à saisir qu'un tact chirurgical exercé peut seul apprécier. Pendant longtemps, les malades rapportent au front les impressions de l'extrémité du nez: on conçoit qu'il ne peut en être autrement. Si le lambeau a été pris dans le cuir chevelu, il continue à se couvrir de cheveux qu'il faut raser ou arracher, et il conserve assez souvent une teinte plus

pâle que celle du reste de la face et une température moins élevée ; il serait également plus sujet à se congeler s'il était exposé au froid, en raison de sa moindre vitalité.

Rhinoplastie partielle par la méthode indienne. M. Sédillot a adressé, il y a quelques années, à l'Académie des sciences, l'histoire d'une restauration partielle du nez, par un lambeau emprunté à la joue. L'aile du nez manquait complètement, et elle fut remplacée d'une manière très-régulière. Personne n'eût pu soupçonner l'existence antérieure de la difformité, ni le procédé mis en usage pour y remédier.

Tentatives de régénération des os du nez par le périoste frontal. Dans le cas de destruction des os du nez, le nouvel organe est toujours un peu aplati à sa racine, et la duplication des téguments (procédé de M. Phillips) ne suffit pas à prévenir cette difformité. M. Ollier a essayé de faire de toutes pièces les os du nez avec le périoste frontal détaché et laissé dans la partie supérieure du lambeau tégumentaire. Ce chirurgien a présenté un malade ainsi opéré. Nous ne croyons pas à la possibilité de pareilles régénérations osseuses, que les expériences sur les animaux et les tentatives pratiquées sur l'homme ne confirment pas. On pourrait obtenir du tissu fibreux, et dans quelques cas, exceptionnels peut-être, une légère production de granulations osseuses ; mais ce dernier résultat est encore à démontrer.

Restauration de la cloison sous-nasale. La méthode indienne a servi à reproduire dans quelques cas la cloison sous-nasale, prise dans l'épaisseur de la lèvre supérieure. C'est une opération facile, que Blandin a modifiée fort ingénieusement. Au lieu de tordre le pédicule du lambeau, il s'est borné, après l'avoir taillé aux dépens de toute l'épaisseur de la lèvre, à le renverser de bas en haut et de dedans en dehors. Il retrancha l'extrémité du lambeau répondant au bord libre de la lèvre et la fixa par deux points de suture au lobule du nez. La circulation n'est pas gênée, parce qu'il n'y a pas de torsion du pédicule, et la muqueuse de la face inférieure ou apparente de la cloison revêt peu à peu, a-t-il dit, les caractères de la peau. (Voy. *Bec-de-lièvre*.)

Dans un cas où M. Sédillot mit en pratique ce procédé, la membrane muqueuse resta rouge et, pendant la première année qui suivit l'opération, se couvrit incessamment de pellicules épidermiques épaissies : le bout du nez, qui avait été aussi reconstitué, ressemblait assez à une cerise.

Rhinoplastie par la méthode italienne ou par autoplastie à distance. Cette méthode, d'abord appliquée en Sicile par la famille des Branca, comme l'a fait connaître le docteur

Labat, fut décrite par Tagliacozzi. Ce chirurgien, aussi instruit qu'habile, a exposé avec beaucoup de détails les différents temps de son procédé, et appelé l'attention sur la nécessité de former des lambeaux plus grands que les pertes de substance à réparer.

Tagliacozzi détachait de la région antérieure du bras un lambeau dessiné sur un modèle pris d'après nature et découpé en carton ou en cuir. Il le formait des téguments de la région antérieure du bras, le taillait de la pointe vers la base dans une étendue assez grande pour recouvrir suffisamment la perte de substance et reconstituer un nouveau nez. On réunissait aussitôt une partie de la plaie au-dessous du lambeau, dont on attendait la suppuration afin d'en augmenter l'épaisseur et la résistance vitale. On rafraîchissait plus tard les bords latéraux du lambeau et ceux de l'ouverture nasale, et on les unissait intimement au moyen de la suture, depuis la racine du nez jusqu'au niveau de la lèvre supérieure. Des bandages appropriés maintenaient le bras immobile, et, lorsqu'au bout de huit à dix jours la réunion était opérée, on séparait complètement le lambeau du bras, et l'on achevait la restauration du nez en le façonnant régulièrement.

Un autre procédé consistait à pratiquer une simple incision au bras ou à l'avant-bras. On y fixait l'organe mutilé, et, dès que l'agglutination en avait eu lieu, on enlevait un lambeau cutané assez large pour réparer la difformité.

Græfe avait érigé en principe de procéder sur-le-champ à la réunion immédiate, au lieu d'attendre, comme Tagliacozzi, l'épaississement du lambeau brachial. Le chirurgien de Berlin a plusieurs fois réussi. Lorsque la réunion était accomplie, il détachait complètement le lambeau du bras, le fixait au niveau du bord supérieur de la lèvre, et le perceait de deux trous, dans lesquels il plaçait des canules creuses pour l'ouverture des narines. On pourrait également laisser un pédicule à la base du lambeau pour la cloison sous-nasale, comme cela se fait dans la méthode indienne. Un point essentiel est d'assurer invariablement l'immobilité du bras contre la tête pendant le temps nécessaire à la réunion. C'est un véritable supplice pour la plupart des malades, que Græfe conseillait de soumettre d'avance à l'usage d'un bandage propre à assurer cette position. Un gilet lacé *c* (fig. 443), surmonté d'un capuchon embrassant solidement la tête, présentait à l'une des manches une ouverture correspondante à la région du bras où devait être pris le lambeau. Deux courroies étaient attachées au coude *b*, et deux autres plus courtes, fixées au poignet et à la main, assujétissaient sûrement ces parties *a* sur le sommet de la tête. Nonobstant ces précautions, il survint plusieurs fois des accidents ; l'un des opérés