

lambeaux, ayant la forme d'un quadrilatère allongé, soit doublé de la muqueuse buccale. On renverse chacun des lambeaux, par un mouvement de quart de cercle de bas en haut et de dehors en dedans, de façon à affronter le bord libre C de chaque lambeau avec le bord libre C correspondant de l'autre lambeau; on maintient ces bords CC (fig. 209) par la suture simple ou entortillée. Le bord DC de chaque lambeau est réuni avec le bord supérieur de la perte de substance de la lèvre (fig. 209). Les bords de la perte de substance qui existe alors à chaque joue sont également réunis par la suture en E, E. Pour compléter la forme de la lèvre de nouvelle formation, on fixe la muqueuse sur le bord libre de chaque lambeau par une suture en surjet.

Méthode française. On circonscrit les parties malades par une incision en V, dont le sommet répond au menton; on affronte ensuite les deux surfaces de la plaie. Lorsque le mal a détruit toute la lèvre inférieure et une portion du menton, on peut employer le *procédé de Chopart*, consistant à comprendre tous les tissus altérés entre deux incisions verticales prolongées sur la région sus-hyoïdienne, de façon à former un vaste lambeau quadrilatère, dont on retranche les tissus désorganisés, qu'on relève ensuite en faisant pencher la tête du malade, pour recouvrir l'os maxillaire inférieur et refaire la lèvre inférieure.

PROCÉDÉ DE SERRE (de Montpellier). Supposons un cancer de toute la lèvre

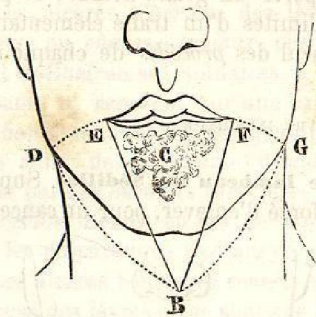


Fig. 210.

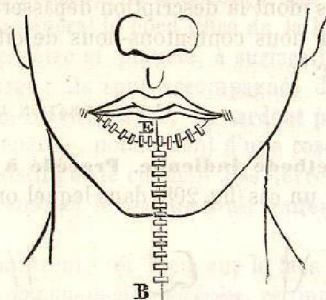


Fig. 211.

inférieure. On pratique deux incisions latérales et obliques EB, FB (fig. 210), qu'on prolonge jusqu'au cartilage thyroïde, de façon à les réunir à angle aigu, en B, et à enlever toutes les parties malades. On fait ensuite, dans l'épaisseur de chaque joue, deux incisions légèrement courbes, à convexité tournée en haut FG, ED, partant de la commissure labiale, se dirigeant en arrière en suivant l'arcade alvéolaire supérieure, pour se terminer à quelques millimètres au-devant des masséters. On détache de la face externe du maxillaire inférieur les parties molles comprises entre les triangles BFG, DEB; puis on fait glisser l'un vers l'autre les lambeaux BFG, DEB, de façon à affronter le bord BF avec le bord BE (fig. 211, BE). On réunit la muqueuse avec la peau du bord libre des lambeaux E (fig. 211) par quel-

ques points de suture. Il importe, lorsqu'on pratique les incisions latérales ED, FG (fig. 210), de ménager le canal de Sténon.

2^o RESTAURATION DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

Elle peut être exécutée par la méthode indienne et par la méthode française, en se conformant aux données exposées pour la restauration de la lèvre inférieure.

SECTION XXXI.

MALADIES DE LA VOUTE PALATINE, DU VOILE DU PALAIS
ET DES AMYGDALES.

CHAPITRE I.

ANOMALIES DE LA VOUTE PALATINE ET DU VOILE DU PALAIS.

Les anomalies de la voute palatine et du voile du palais sont, dans le plus grand nombre des cas, *congénitales*, et s'expliquent par un *arrêt de développement*, un *défaut de réunion* des parties qui, à une certaine période de la vie intra-utérine, forment ces organes (voy. p. 402). Dans d'autres circonstances, elles sont le résultat d'une blessure *accidentelle* ou *volontaire*, d'une ulcération syphilitique ou scrofuleuse qui a détruit une portion du tissu osseux de la voute palatine ou des parties molles du voile du palais.

Variétés. Chez quelques sujets, la *lucette est complètement détruite* à la suite d'un travail d'ulcération; il en résulte des troubles peu marqués de la déglutition; quelquefois les malades nasillent un peu; l'art est impuissant contre cette difformité. Lorsque la destruction porte sur une *partie plus ou moins étendue du voile du palais*, il existe, indépendamment de l'altération de la voix, des troubles plus ou moins marqués de la déglutition; les aliments et surtout les boissons s'introduisent dans les fosses nasales; si le travail ulcératif s'est propagé aux trompes d'Eustache, il y a de la surdité. On remédie, mais imparfaitement, aux troubles de la phonation et de la déglutition au moyen d'un *obturateur*. Ce dernier mode de traitement est aussi le seul applicable aux cas où, le voile du palais ayant contracté des *adhérences cicatricielles avec le pharynx et les amygdales*, il reste une communication entre l'arrière bouche et le haut du pharynx. D'autres anomalies de la voute palatine et du voile du palais exigent un examen plus

détaillé : ce sont les perforations de la voûte palatine, les perforations et les divisions du voile du palais.

ARTICLE I.

Perforations de la voûte palatine.

