

## CHAPITRE VII

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'APPAREIL  
DE LA GUSTATION.

## ARTICLE I

## LÈVRES.

§ 1. **Bec-de-lièvre.** — *Simple.* — *Unilatéral.* — Le malade, quand c'est un enfant, ce qui arrive le plus fréquemment, est tenu sur les genoux d'un aide sur la poitrine duquel repose sa tête; l'aide maintient la tête et comprime les artères faciales.

*Procédé ordinaire* (fig. 246, 247). L'avivement se fait en retranchant de chaque côté le bord de la fissure; toute la partie rose et arrondie de ce rebord doit être sacrifiée, y compris l'angle au sommet de la division. On peut se servir indifféremment du bistouri ou des ciseaux. Les parties sur lesquelles on agit doivent être tendues par le chirurgien ou par un aide.

L'avivement terminé, on rapproche les parties au moyen de la suture, et le plus souvent de la suture entortillée.

Pour les jeunes enfants, on se sert d'épingles longues et fines,

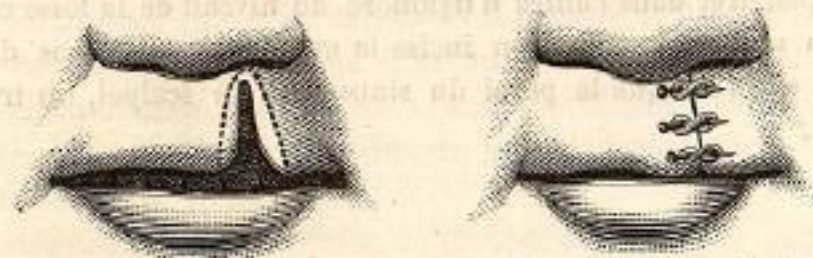


Fig. 246 et 247. — Bec-de-lièvre simple unilatéral, procédé ordinaire.

employées d'ordinaire par les entomologistes; quand on opère sur l'adulte, on emploie des aiguilles d'acier à pointe en forme de fer de lance ou simplement de grosses aiguilles en cuivre, dites aiguilles d'Allemagne. Épingles et aiguilles sont introduites à l'aide de pinces à pression.

Charrière a exécuté pour le bec-de-lièvre des aiguilles en or sur lesquelles se visse une pointe d'acier. L'or a l'avantage de ne pas s'oxyder, et la pointe d'acier dont est munie l'aiguille lui permet de pénétrer facilement dans les tissus.

On place une série d'épingles dont le nombre varie de deux à quatre, en ayant soin de commencer par celle qui correspond au bord libre de la lèvre, de façon à obtenir en ce point une conformation bien régulière; puis on place successivement les autres de bas en haut. A mesure que l'on a mis une épingle pour rapprocher les bords de la plaie, on passe derrière la pointe et la tête de cette épingle une anse de fil dont on confie les chefs à un aide qui tire modérément dessus. Quand toutes les épingles ont été placées, les lèvres de la plaie étant maintenues exactement en contact, le chirurgien prend une grande anse de fil ciré dont il applique le plein sur l'aiguille la plus élevée, et fait la suture entortillée en passant d'une aiguille à l'autre avec le même fil.

Aujourd'hui on n'applique généralement pas de bandage unissant. Si quelque indication particulière engage à en mettre un, on l'appliquera de la façon suivante: on met sur le front le plein d'une bande étroite roulée à deux globes; on en croise les chefs à la nuque, puis on les fait passer sur les joues que l'on ramène en avant à l'aide de compresses graduées. Au niveau de la ligne médiane, on engage un des chefs à travers une ouverture pratiquée sur l'autre. On ramène les chefs à la nuque où on les entrecroise, et on termine par des circulaires autour du crâne.

Les épingles sont ordinairement laissées en place trois jours chez les enfants et quatre chez les adultes. On peut, du reste, ne pas les retirer toutes en même temps. Quand on les enlève, il faut le faire avec précaution; on peut encore laisser en place, vingt-quatre heures après l'extraction des aiguilles, le fil à suture.

Après l'opération, le malade doit être nourri au biberon; pour les enfants à la mamelle, on continuera à leur donner le sein.

L'opération pratiquée comme je viens de le dire a fréquemment l'inconvénient de laisser une encoche à la partie inférieure de la ligne de réunion. D'assez nombreuses modifications opératoires ont été mises en avant pour parer à cette défectuosité.

Husson (Léon) avait proposé de donner aux surfaces avivées la

forme de deux courbes se regardant par leur concavité; c'est là un procédé d'une efficacité plus que douteuse.

Bouisson a disposé chaque côté de l'avivement en forme de V ouvert du côté de la perte de substance et à branches inégales, l'inférieure plus courte, la supérieure plus longue. En redressant par la suture les branches du V, il est parvenu à éviter l'encoche.

Clémot et Malgaigne ont, chacun à peu près à la même époque, inventé le procédé suivant (fig. 248) : on

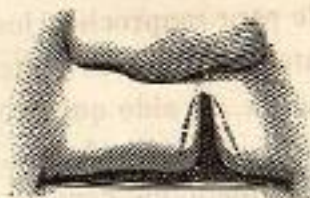


Fig. 248. — Bec-de-lièvre simple unilatéral, procédé de Clémot et de Malgaigne.

avive de chaque côté de haut en bas avec un bistouri ou des ciseaux, mais on s'arrête à une certaine distance du bord libre de la lèvre, et, au lieu d'exciser les petits lambeaux ainsi obtenus, on les laisse adhérents à ce bord libre par leur partie inférieure, et on les renverse de haut en bas. On place la première épingle à la partie inférieure de la lèvre, comme on le fait d'ordinaire. La suture de la lèvre une fois faite, on retranche, s'il y a lieu, ce que les petits lambeaux accolés ont de trop, et on les maintient fixés l'un à l'autre à l'aide d'une suture entortillée faite avec de fines épingles, ou bien par quelques points de suture entrecoupée. On peut aussi n'exciser que plus tard les parties exubérantes des lambeaux.

Au lieu de séparer les petits lambeaux à la partie supérieure, Nélaton (fig. 249) prolongeait les incisions jusqu'au delà de l'angle de la division accidentelle où elles se réunissent, de sorte que les parties détachées forment un V retourné. On les renverse de façon que la pointe du V se trouve en bas, et on fait la suture entortillée.

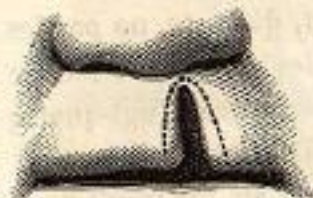


Fig. 249. — Bec-de-lièvre simple unilatéral, procédé de Nélaton.

Mirault (d'Angers) conserve un petit lambeau adhérent à la partie inférieure, retranche celui de l'autre côté et applique le lambeau conservé sur le bord libre, préalablement avivé de l'autre lèvre de la fissure. Lorsque ce procédé vient à échouer, il a l'inconvénient d'agrandir l'encoche.

Dans un cas de bec-de-lièvre arrivant jusque dans la narine et

siégeant à gauche, comme c'est du reste de beaucoup le cas le plus fréquent, Giraldès (fig. 250, 251) aviva du côté gauche en laissant

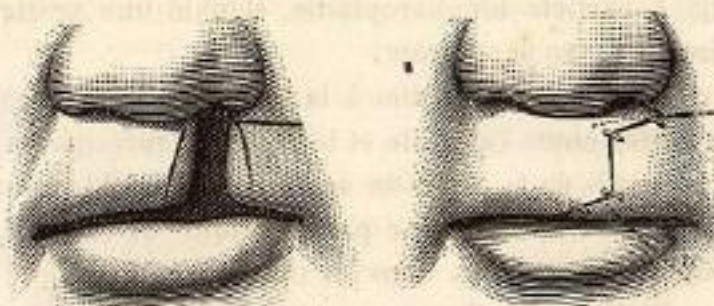


Fig. 250 et 251. — Bec-de-lièvre simple unilatéral, procédé de Giraldès.

le lambeau adhérent à la partie inférieure; puis, à la partie supérieure de l'avivement, il fit une incision transversale dirigée en dehors. A droite, il aviva en laissant le lambeau adhérent par la partie supérieure. Le lambeau gauche abaissé vint former le bord libre de la lèvre, et celui de droite fut relevé et placé au-dessus de la narine. Les parties furent maintenues en contact par la suture entrecoupée pratiquée avec un fil métallique.

Henry (de Nantes) a modifié le procédé de Malgaigne de la façon suivante (fig. 252) : il avive en biseau les deux lèvres de la perte de substance, et en biseau disposé en sens inverse sur les deux côtés, de sorte que les bords de la plaie, lorsqu'on les rapproche, se réunissent par des surfaces obliques présentant une assez grande étendue.

