RHINOPLASTIE.

Velpeau a proposé de couper ce pédicule très-haut, et au lieu d'exciser la saillie des téguments, 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.

Il est d'autres procédés qui n'ont pas pour objet de remédier au défaut que nous venons de signaler : ce sont ceux de Lisfranc, Delpech, etc. Celui du chirurgien de la Pitié a été exposé dans nos généralités sur l'autoplastie. Quant à celui de Delpech, voici en quoi il consiste : tailler la base du lambeau à trois pointes, en sorte qu'il reste sur le front deux pointes de téguments séparant trois plaies dont la réunion est par cela même plus facile; découper ensuite convenablement les trois pointes du lambeau, de manière que l'une forme la cloison et les deux autres les ailes du nez. Enfin, Dieffenbach a proposé d'emprunter le lambeau au cuir chevelu; mais ce procédé expose à la gangrène et à des accidents sérieux du côté de l'encéphale.

A ces procédés, il faut ajouter ceux d'Auvert, de Langenbeck, de M. Sédillot, le mien et celui de M. Ollier.

Le premier consiste tout simplement à imprimer une direction oblique au lambeau et au pédicule.

Langenbeck, dans le but de faire glisser plus aisément le lambeau, de telle sorte qu'il puisse s'appliquer sans torsion, au lieu de faire aboutir les incisions de chaque côté de la ligne médiane, les termine toutes deux du même côté; le pédicule se trouve ainsi presque horizontal. En outre, pour faire adhérer celui-ci, il conseille d'aviver la portion de peau qui se trouve entre le pédicule et la perte de substance du nez

M. Sédillot (Gazette des hôpitaux, p. 356) a proposé un nouveau procédé de rhinoplastie qui consiste à constituer par un double tégument superposé les faces supérieure et inférieure de la souscloison en les continuant régulièrement avec le nez et avec la lèvre. En taillant le lambeau frontal, on donne plus de longueur et de largeur à la languette tégumentaire destinée à la sous-cloison. On détache de la partie moyenne et de toute la hauteur de la lèvre supérieure un lambeau d'un centimètre environ de largeur, dont la base est en haut, l'extrémité libre en bas et qui s'étend en arrière jusqu'auprès de la muqueuse sans l'intéresser. Le lambeau, relevé à angle droit, présente une face supérieure épidermique et une face inférieure traumatique ou sanglante. En plaçant au-dessous de cette dernière, et en contact avec elle, le prolongement du lambeau frontal, on forme une cloison sousnasale épaisse, résistante, revêtue de peau supérieurement et inférieurement, isolée, sans possibilité d'adhérences avec les parties voisines, continue au nez et à la lèvre dont elle provient, et peu susceptible de rétraction. Chez les hommes on peut prendre l'extrémité du lambeau frontal sur le cuir chevelu, de telle sorte que les cheveux qui s'y développent se confondent avec la moustache.

Il y a une vingtaine d'années, j'ai imaginé, au lieu de tailler un lambeau sur le front seul, d'emprunter aux joues deux lambeaux qui, réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane, sont destinés à reconstituer chacun la moitié du nez. Ces lambeaux, dont on conçoit la forme, se rapprochent par conséquent de la direction verticale; le rebord adhérent, qui représente en quelque sorte le pédicule, est supérieur tandis que le bord destiné à représenter le contour des narines est inférieur. Grâce à cette disposition, il est facile de rapprocher ces lambeaux l'un de l'autre et de les suturer sur la ligne médiane; pour donner à la saillie du nez plus de relief, il est bon de conserver dans ces lambeaux une assez grande épaisseur de parties molles. On peut les mobiliser très-aisément et les amener au contact sur la ligne médiane en laissant de chaque côté du nez une surface saignante.

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 notre attente.

Dans le cas où une partie des ailes du nez est conservée, il faut faire passer par-dessus ces parties les lambeaux qui doivent former le lobule : les portions conservées du nez, ayant leur fixité normale, s'opposent à l'aplatissement.

