

trouvera en présence d'une fistule, alors que l'interrogatoire permettra d'établir l'existence d'un accident ayant porté sur la face ou la bouche. L'exploration, à l'aide du stylet, révélera la situation du corps étranger, dont l'extraction est presque toujours d'une grande facilité, et dont l'ablation entraîne la cessation définitive des accidents.

Opérations réparatrices de l'orifice buccal. Cheiloplastie.

Une opération destinée à restaurer l'orifice buccal peut avoir pour but de remédier, soit à une étroitesse exagérée de cet orifice, soit à une déviation de la bouche ou à un ectropion labial, soit à une perte de substance des lèvres.

A. L'ATRÉSIE buccale est parfois congénitale, parfois consécutive à des opérations ou à des traumatismes. Le plus souvent elle est causée par des brûlures de la face. L'atrésie de la bouche est une fort pénible infirmité. Heureusement, il est relativement facile d'y remédier. On a proposé autrefois de percer un trou à bonne distance de l'orifice atrésié; à bonne distance, c'est-à-dire à l'endroit où devait être reportée la commissure; de transformer ce pertuis en un canal épidermisé, en y laissant à demeure un corps étranger, comme on fait pour percer l'oreille. Ce premier résultat obtenu, il ne reste plus qu'à couper le pont intermédiaire. Ce procédé est ingénieux, mais bien lent dans son action, et bien passé de mode.

Le débridement transversal de la bouche atrésiée est un moyen qui vient à l'esprit *à priori*. Mais la simple incision commissurale sera toujours frappée d'insuccès. La cicatrisation de la plaie angulaire se fait avec une grande rapidité par l'accolement des deux surfaces divisées, et le bénéfice de l'opération est complètement perdu.

On a proposé d'interposer aux deux lèvres de la plaie de minces lames de plomb ou d'étain, de faire chaque jour une petite incision commissurale pour permettre aux deux lèvres de se cicatriser isolément. Ce sont là de médiocres ressources. La suture de la muqueuse à la peau, proposée par Serre, est aujourd'hui couramment pratiquée. Cet affrontement, suivi ordinairement de réunion par première intention, suffit pour empêcher le retour de la difformité. On peut donner ainsi très exactement à l'orifice buccal les dimensions voulues. C'est là, d'ailleurs, l'application d'une règle générale de chirurgie, qui veut qu'on suture séparément les lèvres d'une plaie angulaire dont on veut éviter la réunion.

Il est même possible d'obtenir mieux, d'obtenir non seulement le rétablissement de l'orifice buccal, mais encore la restauration de la bordure rouge de la lèvre. Pour cela, selon le conseil de Dieffenbach, il faut exciser, sur les deux lèvres, une petite languette de la peau et de la couche musculaire, en conservant la muqueuse. Celle-ci forme ainsi une sorte de petit lambeau flottant, qu'on rabat sur la surface

cruentée et qu'on fixe par des sutures. Au bout d'un certain temps, cette partie, mise à l'air, de la muqueuse labiale, prend complètement l'aspect de la bordure rouge normale des lèvres.

B. Les seules déviations de la bouche dont nous ayons à nous occuper sont celles qui reconnaissent pour cause des RÉTRACTIONS CICATRICIELLES. L'orifice buccal est conservé, le pourtour des lèvres est intact. Mais celles-ci sont entraînées, éversées et déviées. Ces accidents peuvent s'observer à la suite d'opérations, de coups de feu, de gangrène, etc., mais leur cause habituelle est une brûlure de la face ou du cou. La plupart du temps, il s'agit d'une brûlure ayant intéressé la face et la région sus-hyoïdienne, la commissure est tirée en bas et en dehors. On peut toujours remédier à ces difformités et rétablir la forme normale de la bouche. La section simple des brides cicatricielles est impuissante, il faut avoir recours à une véritable opération autoplastique. La plus simple, la meilleure, celle qui donne à moins de frais les résultats les plus parfaits, consiste à libérer les téguments rétractés par le tissu inodulaire, à l'aide d'un procédé imitant celui de Wharton Jones pour la paupière. Au niveau de la principale bride, ou des principales brides, on fait deux incisions qui se rejoignent en V, le sinus de l'angle aigu ainsi délimité étant tourné vers la commissure. On dissèque le lambeau triangulaire qui en résulte, on le libère. Les tissus reprennent peu à peu leur situation normale. On constate alors que le sommet du lambeau est à distance du sommet de l'angle formé par les deux incisions primitives. On réunit les bords de ce lambeau aux parties correspondantes des deux incisions, et au-dessous de son sommet on réunit directement les deux bords restants des incisions. Au lieu d'un V on a un Y (1). On est obligé quelquefois de faire deux V superposés (Decès) ou juxtaposés; l'intervention est alors un peu plus complexe, mais son principe reste le même.