Les procédés de réunion ont aussi varié. C'est ainsi que Mirault d'Angers a vanté les bons résultats obtenus à l'aide de la suture entrecoupée faite avec des fils d'argent.

On reproche à la suture entortillée de laisser des cicatrices, mais elle est plus sûre dans ses résultats que la suture entrecoupée, et il est facile d'éviter les cicatrices en question, assez rares du reste, en ne laissant pas séjourner les épingles plus de vingt-quatre ou trente heures et en les reti-

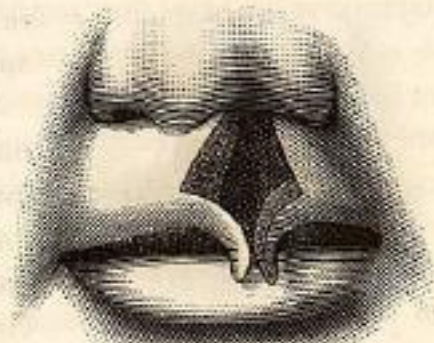


Fig. 252. — Bec-de-lièvre simple unilatéral, procédé de Henry.

rant après avoir appliqué et laissé sécher sur les fils une couche de collodion.

J'ai déjà, à l'article blépharoplastie, signalé une pratique analogue mise en usage par Buroy.

Denonvilliers, pour remédier à la tendance au sphacèle de la partie étranglée entre l'aiguille et le fil, a eu recours au procédé suivant : les bords de la perte de substance préalablement avivés, il glissait derrière la lèvre une petite plaque de corne percée de deux trous de chaque côté. Dans les trous de cette plaque il engageait deux fils formant chacun une anse postérieure, puis il traversait la lèvre avec les chefs de ces fils armés d'une aiguille et faisait passer les fils dans les trous d'une plaque analogue à la première et placée en avant de la lèvre ; il terminait en nouant les fils sur un rouleau de diachylon. Cette suture en plaque n'a pas passé dans la pratique ; c'est, il faut en convenir, un procédé bien compliqué pour obvier à un accident bien rare.

*Bec-de-lièvre bilatéral simple.* — La conduite à tenir varie selon le plus ou moins de développement du lobule médian ; lorsque ce lobule est bien développé (fig. 253), qu'il descend aussi bas que le reste de la lèvre, il n'y a qu'à répéter des deux côtés l'opération telle que nous l'avons décrite plus haut.

On peut à volonté faire les deux opérations en une ou en deux séances, mais je dois dire qu'en général on les fait immédiatement l'une après l'autre.

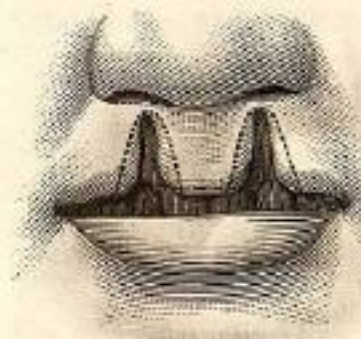


Fig. 253. — Bec-de-lièvre bilatéral simple avec lobule médian bien développé, procédé ordinaire.

Lorsque le lobule médian présente un volume moindre, qu'il affecte une forme triangulaire et n'arrive pas jusqu'au niveau du bord inférieur des parties latérales de la lèvre, on l'enclave dans la ligne de réunion qui représente alors un Y.

On peut avec avantage dans les cas analogues, surtout si le tubercule médian est très-peu développé, recourir au procédé de Simon reproduit dans Heineke (*Compendium d'opérations chirurgicales et d'appareils*). Le voici (fig. 254, 255) : de l'extrémité supérieure

de la scissure, on fait de chaque côté partir une incision courbe qui contourne l'aile du nez. Du point où chacune de ces incisions se termine en haut, on conduit une incision légèrement



Fig. 254 et 255. — Bec-de-lièvre bilatéral simple, procédé de Simon.

convexe en haut et en dehors et se terminant au-dessus des commissures. Ces incisions donnent deux lambeaux qu'on mobilise en divisant la muqueuse qui les attache au maxillaire supérieur.

Les bords internes des lambeaux qui correspondaient à l'aile du nez sont mis en rapport avec les bords latéraux du bourgeon médian préalablement avivé et réunis par la suture. Les portions latérales de la nouvelle lèvre se trouvent dépasser encore en bas le bourgeon médian. On attend, pour compléter le résultat, que la réunion des parties mises en rapport par la première opération soit complète. Alors on avive la partie inférieure du bourgeon médian, et à ce niveau on pratique une incision transversale intéressant de chaque côté toute l'épaisseur des bords latéraux de la lèvre. On a ainsi deux petits lambeaux dont on avive le bord interne par une double incision verticale et que l'on rapproche jusqu'à ce qu'ils arrivent au contact sur la ligne médiane. En ce point on les réunit l'un à l'autre par la suture, tandis que leur partie supérieure est également cousue à l'extrémité inférieure du bourgeon médian. On peut également rapprocher par la suture les bords des plaies triangulaires laissées autour des ailes du nez par la première opération.

Ce procédé, un peu compliqué sans doute, me paraît par contre devoir procurer de bons résultats dans les cas où le bourgeon médian est atrophié.

*Bec-de-lièvre compliqué.* — Dans le bec-de-lièvre unilatéral, les

complications qui consistent dans la division du voile du palais, de la voûte palatine, de l'arcade alvéolo-dentaire, ne changent rien au manuel opératoire. Dans le cas où l'opéré aurait déjà des dents et où ces dents saillantes en avant pourraient gêner la réunion, on enlèverait les dents et la portion d'os sur laquelle elles sont implantées.

Je n'ai pas besoin de dire que, si les bords de la fente labiale adhéraient aux gencives, il faudrait disséquer ces adhérences.

Parmi les complications du bec-de-lièvre double, celle qui doit surtout fixer notre attention, parce qu'elle oblige à modifier le manuel opératoire, c'est la saillie de l'os inter-maxillaire.

L'ablation de l'os inter-maxillaire a été préconisée par Franco; on coupe le pédicule de cet os avec des pinces coupantes, de forts ciseaux, etc.

Cette excision expose à une hémorrhagie parfois assez inquiétante; de plus la lèvre reconstituée par la réunion des deux bords de la perte de substance manque de support en arrière.

Le refoulement de l'os inter-maxillaire, dans le but de le remettre en place, a été exécuté par plusieurs chirurgiens, et cela de différentes façons.

Desault avait recours à une compression graduée et lente exercée à l'aide d'un bandage approprié. Ce procédé n'a guère trouvé d'imitateurs.

Gensoul saisissait l'os saillant avec une forte pince, le ramenait brusquement en arrière et le remettait en place en fracturant le pédicule. Ce procédé n'est pas sans inspirer quelques inquiétudes relativement au point jusques auquel peut s'étendre le traumatisme.

Pour obtenir le refoulement dont nous nous occupons, Blandin a excisé avec de forts ciseaux une portion triangulaire de la cloison à sommet supérieur et a pu ainsi remettre l'os en place. Il a attendu deux jours avant de faire la réunion des parties molles.

Debrou a modifié l'opération de Blandin en enlevant la muqueuse qui tapissait les bords latéraux de l'os inter-maxillaire et les bords des os maxillaires avec lesquels ce tubercule allait être en rapport. Cette modification avait pour but de faciliter la consolidation de l'os remis en place; Debrou a reconnu qu'il n'avait pas

obtenu le résultat désiré. Broca a été plus heureux en ajoutant au procédé de Debrou l'emploi de fils métalliques passés à travers les os ou, en d'autres termes, la suture osseuse.

Mirault d'Angers a, paraît-il, réussi à insérer et à fixer, à l'aide d'un petit appareil, le tubercule médian préalablement avivé dans une perte de substance quadrilatère qu'il avait fait subir au vomer à l'aide de deux incisions verticales et d'une incision horizontale, après avoir en ce point dépouillé de son périoste cet os mis à nu par une incision antéro-postérieure.

En somme, bien que plus rationnel en apparence que l'ablation de l'os inter-maxillaire, le refoulement ne paraît pas dans la pratique devoir lui être préféré.

Dans les cas de saillie de l'os inter-maxillaire où le tubercule médian de la lèvre se trouve attaché sur l'extrémité du lobule du nez, Dupuytren enlevait l'os inter-maxillaire, avivait la partie postérieure et les bords latéraux du tubercule médian ainsi que les bords de la lèvre, puis plaçait ce tubercule de manière à en former la sous-cloison et le fixait en le traversant à sa partie postérieure avec la plus élevée des épingles destinées à la réunion.