On désigne sous ce nom des ouvertures anormales de la voûte palatine, ouvertures qui établissent une communication directe entre la bouche et les fosses nasales. Sous le rapport de leur mode de production, il y en a deux espèces : les unes *congénitales*, existant en même temps qu'une division du voile du palais (p. 416) ou subsistant après qu'une opération de staphyloraphie bien réussie a fait disparaître la fente du voile ; les autres *traumatiques*, c'est-à-dire consécutives à une blessure, que celle-ci soit accidentelle ou qu'elle ait été faite volontairement par le chirurgien pour une autre affection, un polype naso-pharyngien par exemple (voy. p. 317) ; d'autres encore s'établissent *spontanément*, lorsqu'une ulcération syphilitique ou strumeuse s'est propagée de la muqueuse au périoste et a produit une nécrose de l'os subjacent, ou bien lorsque le tissu osseux de la région a été atteint primitivement de carie ou de nécrose.

Les troubles fonctionnels varient suivant la grandeur de la perforation : celle-ci est-elle petite, les sujets nasillent à un degré peu marqué, et la déglutition même des liquides se fait généralement sans *erreur de lieu*, c'est-à-dire sans leur passage accidentel dans les fosses nasales. En cas de perforation plus étendue, les malades nasillent d'une manière très-prononcée ; les liquides passent dans les fosses nasales au moment de la déglutition, et les sujets sont dans l'impossibilité de souffler avec la bouche.

Traitement. Il est palliatif ou curatif.

Lorsqu'on ne juge pas opportun d'entreprendre une opération sanglante, ou que le sujet s'y refuse, on lui conseille d'isoler la cavité buccale des fosses nasales, en introduisant dans l'ouverture anormale un *obturateur*. Mais il est possible de combler la perforation au moyen d'une opération autoplastique qui, dans l'espèce, est désignée sous le nom de *palatoplastie*, et dont les divers procédés se rattachent tous à la *méthode française*, ou par *glissement des lambeaux*.

Palatoplastie. Elle comprend trois procédés principaux : la palatoplastie par dissection des lambeaux (Roux) ; la palatoplastie par renversement ou inflexion (Krimmer) ; la palatoplastie par le procédé en pont (Field et Baizeau).

(A) **Palatoplastie par dissection des lambeaux. Procédé de Ph.-J. Roux** (fig 212). Une première incision (*ab*) est faite immédiatement au-devant de la perforation (O) ; on avive avec le bistouri ou les ciseaux coudés la circonférence de l'ouverture anormale. On taille ensuite sur les côtés de la perforation deux lambeaux quadrilatères (*aceg*, *dbfh*), en ayant soin que le bord interne (*cg*, *dh*) de chaque lambeau se confonde avec la moitié correspondante de la circonférence de la perforation ; le bord antérieur (*a c*, *db*) avec l'incision (*ab*) faite au-devant de la perforation. Chacun de ces

lambeaux est donc pourvu d'un bord adhérent (*e g*, *h f*) tourné en arrière. On fait *glisser* les deux lambeaux l'un vers l'autre, c'est-à-dire au-dessous de la perforation et on les réunit par leur bord interne (*cg*, *dh*) au moyen de deux points de suture simple, dont le postérieur est noué sur la

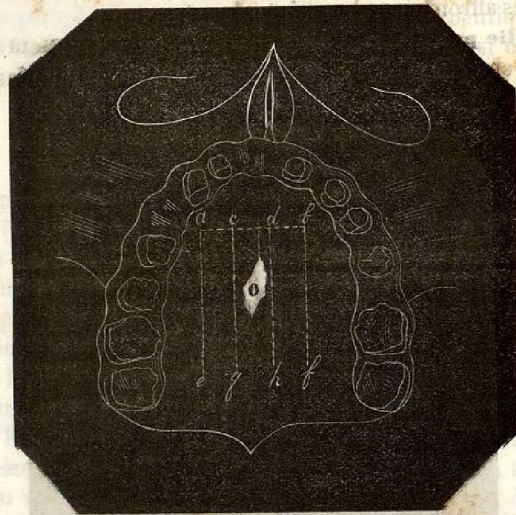


Fig. 212.

face buccale des lambeaux, l'antérieur sur la face nasale, avec la précaution de ramener les chefs de ce nœud par la narine, en se servant pour cette manœuvre d'une sonde de Béloc (p. 305).

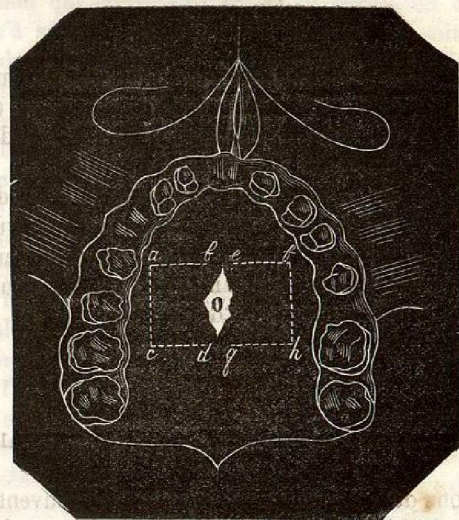


Fig. 213.

(B) **Palatoplastie par renversement ou inflexion. Procédé de Krimmer.** On taille, de chaque côté de la perforation (O, fig. 213), un lambeau quadri-