Mais on est souvent obligé de renoncer à cet excellent procédé. Quand on a libéré les brides cicatricielles, qu'on a relevé la lèvre, qu'on lui a redonné sa forme et sa situation normale, il reste des surfaces cruentées qu'on ne peut couvrir, en rapprochant directement les bords de la plaie. Il faut alors prendre un lambeau dans le voisinage, ou recourir, soit à la méthode des greffes de larges lambeaux épidermiques, ou de morceaux de peau, soit à la transplantation de lambeaux par la méthode italienne.

Quand les cicatrices siègent sur la lèvre elle-même, le renversement, l'ectropion de cet organe est beaucoup plus prononcé.

On voit des cas où la lèvre, attirée par la rétraction inodulaire à la suite de brûlures, est étalée complètement au-devant du menton. La muqueuse, constamment exposée à l'air, est le siège d'une inflam-

(1) ROSNE, thèse de Paris, 1884.

mation chronique; son épaisseur est augmentée, elle est parfois sillonnée par des fissures. Dans ces cas, la méthode italienne trouve une de ses meilleures indications (1). On doit libérer la muqueuse, la relever, la remettre en place, et alors, couvrir toute la plaie qui résulte de cette dissection, à l'aide d'un lambeau pris sur le bras, lambeau dont on ne coupe le pédicule qu'au bout de quelques jours, quand il a contracté de solides adhérences. Le résultat immédiat de l'opération n'est pas absolument parfait. Il faut y apporter, comme pour beaucoup d'autoplasties, quelques petites corrections, pour façonner les parties comme il convient. La lèvre nouvelle paraît trop grosse, trop épaisse et informe, car elle se continue sans transition avec le menton. Il faut donc, quelques semaines après la greffe, inciser de nouveau la ligne de suture supérieure du lambeau d'emprunt, le décoller, et ôter l'excédent de graisse qui le double dans la partie correspondant à la lèvre. On arrive ainsi à redonner à cet organe une physionomie presque normale.

C. LES PERTES DE SUBSTANCE des lèvres nécessitent, quand elles sont étendues, des opérations réparatrices toujours délicates et souvent fort complexes.

Beaucoup de pertes de substances labiales, créées par une excrèse, se réparent très facilement par le simple rapprochement des bords de la plaie. C'est ce qui arrive quand on fait l'ablation d'un petit cancroïde de la lèvre; à vrai dire, il n'y a pas alors à proprement parler d'opération cheiloplastique.

Cependant nous devons dire un mot des procédés de Serre et de Chassaignac.

On sait que Dupuytren, Richerand, Velpeau avaient recommandé, pour l'ablation des cancroïdes de la lèvre inférieure, une incision en demi-lune, circonscrivant la tumeur. On abandonnait ensuite les choses à la nature, et la lèvre se reconstituait assez bien, malgré la perte de substance qu'elle avait subie. Il persistait une échancrure, mais bien moins accusée qu'on n'aurait pu le croire, et parfois même à peine perceptible.

Serre (2) eut l'idée de perfectionner le manuel opératoire de Dupuytren et Richerand, par l'addition d'une petite autoplastie complémentaire. Il conservait la muqueuse de la lèvre dans l'étendue de l'organe qu'il supprimait, la perte de substance portant sur la peau et la couche musculaire. Il existait ainsi un lambeau muqueux postérieur, qu'il rabattait en avant sur la tranche saignante, et qu'il fixait par des sutures.

Chassaignac (3), imitant cet exemple, transfixait un lambeau de muqueuse, qu'il gardait, la tumeur enlevée, pour l'appliquer sur la

(1) BERGER, *Acad. de méd.*, 1893. — *Congrès de Lyon*, 1895.