Pour les cas de bec-de-lièvre double compliqué de saillie de l'os inter-maxillaire, avec atrophie et insuffisance de la lèvre, Sédillot a eu recours à un procédé qu'il décrit de la façon suivante: « Une incision oblique, commencée en dehors et prolongée à deux ou trois centimètres au-dessus de l'aile du nez, est continuée en bas dans la direction du bord libre de la lèvre dont la surface est avivée. Le tubercule médian taillé en V allongé à pointe inférieure sert en partie à former la sous-cloison nasale et en partie à reconstituer la lèvre, comme on l'avait déjà tenté dans des conditions moins favorables. La joue détachée en dehors de ses adhérences avec l'os maxillaire, dans une étendue suffisante pour en permettre l'abaissement, est réunie de chaque côté par des sutures avec les bords opposés de l'incision et du tubercule médian. Le contour nasal est ainsi rétabli, et la lèvre se trouve augmentée en hauteur et en longueur.

« On réunit alors sur la ligne médiane la totalité des surfaces avivées du bec-de-lièvre et on obtient une lèvre épaisse, bien ferme et d'une hauteur convenable, etc. »

Afin de faciliter le rapprochement des bords latéraux de la lèvre, Phillips appliquait sur les côtés des ailes du nez deux plaques de carton, traversait la partie postérieure de la base de cet organe

avec une très-grosse épingle, et, en pressant sur les plaques, rapprochait les ailes du nez et les bords de la fissure labiale. Ce rapprochement était maintenu par un fil jeté en huit de chiffre sur l'aiguille. On peut remplacer les plaques de carton par des morceaux de liège qui n'ont pas besoin d'être fixés par un fil.

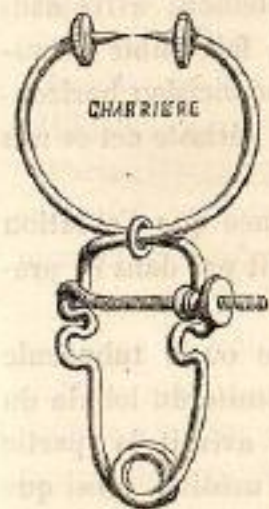


Fig. 256. — Serre-fine de Goersant.

Guersant remplaçait l'aiguille de Phillips par une grande serre-fine (fig. 256) portant en guise de mors une courte épingle à talon, avec laquelle il embrassait la base du nez. Mais cette serre-fine se dérange trop facilement.

#### § 2. Bourrelet muqueux des lèvres. —

Le bourrelet muqueux qui se trouve quelquefois à la face interne du bord libre de la lèvre supérieure et plus rarement de l'inférieure, peut être traité simplement par l'excision, en abandonnant la cicatrisation à elle-même. Velpeau plaçait des fils en avant de la partie qu'il devait réséquer, et les nouant, après l'ablation de cette dernière, il avait une suture toute faite.

§ 3. Hypertrophie des lèvres. — C'est presque toujours la lèvre supérieure qui est le siège de l'hypertrophie.

Paillard, se fondant sur ce que l'augmentation du volume des lèvres réside surtout dans le tissu cellulaire sous-muqueux, a préconisé une opération qui consiste à inciser le bord libre de la lèvre d'une commissure à l'autre, plus ou moins près de la muqueuse suivant le degré de l'hypertrophie, et en se rapprochant davantage de cette membrane aux deux extrémités de l'incision.

On dissèque de bas en haut jusqu'à la hauteur du frein de la lèvre, et on excise à sa base le lambeau postérieur ainsi délimité.

Pour obvier à la même difformité, Pétrequin fendit de haut en bas la lèvre dans toute son épaisseur, retrancha sur chaque moitié un lambeau ayant la forme d'une pyramide triangulaire

intermédiaire à la peau et à la muqueuse qu'il respecta. Il rapprocha ensuite la peau et la muqueuse par quelques points de suture et réunit l'un à l'autre les deux côtés de la lèvre au moyen de la suture entortillée.

§ 4. **Atrésie de l'orifice buccal.** — Très-rarement congéniale, elle est presque toujours acquise. Je ne vais m'occuper ici que de l'atrésie simple, c'est-à-dire non compliquée d'adhérences des lèvres aux mâchoires.

D'assez nombreux procédés opératoires ont été employés pour remédier à cette coarctation.

Boyer pratiquait une section transversale de chaque côté, en ayant soin de donner à l'ouverture ainsi obtenue, en prévision du rétrécissement consécutif, des dimensions plus grandes que celles qu'il désirait conserver. Pour s'opposer au recollement des lèvres des incisions, il se servait de lames d'argent recourbées.

Dans le même but, Kruger Hanson a eu recours à un procédé analogue à celui employé par Rudtorffer pour les palmures interdigitales. Dans le point qui devait correspondre à la nouvelle commissure labiale, il traversa la joue avec un trocart qu'il remplaça par un gros fil de plomb. Ce fil fut laissé à demeure jusqu'à ce que le contour de l'ouverture qui lui livrait passage fût cicatrisé, et alors le chirurgien divisa la portion de tissu intermédiaire à cet orifice et à la bouche.

Cette opération ne paraît pas offrir des chances bien sérieuses de réussite.

*Procédé de Dieffenbach ou autoplastie par ourlet.* — (Werneck avant Dieffenbach avait pratiqué une opération analogue à de très-légères différences près dans le manuel opératoire, opération qui avait passé inaperçue.)

L'opération de Dieffenbach consiste à retrancher de chaque côté de l'orifice buccal une couche de parties molles terminée en dehors par un angle mousse, en respectant la muqueuse. Cette dernière bien isolée, on la fend de chaque côté en deux portions égales, en arrêtant l'incision un peu en avant du point au niveau duquel doit se trouver la nouvelle commissure.

Les lambeaux muqueux ainsi obtenus sont réunis à la peau par la suture entrecoupée et la suture entortillée.

Serres de Montpellier s'est contenté de sectionner et de réunir ensuite la muqueuse et la peau, entre lesquelles on peut au besoin exciser une portion de tissu. Ce procédé plus simple que celui de Dieffenbach paraît devoir être tout aussi efficace. Il a en outre l'avantage de ne pas faire subir de perte de substance à la peau.

Dans le cas où des adhérences existeraient entre les lèvres et les maxillaires, il faudrait les détruire et chercher, à l'aide des procédés connus, à s'opposer à leur reproduction.

§ 5. **Cheiloplastie.** — *Cancer des lèvres.* — La cheiloplastie ou restauration des lèvres est destinée à réparer les pertes de substance des lèvres. C'est sur l'inférieure que l'on a le plus souvent à la pratiquer, et très-fréquemment elle est nécessitée par l'extirpation d'un cancer ou mieux d'un épithélioma, affection plus commune sur cette lèvre que sur la supérieure. A moins que l'épithélioma n'ait des dimensions extrêmement limitées, auquel cas on peut l'attaquer par les caustiques ou la ligature extemporanée, on a recours contre lui à l'instrument tranchant, et, comme on ne peut laisser sans les combler les pertes de substance de la lèvre inférieure, il en résulte que l'extirpation du cancer labial doit être suivie d'une opération de cheiloplastie. Aussi étudierai-je dans le même article l'ablation du cancer des lèvres et leur restauration, en commençant par l'inférieure.

*Lèvre inférieure.* — Le malade sur lequel on va pratiquer l'opération doit être assis pour que le sang ne tombe pas dans sa gorge et ne l'étouffe pas; il ne peut donc être chloroformé. Un aide placé derrière fixe sur sa poitrine la tête du malade et comprime les artères faciales; un autre, qui se tient à côté du chirurgien, tend les tissus avec les doigts ou des pinces, à mesure que cela devient nécessaire.

Je ferai remarquer que le cancroïde occupe rarement la commissure labiale à moins qu'il ne soit arrivé à une période très-avancée de son évolution.

*Excision cunéiforme.* — Lorsque le cancroïde est très-peu étendu et siège sur le bord libre de la lèvre sans envahir la peau, on peut, comme le faisait Alquié de Montpellier, l'énucléer sans entamer cette membrane, puis rapprocher à l'aide d'une serre-fine les deux côtés de la perte de substance dans le sens antéro-postérieur. Ce

procédé qui est d'une très-grande simplicité et n'entraîne pas de perte de substance, a, par contre, l'inconvénient d'exposer à laisser dans la plaie quelque portion du tissu morbide.

*Procédé en demi-lune.* — Ce procédé qui porte les noms de Dupuytren et de Richerand, bien qu'il ait été pratiqué longtemps avant eux, consiste à retrancher avec un bistouri ou des ciseaux courbes une portion semi-lunaire de la lèvre comprenant les tissus malades.