Chez la malade dont nous donnons la figure ci-contre (fig. 131 et 132), et que j'ai opérée en 1859 à l'hôpital des Cliniques, les ailes du nez n'ayant pas été complétement détruites ont été laissées à leur place, et les deux lambeaux pris en dehors de ces parties ont été ramenés en dedans, ils ont été réunis sur la ligne médiane au moyen de la suture entrecoupée avec des fils de soie. Sur les parties latérales, ils furent ainsi fixés: une tige d'argent de la grosseur d'un stylet ordinaire et terminée par une pointe d'acier en forme de fer de lance est enfoncée à la base des os nasaux, de telle façon qu'elle traverse le lambeau d'un côté, les parties conservées du nez primitif et le lambeau de l'autre côté. Une fois en place, on coupe les extrémités avec un sécateur;

on lui laisse la longueur qui représente la largeur qu'on veut former au nez. Toutefois chaque extrémité dépasse les parties molles de 5 millimètres environ, afin qu'elle puisse recevoir l'anneau d'un cerceau métallique et une petite rondelle de liége d'un millimètre d'épais-



Fig. 431. - Avant l'opération.

seur et d'un diamètre de quelques millimètres. Cette rondelle est destinée à protéger les lambeaux du contact immédiat des anneaux. Le cerceau en forme de pince-nez est relevé vers la racine du nez et immobilisé par un fil fixé au front à l'aide d'une bandelette de diachylon. Il sert à prévenir l'aplatissement du nez et à lui rendre sa forme. Il est d'un calibre à peu près égal à celui de la tige d'argent et il peut être serré ou reserré à volonté. Nous avons opéré plusieurs malades par cette méthode et nous en avons obtenu toujours de très-bons résultats.

Enfin M. Ollier (de Lyon) a proposé un procédé qui a pour but de fournir aux lambeaux un support osseux. Se basant sur la possibilité de greffer les os revêtus de leur périoste, ce chirurgien eut l'idée de former des lambeaux latéraux ostéopériostiques avec les apophyses montantes des maxillaires supérieurs, de les rapprocher en les renversant en dedans et de les recouvrir ensuite d'un lambeau cutané emprunté au front et doublé lui-même du périoste de l'os coronal; ou bien encore, tirant parti des restes de l'ancien nez, il abaisse le rebord du nez pour constituer l'orifice des narines, il dédouble la charpente,



Fig. 132. — Après l'opération.
Rhinoplastie par déplacement latéral.

luxe un des os propres avec la partie attenante de la cloison et le soude bout à bout à celui qui est resté en place. Il donne le nom d'ostéo-plastie osseuse à cette manière de refaire le squelette du nez; d'autre part, en doublant de périoste les lambeaux cutanés, il a pour but de créer un obstacle à la rétraction des parties molles. Il a montré en effet par un grand nombre d'expériences sur les animaux, qu'il est possible de faire développer du tissu osseux au moyen des lambeaux du périoste. M. Ollier appelle cette méthode l'ostéoplastie périostique, et c'est par la combinaison de ces deux méthodes qu'il cherche à remédier aux imperfections de la rhinoplastie cutanée. Ce chirurgien a été à même de réaliser ce programme sur un sujet dont le nez était rongé par un lupus datant de l'enfance. L'opération a pleinement réussi.

On s'oppose à l'oblitération des narines de la même manière que dans la méthode précédente. La plaie du front est pansée simplement. Celle-ci se ferme ordinairement assez vite par seconde intention. On a essayé de la réunir par suture, et Dieffenbach, pour favoriser le rapprochement des téguments, a même conseillé de faire des incisions verticales sur les tempes; mais cette pratique n'a pas été imitée, et l'on abandonne généralement la plaie à elle-même.

La méthode indienne est la plus généralement adoptée par les chirurgiens. Elle convient surtout quand les os propres du nez manquent ou que le front est élevé et recouvert d'une peau saine. Néanmoins, quelle que soit l'habileté de l'opérateur et le procédé qu'il ait employé, il est rare que l'opération réussisse assez complétement pour qu'on ne soit pas obligé d'y revenir. En outre, elle n'est pas exempte de suites fâcheuses. Ainsi, sur deux malades, Blandin a été sur le point d'en perdre un; un de ceux de Lisfranc est mort; et Dieffenbach, pendant son séjour à Paris, en a perdu deux sur six (Velpeau, Médecine opératoire, t. I, p. 647). De tels résultats ne sont rien moins que propres à disposer les chirurgiens en faveur d'une opération qui, en dernière analyse, n'est pas d'absolue nécessité.

3º Méthode française. — Cette méthode consiste à réparer la perte de substance du nez, soit en décollant les parties voisines et les attirant au point de pouvoir les affronter par leurs bords préalablement avivés, soit en les disséquant et en les taillant de manière à pouvoir les déplacer avec plus de liberté.

Larrey est le premier qui ait employé avec succès cette méthode de rhinoplastie. Quelques auteurs cependant attribuent sa découverte à Franco. Nous donnons ici un résumé de l'observation de Larrey.