(2) SERRE, *Traité de l'art de restaurer les difformités de la face*, 1842.

(3) CHASSAIGNAC, *Traité des opérations chirurgicales*, t. II, 1862.

tranche de section. C'est ce qu'il appelait le procédé en *tablier*.

Ces procédés sont détestables. Ils ne sont d'aucune utilité, et en outre, en conservant une muqueuse suspecte, ils augmentent les chances de récurrence.

Aussi, d'une façon générale, a-t-on recours à l'excision en V, portant sur toute l'épaisseur et suivie de réunion immédiate.

Quand cette réunion n'est pas possible par le simple rapprochement des parties, on est obligé d'avoir recours à une opération autoplastique proprement dite. La réparation des pertes de substance de la lèvre, quelle que soit la cause première de cette perte de substance, ablation de tumeur, syphilis, traumatisme, est obtenue par les mêmes méthodes. Aussi pouvons-nous étudier ici la cheiloplastie en général; ce que nous en dirons visera surtout la réparation des pertes de substance créées par l'extirpation des tumeurs malignes, mais s'appliquera à peu près complètement aux destructions de la lèvre par la syphilis, les coups de feu, etc.

Tagliacozzi aurait tenté autrefois la reconstitution de la lèvre, à l'aide de sa méthode de lambeaux pris sur le bras. Mais ces tentatives de chirurgie réparatrice tombèrent rapidement dans l'oubli, et pendant longtemps, semble-t-il, on renonça à refaire des lèvres.

Chopart, le premier parmi les modernes, paraît avoir songé à reconstituer la lèvre inférieure, sacrifiée par le chirurgien dans le cas de cancer. Le procédé de Chopart consiste à attirer en avant les téguments du menton et de la région sus-hyoïdienne, préalablement détachés par la dissection de leur face profonde. Deux incisions longitudinales partent du

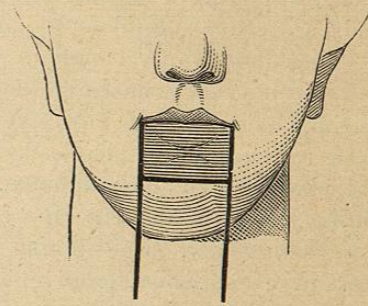


Fig. 34. — Cheiloplastie. Lambeau rectangulaire à base inférieure (CHOPART).

bord libre de la lèvre, descendent au-devant du maxillaire, contournent son bord inférieur et vont, suivant la nécessité, plus ou moins loin vers l'os hyoïde (fig. 34). Une section transversale emporte la lèvre malade. La tranche postérieure de cette section, qui constitue l'extrémité libre du lambeau, est attirée à la hauteur des commissures, et des sutures, placées de chaque côté, fixent dans cette position les téguments déplacés. Sur le cadavre, la restauration paraît convenable. De même, sur le vivant, le résultat immédiat semble assez satisfaisant. Mais l'espoir qu'on pourrait fonder sur cette apparence est toujours déçu. Le lambeau se rétracte, la lèvre nouvelle se recroqueville, adhère au maxillaire, forme une sorte de bourrelet rigide et complètement immobile. Le résultat obtenu finalement est donc médiocre, sinon mauvais.

Roux (de Saint-Maximin) utilisait également les téguments de la région sus-hyoïdienne, mais en taillant une sorte de lambeau à large pédicule supérieur et externe. Ce procédé était spécialement applicable aux cancers occupant une moitié de la lèvre et empiétant même sur la commissure et la joue. L'incision courbe qui circonscrivait la tumeur dessinait en même temps le bord supérieur du lambeau. Le tracé de celui-ci était complété par une grande incision, partant de l'extrémité antérieure de la première et descendant obliquement dans la région sus-hyoïdienne. Il en résultait un lambeau triangulaire, dont on disséquait complètement la face profonde. Ce lambeau était ensuite remonté, attiré en avant; son sommet était suturé à la partie saine conservée de la lèvre inférieure, son bord supérieur devenait le bord libre de cette lèvre dans toute l'étendue correspondant à la portion qu'on venait de sacrifier. D'autres modifications ont été apportées à cette méthode par Lisfranc, par Morgan. On peut faire en bloc à tous ces procédés le reproche de ne reconstituer qu'imparfaitement la lèvre inférieure.