Il est bon, après cette excision, de rapprocher la muqueuse et la peau de la lèvre et de les fixer par la suture. Lorsqu'on ne peut obtenir ce rapprochement, Langenbeck conseille de décoller d'un côté de la plaie la portion de muqueuse qui forme le bord rouge de la lèvre et de l'attirer de façon à l'appliquer sur la perte de substance.

Le mode opératoire que je viens d'examiner ne convient que lorsque la lésion est limitée au bord libre de la lèvre.

*Procédé en V (de Horn) (fig. 257).* — On circonscrit la tumeur par deux incisions convergentes partant du bord libre de la lèvre et formant un V à pointe inférieure, et on l'excise; on rapproche les deux branches du V en les détachant au besoin de la face antérieure du maxillaire, et on réunit par la suture entortillée.

Lorsque le rapprochement est difficile, on peut le favoriser par des incisions verticales sur la muqueuse qui prête moins que la peau. Ces incisions se cicatrisent avec la plus grande facilité.

Si elles sont jugées insuffisantes, on aura recours à l'un des procédés suivants dans lesquels la portion malade est toujours circonscrite et excisée au moyen d'une incision en V.

Malgaigne prolongeait de chaque côté la commissure labiale par une incision transversale et disséquait de façon à obtenir deux lambeaux triangulaires.

Après la suture faite sur la ligne médiane, il réunissait les bords des sections latérales dans une étendue convenable pour ne pas donner à la bouche des dimensions exagérées.

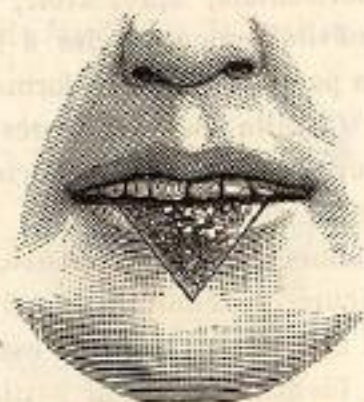


Fig. 257. — Cheiloplastie. Lèvre inférieure, procédé en V de Horn.

Jœsche incise la commissure labiale d'un côté seulement (du côté le plus rapproché de la perte de substance). Cette incision d'abord rectiligne se porte ensuite, suivant une ligne courbe, vers l'angle de la mâchoire. La mobilisation du lambeau que l'on détache

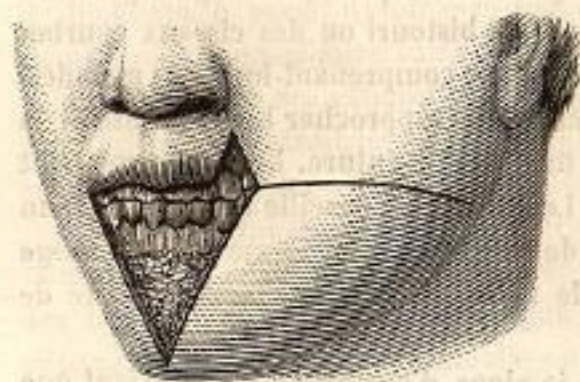


Fig. 258. — Cheiloplastie.  
Lèvre inférieure, procédé de Burow.

du périoste de la mâchoire inférieure permet de combler le vide laissé par l'ablation du tissu pathologique.

Lorsque la perte de substance est considérable, Jœsche incise la commissure labiale des deux côtés. Burow pratique (fig. 258) aussi une incision partant de l'angle de

la bouche le plus voisin de la portion enlevée. Cette incision est horizontale et s'arrête au voisinage du masséter. Le chirurgien réunit les deux branches du V, coud la muqueuse à la peau sur la portion du bord supérieur du lambeau qui va former le bord libre de la lèvre et réunit par la suture les deux bords de la plaie horizontale, après avoir, pour éviter les plis qui se produisent inévitablement, excisé à l'extrémité de cette plaie une portion de la peau de la joue en forme de triangle à base inférieure.

Camille Bernard, après avoir prolongé chaque côté commissure labiale par une incision horizontale, retranche avec des ciseaux de chaque côté de la lèvre supérieure, immédiatement [en dehors de la commissure, un lambeau triangulaire à base inférieure, et réunit par la suture les bords des plaies ainsi obtenues. Il évite de cette façon l'excès de longueur de la lèvre supérieure.

Dieffenbach faisait partir de chaque commissure une incision transversale de l'extrémité externe de laquelle naissait une incision verticale dirigée vers l'angle de la mâchoire. Il obtenait ainsi deux lambeaux quadrilatères qu'il affrontait sur la ligne médiane. De chaque côté, il fixait par la suture le bord du lambeau à la lèvre supérieure pour former une nouvelle commissure. Le vide laissé par la mobilisation des lambeaux était abandonné à lui-même.

Dieffenbach recommandait de diviser la muqueuse un peu plus haut que la peau, afin d'avoir ainsi un excès de muqueuse que l'on coud à la peau pour former le bord libre de la lèvre.

Syme et Buchanan (fig. 259, 260) circonscrivaient le mal entre les

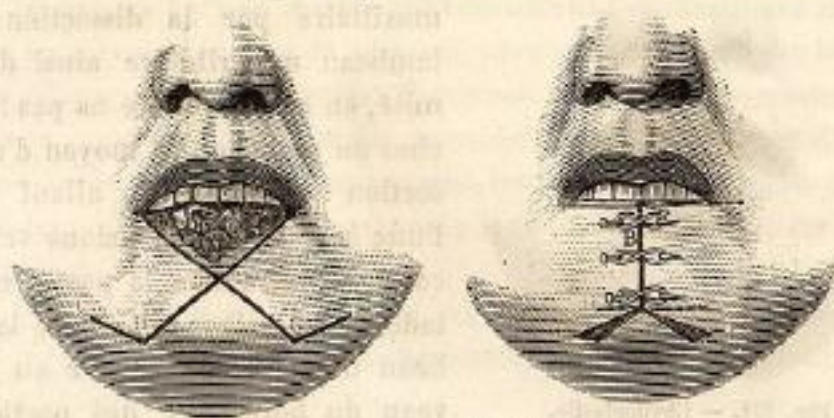


Fig. 259 et 260. — Cheiloplastie.  
Lèvre inférieure, procédé de Syme et de Buchanan.

deux branches d'un V qui, prolongées plus bas, donnent un autre V ouvert à la partie inférieure et se réunissant avec le précédent par son sommet. Puis, sur l'extrémité externe de chacune des branches du V inférieur, ils font tomber une incision transversale de trois centimètres environ. Ils obtiennent ainsi de chaque côté un lambeau quadrilatère qu'ils relèvent et réunissent à son congénère sur la ligne médiane par la suture entortillée, de façon que le bord supérieur de ces lambeaux vient former le bord libre de la lèvre. Il reste de chaque côté une petite plaie triangulaire qui se cicatrise rapidement.

Au lieu de délimiter la partie à enlever et les lambeaux par des incisions rectilignes, on peut recourir à des incisions courbes (fig. 261).

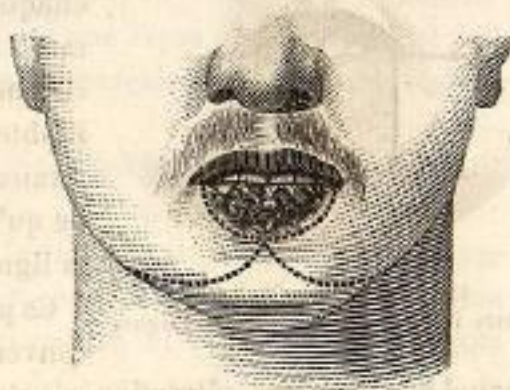


Fig. 261. — Cheiloplastie.  
Lèvre inférieure, procédé à incisions courbes.

Les six derniers procédés que je viens d'exposer permettent de combler des pertes de substance fort étendues. Chacun d'eux est plus spécialement applicable à certains cas déterminés.

*Procédé quadrilatéral de Chopart* (fig. 262). — On circonscrit de chaque côté la tumeur par une incision verticale descendant plus ou moins dans la région sus-hyoïdienne, suivant l'étendue que doit avoir la

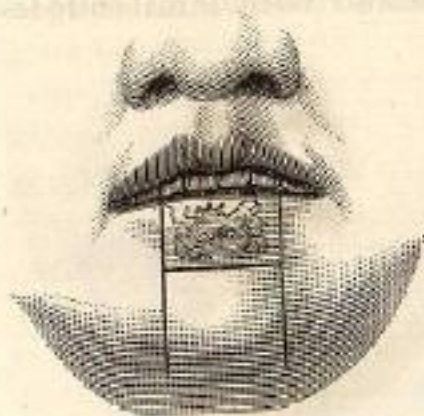


Fig. 262. — Cheiloplastie.  
Lèvre inférieure, procédé de Chopart.

perte de substance; on détache du maxillaire par la dissection le lambeau quadrilatère ainsi délimité, en ayant soin de ne pas toucher au périoste. Au moyen d'une section transversale allant de l'une à l'autre des incisions verticales, on retranche la partie malade et on relève ensuite le lambeau de façon à l'amener au niveau du bord libre des portions saines de la lèvre, en même temps qu'on incline la tête du malade vers le sternum pour favoriser cette manœuvre. Le lambeau est fixé à l'aide de la suture entortillée.