Un sergent s'était tiré dans la bouche un coup de fusil : la balle avait traversé le nez, effleuré le crâne en traversant la peau du front ; toute la portion palatine des os maxillaires comprise entre les dents canines supérieures fut emportée, les portions labyrinthiques du nez, les os propres et les cartilages furent détruits et expulsés. Les deux ailes de l'organe étaient renversées en dedans et en arrière, la sous-cloison faisait partie de la narine gauche. La plaie suppura et guérit sans nul accident; mais les bords se cicatrisèrent dans un état d'écartement considérable; ils contractèrent une adhérence intime avec la surface extérieure des apophyses montantes des os maxillaires, de manière à produire au milieu du visage une échancrure très-irrégulière, rouge, caverneuse, et d'un aspect repoussant. Les choses étaient dans cet état lorsque Larrey entreprit l'opération suivante:

Le sujet étant assis sur une chaise : « Je commençai, dit ce chirur-» gien, par détacher les bords tégumentaires et adhérents dans tout le » pourtour de cette horrible plaie ou échancrure ; j'en poursuivis la » dissection à plusieurs lignes d'étendue, vers les pommettes, sur la » surface des os maxillaires, afin d'avoir une assez grande étendue de » peau pour franchir l'espace compris entre les bords de cette division, » et pour en obtenir la réunion lorsqu'ils seraient mis en contact.

» Je détachai ensuite les adhérences que les deux divisions des ailes » du nez et de la lèvre supérieure avaient contractées avec les bords de » l'échancrure palatine. Cette dissection fut longue et difficile. Après » avoir isolé toutes les parties molles qui appartenaient jadis au nez » j'en rafraîchis les bords à l'aide de ciseaux évidés, avec l'attention de » donner à chaque coupe la forme qu'elle devait avoir pour s'affronter » exactement et d'une manière uniforme. »

Cette dissection terminée, les parties furent recousues par des points de suture, que protégeait un bandage contentif, unissant, garni de compresses graduées. Au quinzième jour, ces points de suture furent enlevés, la cicatrisation était exacte, uniforme et régulière.

Dieffenbach a appliqué la même méthode sur une fille de douze ans, qui, par suite d'ulcères scrofuleux, avait perdu les os propres du nez, le vomer, la plus grande partie de l'apophyse nasale, l'os malaire et les lames de l'ethmoïde. Les téguments étaient repliés dans les fosses nasales et formaient, au lieu de la saillie naturelle de l'organe, un sillon tortueux et irrégulier qui donnait à la figure l'aspect d'une tête de mort. Le chirurgien parvint à former un nouveau nez, avec les débris de l'ancien.

A la rigueur, on pourrait rapporter à cette méthode le procédé par lequel Roux, à l'aide de migrations successives, parvint à combler une perte de substance du nez avec un lambeau de la lèvre inférieure, qu'il greffa sur la lèvre supérieure d'abord, et consécutivement sur la partie de l'organe qu'il avait à réparer.

La méthode française n'a pas déterminé jusqu'à présent d'accidents mortels; de plus, elle expose moins à la gangrène du lambeau, le bord de celui-ci étant très-large. La cicatrice obtenue, la vitalité du nez nouveau est à peu près aussi active que le serait celle d'un nez naturel. Enfin, la méthode française est d'une exécution plus facile, d'une commodité plus grande pour réparer certaines difformités partielles du nez, qui sont du reste celles qu'on rencontre le plus ordinairement dans la pratique. Cependant, malgré ces avantages, cette méthode n'a pas obtenu l'assentiment de tous les chirurgiens, et Velpeau se borne à dire qu'elle ne saurait être ni rejetée ni adoptée d'une manière exclusive. Les raisons qu'on a fait valoir contre elles sont les suivantes : il faut que la perte de substance soit peu étendue, car les parties ne pourraient facilement s'affronter sans risque de déchirure au niveau des points de suture; il faut encore que les os propres du nez soient intacts, car s'ils manquaient, les lambeaux privés de point d'appui s'enfon-

ceraient, et l'on aurait, au lieu d'un nez en relief, une surface plane ou même déprimée. Serre (de Montpellier) est, de tous les chirurgiens, celui qui a le mieux fait ressortir les avantages de cette méthode et en a poussé le plus loin la sphère d'application.

Rhinoplastie partielle.

D'une façon générale on peut dire que la rhinoplastie partielle fournit de bien meilleurs résultats que la rhinoplastie totale.