Delpech avait tenté de restaurer cet organe à l'aide d'un lambeau pris dans la région sus-hyoïdienne, selon la méthode indienne. Le pédicule de ce lambeau était en avant. Le lambeau était retourné et, pour s'appliquer à la perte de substance, subissait une torsion; procédé défectueux, difficile, et dont les mauvais résultats ont fait dès le début abandonner l'emploi.

Delpech savait et enseignait à ses élèves que toutes les tentatives de cheiloplastie seraient infructueuses, tant que l'on utiliserait pour cette restauration de simples lambeaux cutanés.

L'absence d'un plan muqueux, à la face profonde de la lèvre reconstituée, devait fatalement faire échouer l'opération.

« Donnez-moi, disait-il, une membrane muqueuse pour revêtir le bord libre de la nouvelle lèvre, et il n'est rien, à cette condition, que je ne me charge de faire. »

Le côté intéressant et nouveau des procédés de Serre fut précisément cette tendance systématique à assurer la conservation d'une muqueuse à la face profonde des lambeaux. Pour cela, il ménageait cette membrane, quand elle paraissait saine, et les lambeaux cutanés, taillés par exemple par le procédé de Roux, devaient s'y appliquer. — Dans d'autres cas, il taillait, en pleine joue, des lambeaux comprenant toute l'épaisseur des parties molles, peau, muqueuse, muscles et graisse intermédiaires.

« Ici, ce n'est plus la muqueuse que l'on a isolée à la surface même du cancer qui sert à former le feuillet interne de la lèvre; c'est celle qui revêt naturellement tout l'intérieur de la cavité de la bouche. »

La priorité de cette pratique avait été attribuée, par Sanson, à Dieffenbach, mais il n'est pas contestable que Serre ait eu tout le mérite de cette innovation.

La restauration des lèvres est communément pratiquée aujour-

d'hui à l'aide de lambeaux pris sur les joues, et l'on conçoit que la forme et l'étendue de ces lambeaux et le tracé des incisions varient pour ainsi dire avec chaque cas considéré. L'ingénieux procédé de Syme (fig. 35) convient pour les cas où le cancer, ayant commencé au niveau de la ligne médiane ou dans son voisinage, a envahi une grande partie de la lèvre inférieure, mais en respectant les commissures. Chassaignac l'expose avec une clarté qui m'engage à reproduire textuellement sa description.

« Incision en V, dont les deux branches, partant des commissures de la bouche, viennent se réunir au-dessus du sillon mento-labial. Les parties à enlever se trouvent circonscrites dans la base de ce premier V. On en fait alors un second dont le sommet se trouve confondu avec celui du premier. On peut encore mieux comprendre cette partie de l'opération, en disant qu'on pratique sur toute la hauteur de la lèvre inférieure et du menton un X majuscule dont l'embranchement ou angle supérieur circonscrit la partie malade. A l'extrémité inférieure de chacune des branches de l'X, on fait une incision transversale, de telle sorte que l'ensemble des incisions

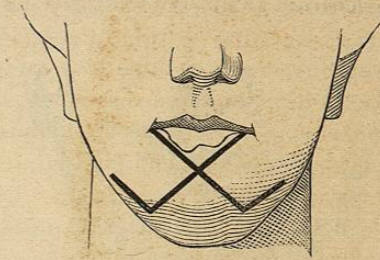


Fig. 35. — Cheiloplastie : deux lambeaux obliques supérieurs (SYME BUCHANAN).

représente deux L majuscules croisées en X à leur partie supérieure. Cela fait, on dissèque les lambeaux, puis on leur fait éprouver un mouvement de demi-conversion par lequel on ramène sur la ligne médiane les deux portions de la branche verticale de l'L. »

Le procédé de Trélat diffère peu du précédent. Il s'applique à des cas où la totalité de la lèvre inférieure est envahie, y compris les commissures. Le tracé des incisions en L se croisant en X est identique, seulement les extrémités de ces incisions, au lieu d'aboutir à la commissure, se trouvent situées notablement en dehors. Il faut donc y ajouter deux nouvelles incisions, qui réunissent l'orifice buccal aux incisions primitives. Ces dernières incisions AB et AB' sont à peu près horizontales si bien que l'X majuscule formé par les deux incisions principales présente des prolongements horizontaux supérieurs, parallèles et identiques à ceux qu'on fait partir des extrémités inférieures (fig. 36 et 37).