Malgaigne (fig. 263) avait modifié de la façon suivante le procédé quadrilatère : il arrêtait les deux incisions verticales au niveau du

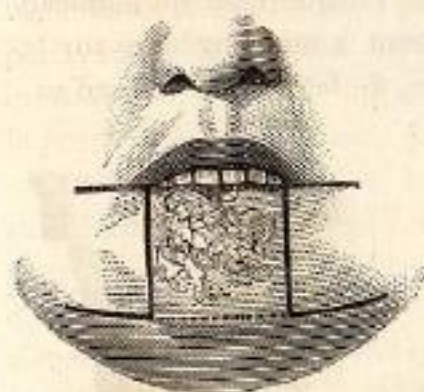


Fig. 263. — Cheiloplastie.  
Lèvre inférieure, procédé de Malgaigne.

bord inférieur du maxillaire et les réunissait par une section transversale qu'il prolongeait ensuite de chaque côté; il prolongeait également les commissures par deux incisions transversales. En disséquant, il obtenait ainsi deux lambeaux latéraux quadrilatères et à base externe qu'il réunissait l'un à l'autre sur la ligne médiane.

Ce procédé de Malgaigne évite l'inconvénient de celui de Chopart, lequel expose à une rétraction consécutive du lambeau qui tend à l'abaisser.

*Procédé de Roux* (de Saint-Maximin). — Ce chirurgien commençait par enlever le cancer au moyen d'une incision semi-lunaire à concavité supérieure; quand le mal dépassait les commissures, il

prolongeait ces dernières de chaque côté par une incision transversale et faisait partir la section semi-lunaire des extrémités des incisions transversales. L'excision achevée, il disséquait de haut en bas les parties molles qui recouvrent le maxillaire inférieur, en faisant pénétrer le bistouri plus profondément sur la ligne médiane que sur les côtés. Il pouvait ainsi faire remonter le lambeau jusqu'à la hauteur des commissures et le maintenait en place à l'aide d'un appareil approprié. Dans les cas où il avait prolongé les commissures, il réunissait par la suture les bords correspondants de ces incisions.

Le procédé de Roux encourt le reproche que nous avons fait à celui de Chopart d'exposer à l'abaissement du lambeau résultant de sa rétraction.

A l'opération de Roux Lisfranc ajoutait une section verticale médiane du lambeau, poussée jusqu'au point où s'arrêtait la dissection. Les bords de cette incision étaient réunis par la suture.

Morgan a employé un procédé en pont: après avoir enlevé les parties malades par une incision semi-lunaire, il fit, à une certaine distance au-dessous, une seconde section analogue. Il disséqua le pont de parties molles compris entre ces deux incisions et le ramena de bas en haut de façon à reconstituer la lèvre.

Tels sont les principaux procédés de la méthode française. La méthode indienne, elle aussi, a été mise en usage pour la réparation de la lèvre inférieure; mais, d'une façon générale, on ne doit y recourir que lorsque la méthode française est reconnue insuffisante.

Parmi les procédés de la méthode indienne, je citerai ceux de Sédillot, de de Bruns et de Voisin (de Limoges).

Dans le cas où la totalité de la lèvre inférieure est envahie par le cancer, Sédillot emploie le procédé suivant: il enlève par une incision quadrilatère la partie malade et taille de chaque côté de la bouche un lambeau quadrilatère vertical doublé par la muqueuse et à base supérieure. Il fait subir à ces lambeaux un mouvement de rotation qui porte leur bord interne en haut et permet de les affronter l'un à l'autre sur la ligne médiane par leurs bords inférieurs devenus internes. La suture entortillée maintient les parties en place, tandis qu'à l'aide de la suture entre-



coupée on renverse la muqueuse en avant et on la fixe à la peau, de façon à donner un aspect normal à la nouvelle lèvre.

De Bruns emploie un procédé analogue à celui de Sédillot, à cette différence près que les lambeaux ont leur base en bas.

Dans le cas où la perte de substance est peu étendue et n'occupe qu'une moitié de la lèvre, de Bruns ne forme qu'un lambeau et le prend du côté correspondant.

Voisin (de Limoges) fait partir une incision de chaque extrémité de la lèvre et la dirige obliquement vers le menton de manière à former un V incomplet; il détache et resèque la partie malade, puis fait une incision transversale de deux pouces et demi de longueur (sept centimètres environ) au-dessus du cartilage thyroïde. Des extrémités de cette incision, il en fait partir deux qui montent en se rapprochant et s'arrêtent de façon à laisser un pouce d'intervalle entre leurs extrémités supérieures. Le lambeau triangulaire à sommet tronqué ainsi délimité est disséqué, puis renversé sur son pédicule et appliqué sur la plaie où on le fixe par la suture entortillée.

Il faut autant que possible, quand on fait la cheiloplastie, que le bord libre de la lèvre de nouvelle formation soit bordé par la muqueuse.

Pour arriver à ce résultat, Dieffenbach conseille de prendre, en taillant le lambeau, plus de muqueuse que de peau du côté qui doit former le bord libre de la lèvre. On peut aussi, au besoin, détacher par la dissection la muqueuse des parties sous-jacentes, afin de pouvoir la mobiliser et la fixer par la suture au tégument cutané. Dans les cas où la muqueuse était respectée par la maladie, Serres la disséquait et la conservait.

D'autre part, il faut se garder de faire subir à la muqueuse buccale des pertes de substance trop étendues, sous peine de voir, après la cicatrisation, la mâchoire inférieure condamnée à l'immobilité.

Lorsque, pour combler la perte de substance, le chirurgien prend deux lambeaux, il n'est pas nécessaire, pourvu qu'ils s'ajustent exactement, que ces lambeaux soient symétriques.

*Lèvre supérieure.* — J'ai décrit, à propos du bec-de-lièvre, les procédés de restauration auxquels le chirurgien peut recourir en pa-

reil cas. Il est facile, d'autre part, de choisir parmi les procédés que je viens de décrire pour la lèvre inférieure, ceux qui peuvent s'appliquer à la lèvre supérieure affectée de pertes de substance accidentelles ou consécutives à l'ablation d'une tumeur. Je signalerai spécialement les procédés à tiroir de Malgaigne. Le procédé de Burow est plus particulièrement mis en usage pour la lèvre supérieure.

On peut aussi recourir au procédé de de Bruns. Ce procédé,

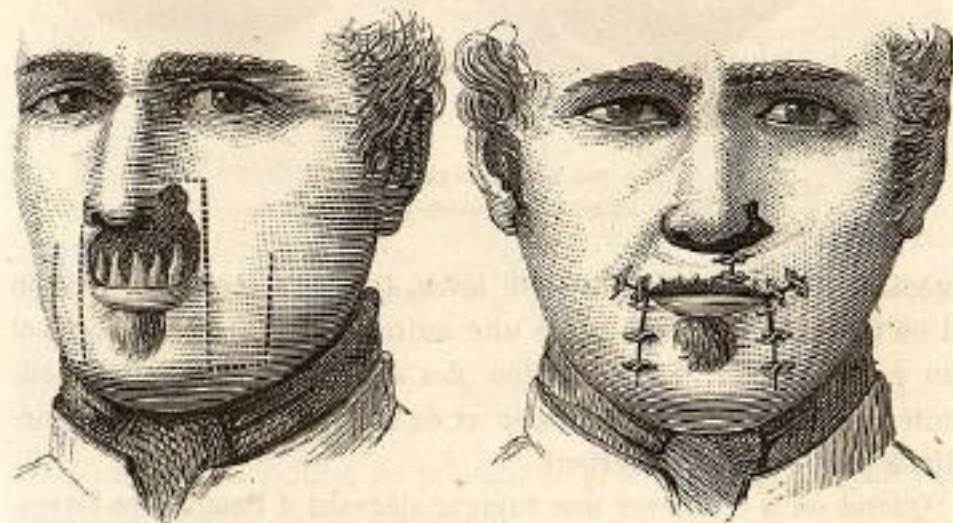


Fig. 264 et 265. — Cheiloplastie.  
Lèvre supérieure, procédé de Sédillot.

qui avait été conseillé par Malgaigne a été exécuté par Sédillot, et quelques auteurs le décrivent sous le nom de procédé de Sédillot (fig. 264 et 265). Il peut servir à réparer des pertes de substance très-étendues.