On a pu, dans diverses circonstances, restaurer la sous-cloison du nez. Dupuytren a eu l'occasion de la reconstruire dans un cas où elle avait été complétement détruite par suite d'ulcère, ainsi que le cartilage médian dans une hauteur de 15 à 18 millimètres. C'est à la lèvre supérieure qu'il emprunta ce lambeau. Le malade, ainsi opéré, présentait encore une petite difformité corrigée plus tard par Gensoul, et quelques années après, Velpeau constatait le succès de cette opération.

On a aussi réparé les ailes du nez avec un lambeau emprunté à la joue ou à la lèvre supérieure; mais cette opération présentait cet inconvénient que l'aile du nez, nouvellement refaite, confinait à la cicatrice laissée sur la joue et risquait d'être attirée au dehors par la rétraction du tissu inodulaire. Nous avons paré à cet inconvénient en procédant de façon que le lambeau emprunté à la joue soit logé en dedans d'une bandelette de téguments laissée intacte, qui le sépare de la cicatrice future de la joue et le protége contre la rétraction en dehors.

On a également, par la méthode indienne, réparé le lobule du nez et même les ailes du nez. Jobert pense que quand il s'agit de l'extrémité ou des ailes du nez, il vaut mieux tailler un lambeau aux dépens des joues ou des lèvres.

M. Rouge (de Lausanne), pour la restauration du lobule du nez, a recours au procédé suivant : il taille sur le dos du nez un lambeau quadrilatère qu'il laisse adhérent par ses deux extrémités, et qu'il mobilise seulement par sa partie moyenne. Au moyen d'un ténotome introduit entre la peau et le squelette, on fait glisser de haut en bas ce pont de peau et on le fixe aux bords de la perte de substance, préalablement avivée. La nouvelle plaie résultant du déplacement de ce lambeau est comblée par un nouveau lambeau pris de la même manière au dessus.

En 1843, Michon imagina et appliqua un procédé consistant à employer, à la réparation des parties absentes, la membrane muqueuse de la cloison des fosses nasales.

M. Bouisson (de Montpellier), pour un cas de perte de substance totale de la moitié inférieure droite du nez, a eu recours à une rhinoplastie latérale par la méthode française, consistant à doubler le lambeau génien par un lambeau labial.

Enfin i'ai pratiqué plusieurs opérations de ce genre, d'après le pro-

Enfin, j'ai pratiqué plusieurs opérations de ce genre, d'après le procédé que j'ai imaginé et auquel j'ai donné le nom de rhinoplastie par déplacement latéral. Dans ces cas, j'ai emprunté le lambeau sur les joues; je l'ai décrit en parlant de la rhinoplastie totale. C'est par un procédé analogue, que M. Péan a eu plusieurs fois l'ocasion de refaire une partie du dos ou des ailes du nez en prenant un ou deux lambeaux, soit sur le front, soit sur l'un des côtés du nez, lorsqu'il s'agissait de combler une perte de substance d'une étendue plus petite sur le côté opposé.

ARTICLE IV

AFFECTIONS DES FOSSES NASALES.

Nous décrirons successivement dans cet article: 1° le coryza; 2° l'épaississement de la pituitaire; 3° l'ozène; 4° les ulcères; 5° les corps étrangers; 6° les tumeurs liquides; 7° les tumeurs solides, et nous terminerons par quelques mots sur le tamponnement des fosses nasales.

CATARRHE NASAL, CORYZA.

Le coryza est une affection caractérisée par une inflammation de la muqueuse pituitaire. Il est aigu ou chronique, mais nous ne nous occuperons ici que de la forme chronique, comme étant la seule qui intéresse le chirurgien.

Variétés. — La plupart des auteurs distinguent différentes sortes de coryza chronique, selon qu'il se complique ou non d'ulcérations, ou qu'il détermine de l'ozène, selon qu'il siége dans les fosses nasales antérieures ou dans les fosses nasales postérieures, selon qu'il s'accompagne ou non d'hypersécrétion, ou même selon les produits de la sécrétion, d'où les noms de coryza chronique simple, de coryza chronique ulcéreux, de catarrhe naso-pharyngien ou coryza postérieur, de coryza sec, de coryza humide, de coryza caséeux, etc. Toutes ces diverses espèces, reconnaissant la plupart du temps les mêmes causes, se traduisant à peu près par les mêmes symptômes et donnant lieu souvent aux mêmes indications thérapeutiques, nous les réunirons dans une seule description, en ayant soin toutefois de noter dans le cours de cette description ce que chacune d'elles présente de particulier.

ÉTIOLOGIE. — Parmi les causes diathésiques qui peuvent donner lieu au coryza chronique avec toutes ses complications, nous citerons en première ligne, la scrofule, puis la syphilis; viennent ensuite la dar-