Dans le cas de destruction complète de la lèvre inférieure, M. Berger (1) recommande un ingénieux procédé qui lui a donné un magnifique résultat, et qui consiste essentiellement à refaire la lèvre à l'aide des parties molles des joues, mais en préparant cette restauration à

(1) BERGER, Congrès de Lyon, 1895.

l'aide d'une opération préliminaire, destinée à assurer tout d'abord la reconstruction d'un bord libre irréprochable. Pour cela, on fait partir de chaque commissure une incision qui, conduite transversalement, divise jusqu'au masséter la totalité des parties molles des joues, moins la muqueuse. Celle-ci, dans un second temps, est sectionnée dans la même étendue, mais à un niveau plus élevé que l'incision cutanée, un bon centimètre au moins. Cette section faite, il en résulte un lambeau flottant formé par la muqueuse.

On rabat ce lambeau sur la tranche de section, et l'on suture la muqueuse à la peau. Pendant quelques jours le malade garde ainsi sa bouche démesurément fendue. La difformité est hideuse, mais temporaire, et cette dernière épreuve est le prélude de la guérison. L'opération définitive s'exécute en rapprochant les deux moitiés de

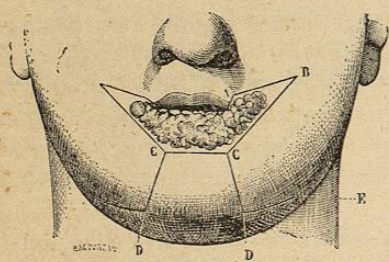


Fig. 36.

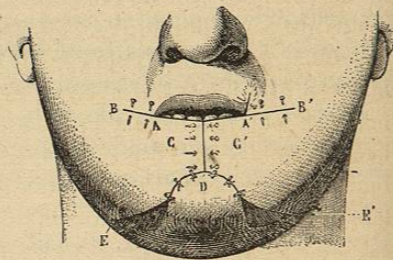


Fig. 37.

Cheiloplastie (procédé de Trélat).

lèvre, qui ont été préparées séparément, de chaque côté de la face. Deux incisions, formant un V, affranchissent tout d'abord les surfaces qui doivent entrer en contact.

Les tissus cicatriciels, les débris de muqueuse, les surfaces couvertes de bourgeons charnus qui pourraient se trouver compris dans l'étendue de ce V sont soigneusement enlevés par dissection. Le rapprochement des deux bords de ce V ne sera possible qu'après le tracé de deux nouvelles incisions s'étendant obliquement d'arrière en avant et de haut en bas, de l'extrémité externe de la lèvre nouvelle jusqu'au bord inférieur du maxillaire. On suture alors avec une grande facilité les deux lambeaux sur la ligne médiane, et la lèvre inférieure est complètement reconstituée, dans un état voisin de la perfection. Il reste encore à fermer la baie jugale qui persiste de chaque côté. Pour cela « on avive le bord supérieur de l'excision pratiquée de chaque côté de la commissure, dans la première opération, et on le réunit avec le bord externe de l'incision récente qui a permis de détacher la demi-lèvre inférieure du côté correspondant de la joue et de la rapprocher de sa congénère sur la ligne médiane. Cette suture a l'inconvénient de brider un peu les mâchoires, mais

pas assez pour gêner d'une manière appréciable le mouvement d'ouverture de la bouche ».

Dans les cas où une grande partie de la lèvre inférieure a été détruite, mais où une partie du bord libre a été conservée et adhère à la cicatrice, M. Berger utilise un procédé assez compliqué, dit à triple lambeau, dont l'exécution est délicate, mais qui assure le rétablissement de la forme et de la fonction.