*Procédé de Dieffenbach* (fig. 266 et 267). — Pour réparer une lèvre supérieure en grande partie détruite, surtout au niveau de la portion moyenne, Dieffenbach eut recours à deux incisions en S, contournant l'aile du nez et venant aboutir sur le bord libre de la lèvre de chaque côté de la ligne médiane. Il obtint ainsi deux lambeaux qu'il put abaisser et affronter sur la ligne médiane.

*Procédé de Jeale.* — Dans un cas où la lèvre supérieure avait été

détruite par une brûlure dans la plus grande partie de sa hauteur, ce chirurgien incisa verticalement de haut en bas et sur la ligne

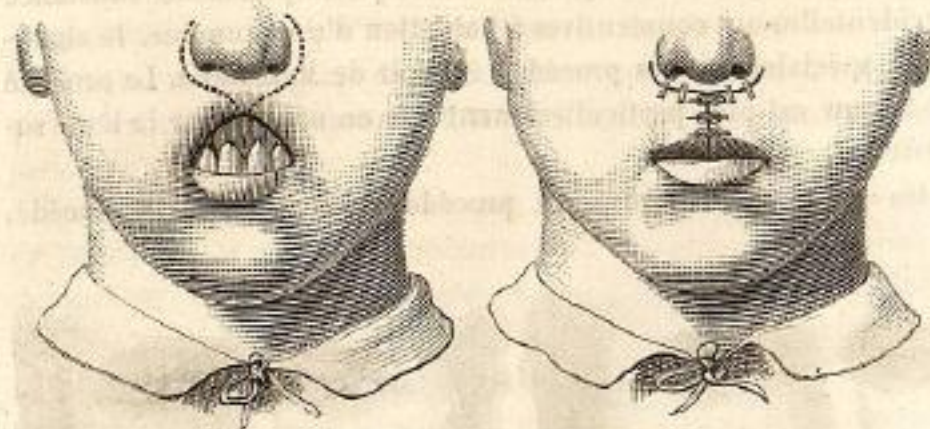


Fig. 266 et 267. — Chéiloplastie.  
Lèvre supérieure, procédé de Dieffenbach.

médiane ce qui restait de cette lèvre. De cette première incision il en fit partir de chaque côté une autre se dirigeant en dehors et un peu en haut. La dissection des deux lambeaux ainsi délimités lui permit de les abaisser et de les réunir sur la ligne médiane par leur bord inférieur.

Quand on a à enlever une tumeur siégeant à l'angle des lèvres, on excise la partie malade de façon à avoir une perte de substance triangulaire à base interne, elliptique ou en demi-étoile et à pouvoir rapprocher facilement les bords de la perte de substance. Au besoin on ferait sur une des lèvres une excision triangulaire, et on taillerait un lambeau approprié.

§ 6. **Stomatoplastie** (Autoplastie de la bouche). — Dans le cas de rétrécissement de l'orifice buccal, on peut, à l'aide d'incisions transversales partant des commissures, obtenir l'augmentation de la bouche. Mais, pour que la rétraction de cicatrices nouvelles ne fasse pas perdre à cette ouverture ce qu'elle a gagné par les incisions, il faut avoir soin de border ces dernières avec la muqueuse cousue à la peau.

Dieffenbach et avant lui Werneck recommandaient d'exciser une portion de la peau et des tissus sous-jacents jusqu'à la muqueuse exclusivement, et de fendre simplement cette dernière, afin de pouvoir la renverser plus facilement.

Serres de Montpellier repoussait cette excision de l'apex et des muscles et cousait la muqueuse à la peau, après les avoir toutes les deux fendues sur la même ligne.

## ARTICLE II

### JOUES.

§ 1. **Génoplastie** (Restauration des joues) (fig. 268). — Les pertes de substance des joues peuvent être réparées par la méthode française ou par la méthode indienne. La première devra toujours, quand faire se peut, être préférée. Dans un certain nombre de cas, on se contente d'aviver les bords de la perte de substance et de les réunir par la suture, en prenant la précaution de mobiliser au besoin les parties par la dissection.

Dupuytren et Lallemand ont mis en usage la méthode indienne et emprunté un lambeau à la région cervicale. Mutter a taillé (fig. 268) sur chaque côté de la perte de substance deux lambeaux qui lui ont permis de la combler.

§ 2. **Constriction cicatricielle des mâchoires.** — Lorsque les moyens mécaniques, le coin, la vis conique (fig. 269), les dilateurs des mâchoires (fig. 270, 271) ont été reconnus inutiles, il reste au chirurgien la section des brides suivie des précautions nécessaires pour s'opposer à leur reproduction et, en dernier ressort, l'opération d'Esmarch. J'ai déjà décrit cette dernière opération à propos de la résection du maxillaire inférieur.

Quant à la constriction des mâchoires due à une contracture ou



Fig. 268. — Génoplastie, procédé de Mutter.



Fig. 269. — Vis ouvre-bouche.

à une rétraction des élévateurs de la mâchoire inférieure, si elle



Fig. 270. — Dilatateur de H. Larrey.

résistait aux agents mécaniques, à l'anesthésie, elle pourrait être traitée par la section sous-cutanée des muscles contracturés.

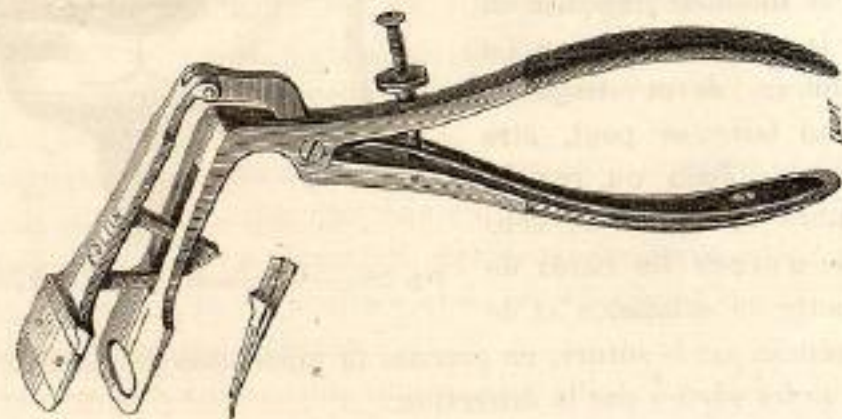


Fig. 271. — Ouvre-bouche de Collin.

existe un certain nombre de faits de section du masséter suivie de succès.

Je ne m'occuperai pas des opérations sur les dents, lesquelles rentrent dans l'art dentaire, qui n'est généralement pas considéré comme faisant partie de la chirurgie (1).

### ARTICLE III

#### LANGUE.

§ 1. **Section du filet.** — Le frein de la langue présente quelquefois un développement anormal, ce qui constitue le filet et

(1) Tomes. *Traité de chirurgie dentaire ou traité complet de l'art du dentiste.* Paris, 1870.

gène la succion. C'est la variété d'ankyloglosse dit médian inférieur. La section du filet est alors indiquée et c'est une opération des plus simples; on doit seulement éviter, en la pratiquant, de léser les veines ranines. L'enfant étant tenu par sa nourrice, la tête renversée, le chirurgien engage le filet dans la fente du pavillon d'une sonde cannelée et, à l'aide de ciseaux mousses, le divise dans l'étendue de trois ou quatre millimètres au plus.

Deux accidents peuvent venir compliquer cette petite opération; le plus fréquent est l'hémorrhagie, due à ce que l'on a intéressé les veines ranines ou à ce que l'on a divisé quelque vaisseau anormal contenu dans le filet. L'application d'un pinceau imbibé d'une solution de perchlorure de fer, la cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent et, au besoin, avec un stylet chauffé au rouge, maîtrisent facilement cet écoulement sanguin.

L'autre accident est le renversement de la langue vers le pharynx qui, une fois, a été suivi de mort. On prévient ce renversement en ne portant pas trop loin la section, et, s'il survenait, on s'empresserait d'introduire le doigt dans la bouche et de ramener la langue à sa place.

Dans les cas d'adhérence de la langue au plancher de la bouche, aux gencives, à la face interne des joues, il suffit de diviser ces brides et de passer tous les jours un stylet pour s'opposer à leur reproduction.

§ 2. **Section des génio-glosses pour la cure du bégaiement.** — Baudens tendait avec une égrigne la muqueuse au-dessus des muscles génio-glosses, enfonçait derrière la mâchoire à trois centimètres de profondeur des ciseaux pointus et coudés et divisait ainsi ces muscles de haut en bas.

Bonnet opérait par le procédé sous-mental. Il se servait de deux instruments, l'un pointu et destiné à percer la peau, le peucier et l'intervalle qui sépare les digastriques du milo-hyoïdien, l'autre mousse à son extrémité pour ne pas blesser la muqueuse et devant être enfoncé sur la ligne médiane entre les deux parties latérales des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses.

L'opérateur introduisant l'index gauche sur le plancher de la bouche faisait une piqûre, puis enfonçant le ténotome mousse derrière la partie médiane du menton, le tranchant tourné en avant,

il dirigeait successivement le tranchant à droite et à gauche et coupait les deux muscles génio-glosses.

Je viens de relater deux des procédés employés pour la section des génio-glosses, mais je ne garantis nullement l'efficacité de ces opérations contre le bégaiement, et j'eserais bien plutôt porté à dire avec Richet que la section des muscles de la langue est un chapitre à rayer des livres de médecine opératoire.

§ 3. **Amputation de la langue** (fig. 272). — Ce n'est pas ici le lieu d'exposer la structure si complexe de la langue; je rappellerai seulement la présence dans chaque moitié de cet organe d'une artère importante, l'artère linguale, qui trop souvent a été le point de départ d'hémorrhagies mortelles.

L'amputation de la langue peut être faite par l'instrument tranchant, par la ligature, par l'écrasement linéaire et la ligature extemporanée, par la cautérisation.

**INSTRUMENT TRANCHANT.** — Quand on a recours à l'instrument tranchant, on ne doit pas anesthésier les malades, de peur de les exposer à être asphyxiés par suite de l'introduction du sang dans les voies aériennes.

**Procédé transversal.** — Louis tirait la langue hors de la bouche avec un fil passé à travers la pointe ou des pinces de Museux, puis la coupait transversalement, avec un bistouri, en arrière de la portion malade. Praticqué tel que Louis l'appliquait, ce procédé ne peut servir que pour la portion libre de la langue; si l'on veut agir plus près de sa racine, il faut, après avoir sectionné transversalement cet organe, le détacher, par la dissection, du plancher buccal.

L'hémorrhagie sera arrêtée par la ligature ou par la cautérisation au fer rouge.

**Procédé en V.** — Dans un cas de tumeur de la pointe de la langue où les deux côtés de l'organe étaient sains, Boyer circoncrivit la portion malade par une section en V ouvert en avant et rapprocha par la suture entrecoupée les deux bords de la perte de substance. Il est évident que l'on peut diversement modifier l'opération d'ablation partielle de la langue selon le siège et l'étendue du mal.

Roux et Flaubert, pour se prémunir contre l'hémorrhagie, ont tous les deux eu recours à la ligature préalable de l'artère linguale du côté sur lequel devait porter l'opération. C'est en

somme une bonne précaution à laquelle on recourt assez souvent.

Dans les opérations que je viens de signaler, on agit sur la langue par l'ouverture normale de la bouche, mais il est une série de procédés composés dans lesquels on crée une voie artificielle ou bien on élargit la voie buccale.

**Ablation par la région sus-hyoïdienne.** — Regnoli, de Pise, ayant à traiter une femme qui portait une grosse tumeur cancéreuse au côté gauche de la langue et craignant de ne pouvoir se rendre maître de l'hémorrhagie après l'ablation par la bouche, eut recours au procédé suivant: il fit une incision antéro-postérieure s'étendant du maxillaire jusqu'à l'os hyoïde, puis une seconde incision courbe suivant le bord inférieur du maxillaire; il eut ainsi une incision en T. Disséquant les deux branches transversales du T, il divisa les attaches au maxillaire des muscles digastriques, génio-hyoïdiens et génio-glosses. Il sectionna ensuite sur la ligne médiane le milo-hyoïdien et la muqueuse du plancher de la bouche. Introduisant à travers cet orifice des pinces de Museux, il accrocha la pointe de la langue et l'attira au dehors; après avoir serré avec une ligature transversale la moitié gauche de la base de la langue, il excisa la portion gauche de cet organe où siégeait la tumeur.

**Agrandissement de l'orifice buccal.** — **Procédé de Jæger.** — Dans ce procédé, l'opération préalable consiste à fendre la joue, de la commissure labiale au bord antérieur du masséter.

Afin d'avoir plus de facilité pour l'ablation des tumeurs très-étendues de la langue, Sédillot a eu recours à la section du maxillaire inférieur. Voici comment il procédait au début: il divisait sur la ligne médiane la lèvre inférieure et les téguments jusqu'au niveau de l'os hyoïde, puis sectionnait le maxillaire inférieur sur le même point et faisait écarter les deux branches de l'os, ce qui facilite singulièrement la manœuvre de l'extirpation de la partie malade de la langue. Dans la suite, ayant constaté la difficulté qu'il y avait à obtenir la soudure des deux portions du maxillaire scié sur la ligne médiane, Sédillot a substitué à la section verticale une section en V dont la pointe placée latéralement occupe le milieu de l'épaisseur de l'os.

Billroth et Bæckel ont été plus loin que Sédillot, c'est-à-dire qu'ils ont fait la résection temporaire d'une portion du maxillaire inférieur, laissant cette portion osseuse adhérente aux parties

molles, la remettant ensuite en place et la fixant par la suture osseuse. Voici comment procéda Bœckel pour un cas de cancer de la moitié antérieure de la langue et du plancher de la bouche dans lequel la langue collée contre les incisives rendait impossible l'opération de Sédillot. Il fit sur la lèvre inférieure, à trois centimètres au-dessous du bord libre, une incision horizontale s'arrêtant à une petite distance de l'artère faciale. De chaque extrémité de cette incision, il fit partir une section verticale s'étendant un peu au-delà du bord de la mâchoire. Il dégagait l'os à ce niveau et, après avoir percé les trous nécessaires au passage des fils destinés à la suture, il le divisa des deux côtés avec la scie à chaîne montée sur un arbre. Le corps de la mâchoire tenant au lambeau quadrilatère des parties molles rabattues sur le cou et le bord rouge de la lèvre demeuré intact et relevé jusqu'au nez laissaient un large espace qui permit d'enlever toutes les parties malades.

Le procédé de Jäger ne donne pas, somme toute, une très-grande facilité; celui de Sédillot, plus grave, il est vrai, donne par contre beaucoup d'aisance, surtout lorsque l'altération a envahi le plancher de la bouche. Dans les procédés de Billroth et de Bœckel, la double section de l'os constitue un danger encore plus grand.

**LIGATURE.** — La ligature lente ou progressive, la seule dont on se servait autrefois, est à peu près tombée en désuétude aujourd'hui que l'écrasement linéaire et la ligature extemporanée nous offrent les mêmes avantages que la méthode ancienne, sans nous exposer aux mêmes inconvénients. Aussi passerai-je rapidement sur la ligature progressive.

Dans le cas de tumeur d'une portion latérale de la langue, Mayor fendait cet organe sur la ligne médiane et appliquait sur la base de la portion malade une ligature qu'il maintenait serrée avec son serre-nœud.

Cloquet, pour détruire une moitié de la langue, fit une petite incision au-dessus de l'os hyoïde et par cette incision introduisit à deux reprises une aiguille courbe à manche qui lui servit à passer des ligatures pour étreindre la partie malade. Mirault a eu aussi recours à la ligature par la région sus-hyoïdienne. Je n'insiste pas sur ces procédés de ligature lente; ils préservent, il est vrai, de l'hémorrhagie, mais, par contre, ils ont l'inconvénient de donner

lieu à une douleur vive et de longue durée, à un gonflement inflammatoire qui peut prendre une extension funeste, et enfin à la septicémie, en raison des produits putrides versés dans la bouche et avalés avec la salive. Aussi préfère-t-on à bon droit la ligature extemporanée et l'écrasement linéaire.

**ÉCRASEMENT LINÉAIRE ET LIGATURE EXTEMPORANÉE** (fig. 272). — Chassaignac recommande d'habituer le malade au cathétérisme œsophagien, parce que la déglutition peut être très-gênée après l'opération.