« En pareil cas, il existe une brèche plus ou moins vaste, qui s'étend à partir d'une des commissures labiales, dans une étendue variable: au niveau de cette brèche, dont la muqueuse gingivale, la face externe du maxillaire et la rangée alvéolaire inférieure forment le fond, la bouche est largement ouverte, la gencive se continue directement avec la cicatrice plus ou moins adhérente au maxillaire inférieur et forme un plan incliné sur lequel s'écoule incessamment la salive. Enfin, vers la partie de la lèvre qui est demeurée intacte, les restes du bord libre qui ont échappé à la destruction sont fixés par des adhérences cicatricielles. » Il faut : 1° reconstituer le bord libre de la lèvre inférieure, en libérant ce qui reste de la lèvre inférieure, de manière à en former un lambeau qu'on puisse amener au contact de la commissure du côté à restaurer ; 2° reconstituer la face interne, buccale, de la lèvre à l'aide de la cicatrice qui limite en bas la brèche labiale. Cette zone cicatricielle, circonscrite par trois incisions, est disséquée de manière à en faire un lambeau, dont la base adhérente, tournée en haut, se continue avec la gencive. On renverse ce lambeau, de manière que la surface cicatricielle regarde la cavité buccale, et l'extrémité libre du lambeau, devenue l'extrémité supérieure, est en contact avec le bord libre qui allait comme un pont de la partie saine de la lèvre à la commissure. Il faut enfin couvrir de téguments la face cruentée, tournée vers l'extérieur du lambeau précédent. Pour cela, il est nécessaire de tailler un troisième lambeau, celui-là cutané, qu'on prend dans la région sus-hyoïdienne, qu'on relève et qu'on suture, en appliquant sa surface saignante contre celle du lambeau cicatriciel.

Dans certaines circonstances, on peut être amené à réparer la lèvre inférieure à l'aide de lambeaux pris au bras, selon la méthode italienne. Mais pour que le résultat soit satisfaisant, il faut que les téguments d'emprunt puissent être appliqués contre un plan muqueux leur formant une doublure profonde. C'est ce qui arrive dans certains cas où des débris de la muqueuse persistent au-devant du maxillaire. On les décolle, on les relève, et leur ensemble forme une membrane dont une des faces, muqueuse, est tournée vers la bouche, et dont l'autre, cruentée, entre en contact avec le lambeau prélevé sur le bras. Autrement ce lambeau, privé de point d'appui, suppure, se rétracte, se recroqueville, et subit en somme le sort commun des lambeaux exclusivement cutanés. Même quand on a pu trouver assez de débris

de muqueuse pour constituer cette doublure muqueuse, le résultat n'est pas rigoureusement satisfaisant, car cette lèvre réparée n'est pas contractile et est privée de sa bordure rouge. On peut se contenter de farder un peu son bord libre, pour donner à la bouche l'apparence naturelle. On peut tenter aussi de greffer sur ce bord une languette de muqueuse prélevée, soit sur la lèvre opposée (Schulten), soit à la face interne de la joue (Berger).

Enfin on a été conduit à emprunter à la lèvre supérieure les parties molles nécessaires à la réparation d'une perte de substance de la lèvre opposée. Stein (de Copenhague) semble avoir le premier conçu cette opération. Sa pratique a été imitée par Estlander. Stein taillait dans la lèvre saine deux petits lambeaux en triangle, à base inférieure, ayant un côté commun. Ces petits lambeaux restaient adhérents à la lèvre par un de leurs angles, par leur angle externe. On les faisait pivoter autour de ce pédicule, et ils étaient placés dans l'espace à combler, auquel on donnait par les incisions appropriées la forme d'un V. Au bout de quelques jours on coupait les pédicules. Stein prenait ses lambeaux dans la partie moyenne de la lèvre. Estlander les taille dans la partie latérale et prend un lambeau unique. Pour l'amener jusqu'à la perte de substance, il est obligé de faire subir au pédicule, un mouvement de torsion assez prononcé, qui amène une sorte d'œdème du lambeau par gêne de la circulation, et une déviation de la bouche, temporaire il est vrai, mais fort disgracieuse.

M. Larger (1) a modifié avantageusement ce procédé, et montré à la Société de chirurgie un très beau succès, obtenu par le manuel opératoire qu'il a adopté. Après avoir enlevé un cancer de la lèvre inférieure, à l'aide de deux incisions verticales et d'une troisième transversale réunissant les deux premières, pour combler la perte de substance qui résultait de cette exérèse, perte de substance qui représentait les deux tiers de la lèvre, il fit : « 1° une incision partant de l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits de la lèvre supérieure, dirigée vers le bord de l'aile gauche du nez, coupant toute l'épaisseur de la lèvre ; 2° une incision partant de l'extrémité supérieure de la précédente et dirigée en bas, parallèlement au pli nasolabial, jusqu'au point de la joue situé un peu au-dessous du niveau de la commissure labiale gauche. Le lambeau ainsi formé est largement vasculaire et tombe pour ainsi dire par son propre poids, sans effort, ni tension ». Larger fait remarquer que le lambeau peut être taillé relativement petit, contrairement à toutes les autres autoplasties. M. Guinard (2), pour reconstituer la lèvre inférieure détruite dans une grande partie de son étendue, conseille également de s'adresser à la lèvre supérieure. Mais au lieu d'un grand lambeau, il taille deux lambeaux distincts, pris l'un à droite, l'autre à gauche, sur les par-

(1) LARGER, *Soc. de chir.*, 3 octobre 1894.

(2) AUDOUCKET, thèse de Paris, 1895.

ties latérales de la lèvre ; ces lambeaux tombent par leur propre poids et s'affrontent sans difficulté et sans torsion. Ils sont réunis sur la ligne médiane. Sur leur bord libre, on suture la muqueuse à la peau, pour refaire la bordure labiale. Quant à la véritable bordure de la lèvre, elle est détachée à l'aide d'une incision, du côté de la peau, libérée, et suturée isolément à la muqueuse du cul-de-sac gingivolabial, qu'elle contribue ainsi à reconstituer.

Ces derniers procédés d'emprunt à une lèvre pour reconstituer l'autre sont de tout point applicables à la lèvre supérieure. Je les ai décrits avec les procédés de cheiloplastie de la lèvre inférieure, parce qu'en pratique c'est presque toujours pour cette dernière que le chirurgien est appelé à intervenir.

Mais pour reconstituer la lèvre supérieure, on utilise généralement un lambeau génien à pédicule supérieur, quand la perte de substance est partielle. — Quand la lèvre est détruite en totalité, sa reconstruction nécessite deux lambeaux, qu'on taille dans la joue, soit par le

procédé de Sédillot (fig. 38), deux lambeaux rectangulaires, à base supérieure, descendant jusqu'au bord inférieur du maxillaire, soit en les taillant en sens inverse, bord libre en haut, pédicule en bas. Le procédé de Dieffenbach, deux lambeaux à base externe, détachés par une incision curviligne entourant de chaque côté l'aile du nez, convient spéciale-

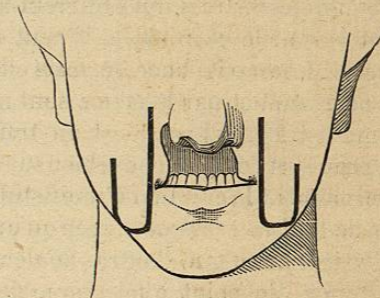


Fig. 38. — Cheiloplastie : deux lambeaux à la base supérieure (SÉDILLOT).

ment pour les cas où la perte de substance occupe la partie moyenne de la lèvre, les commissures et le tiers externe de la lèvre étant conservés. Les deux lambeaux rapprochés sont fixés sur la ligne médiane à l'aide de sutures.

Le professeur Berger donne d'excellents conseils au sujet de la réparation de la lèvre supérieure.

Quand la perte de substance est créée par le chirurgien, pour enlever un néoplasme, il faut, dit-il, au moment de cet acte opératoire, préparer pour ainsi dire la cheiloplastie. « Que l'on s'y prenne de façon à laisser un peu plus de muqueuse que de peau, puis que l'on réunisse la muqueuse à la peau sur toute la longueur de la section de la joue ou des deux joues, si l'un et l'autre côté de la joue ont dû être intéressés. Ces bords eux-mêmes, dont la peau et la muqueuse recouvrent les deux faces, qui sont ourlés par la muqueuse, présentent toutes les conditions que doit remplir la lèvre de nouvelle formation. Il suffit de les mobiliser, de les déplacer, de les infléchir, de les amener et de les fixer sur la région labiale supérieure, pour refaire une lèvre supérieure et rétablir le contour de l'orifice buccal. »