Pour enlever la totalité de la langue, Chassaignac se sert de deux écraseurs, dont l'un sectionne les insertions postérieures et l'autre les inférieures. La chaîne du premier écraseur se place de la façon suivante: on introduit de bas en haut une aiguille à manche à travers la peau de la région sus-hyoïdienne et le plancher de la bouche; cette aiguille est armée d'un fil solide auquel est attachée la chaîne de l'écraseur. On fait ressortir la pointe de l'aiguille dans la bouche, au niveau de la gouttière qui borde la langue, on dégage le fil et on retire l'aiguille; puis on réintroduit de nouveau le chef buccal du fil dans le chas de l'aiguille, on conduit cette dernière sur le côté opposé de la gouttière qui sépare la langue du maxillaire inférieur, et on lui fait traverser de haut en bas le plancher de la bouche et ressortir au niveau de la région sus-hyoïdienne par la première piqûre. Le fil sert à conduire une chaîne d'écraseur qui embrasse la base de la langue et dont les extrémités ressortent par la région sus-hyoïdienne. On pourrait plus rapidement arriver au même but en enfonçant de haut en bas de la bouche dans la région sus-hyoïdienne et de chaque côté de la langue une aiguille armée d'un fil et les faisant ressortir toutes deux au même point. Bref, les extrémités de la chaîne fixées dans l'instrument, on fait jouer la crémaillère et on donne un coup de cliquet toutes les quinze secondes environ. Quand la partie postérieure de la langue est divisée et que la chaîne est ressortie par la région sus-hyoïdienne, il reste à couper les attaches inférieures de la langue. Pour cela, la langue étant fortement attirée en avant à l'aide de pinces de Museux, on fait passer la chaîne de l'écraseur au bas de la section, on la ramène sur les côtés, au-dessous de la pointe de la langue, et, introduisant l'instrument dans la bouche, on sectionne les attaches inférieures de la langue, comme on a divisé son insertion postérieure.

Cette opération est lente et demande à peu près une heure. On peut à la rigueur, quand l'altération ne se prolonge pas trop en arrière, hâter l'opération en faisant marcher les deux écraseurs à la fois. Pour ce faire, avec une aiguille, on passe une première chaîne

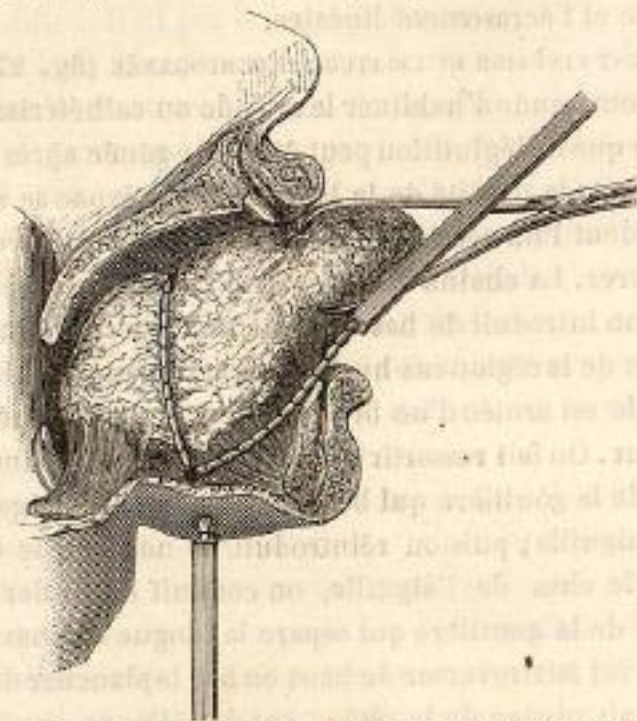


Fig. 272. — Amputation de la langue par l'écrasement linéaire.

transversalement d'un côté à l'autre au-dessous des attaches inférieures de la langue. La chaîne de l'écraseur horizontal ainsi placée, on introduit, comme je l'ai indiqué, celle de l'écraseur vertical, et on peut faire agir les deux instruments à la fois.

L'ablation d'une moitié de la langue nécessite trois sections, deux verticales, l'une postérieure et transversale, l'autre médiane et antéro-postérieure, et la troisième horizontale. Pour placer la chaîne destinée à la première section, on procède comme pour la section transversale totale; seulement, quand on passe le fil de la bouche dans la région sus-hyoïdienne, au lieu de l'enfoncer entre la langue et les gencives on lui fait traverser de haut en bas le milieu de l'organe.

Dans les cas où le mal ne s'étend pas trop loin en arrière, on peut passer directement le fil et la chaîne de bas en haut par la bouche, ce que l'on fait pour la section verticale antéro-postérieure.

Les deux sections verticales faites, on place facilement la chaîne pour la section horizontale. Une précaution importante consiste à ne pas se hâter dans la manœuvre de l'écraseur, car sans cela on s'expose à l'hémorrhagie.

La ligature extemporanée proprement dite a été mise en honneur par Maisonneuve, qui a indiqué des procédés divers selon que l'on a à enlever une portion plus ou moins considérable de la langue. Il se sert pour cette opération du constricteur n° 2 et de fortes ficelles. Les principaux modes de ligature signalés par Maisonneuve sont : la ligature à anses latérales (par le procédé de Récamier), la ligature à anses transversales et la ligature par la région sous-mentale.

*Ligature à anses latérales (Récamier).* — Récamier se servait, pour passer la ligature, d'une aiguille rappelant la sonde de Beilloc et formée d'une gouttière métallique creuse terminée en pointe aiguë d'un côté et de l'autre s'enfonçant dans un manche en bois qu'elle traverse en totalité. Dans cette gouttière glisse un ressort de montre deux fois long comme elle, portant un chas à une de ses extrémités et un bouton à l'autre. La langue étant tirée en avant, le chirurgien engage la pointe d'une de ces aiguilles sous la langue, au niveau de la ligne médiane, puis fait saillir cette pointe à la face supérieure, derrière les limites de la tumeur. L'aiguille maintenue en place par le chirurgien, un aide pousse le ressort qui vient sortir par la bouche et est armé d'un fil.

L'opérateur retire alors l'aiguille et entraîne en même temps le ressort et le fil. Le chef postérieur du fil est attaché au milieu d'une forte ficelle longue de deux mètres repliée en deux. En tirant sur le fil, on entraîne la ficelle en double et l'on a ainsi compris chaque moitié de la langue dans une ligature. Il ne reste plus qu'à fixer les chefs de chaque ligature dans un constricteur n° 2 et à opérer la constriction. On peut opérer des deux côtés successivement ou simultanément.

*Ligature à anses transversales.* — Une aiguille de Deschamps passée d'un côté à l'autre au-dessous des bords de la langue sert à conduire un fil solide auquel est attaché le milieu d'une forte ficelle. En retirant le fil, on place la ficelle et l'on a ainsi une double ligature.

Les deux chefs de l'une des ligatures sont ramenés en avant et placés sous la langue, ainsi que le constricteur auquel on les adapte. Les deux chefs de l'autre ligature sont réunis sur la face dorsale de la langue, et le constricteur sur lequel on les fixe est conduit dans l'arrière-gorge, afin de dépasser les limites du mal.

Je ne reviens pas sur la ligature extemporanée par la région sous-mentale ou sus-hyoïdienne; j'ai exposé la manière dont Cloquet passait les fils pour la ligature progressive. C'est d'une façon analogue qu'on passe les ficelles de la ligature extemporanée.

L'écrasement linéaire et la ligature de Maisonneuve devant agir sans effusion sanguine permettent à la rigueur l'emploi des anesthésiques, mais il est bon de ne les employer qu'après avoir placé les chaînes ou les ficelles destinées à pratiquer la section.

CAUTÉRISATION. — Les deux procédés de cautérisation en usage sont la cautérisation en flèches et la cautérisation électrique.

La cautérisation en flèches de Maisonneuve, dont j'ai déjà décrit le manuel opératoire, n'expose pas, quoi qu'on en ait dit, aux accidents d'intoxication par le chlorure de zinc, mais elle laisse la porte ouverte à l'absorption des produits putrides émanés de la portion mortifiée et avalés avec la salive.

Quant à la galvano-caustie, on peut se servir du couteau galvano-cautère ou de l'anse coupante que l'on passe à travers la langue derrière la partie malade.

Il faut éviter de trop élever la température, car on perd ainsi les bénéfices de la propriété hémostatique de cet appareil.

En somme, l'ablation par le bistouri, sans ligature préalable de la linguale ou des linguales suivant l'étendue de l'organe qu'on veut enlever, expose à des hémorrhagies sérieuses et difficiles à arrêter. J'ai déjà signalé les inconvénients de la ligature lente, tels que douleurs vives et longues, gonflement considérable, résorption des produits putrides. On évite ces dangers en recourant à l'écrasement linéaire et à la ligature extemporanée qui mettent à peu près à l'abri de l'hémorrhagie. La cautérisation en flèches, d'un manuel opératoire facile, donne lieu à des douleurs très-intenses pendant vingt-quatre heures et expose à l'absorption des produits septiques. Elle ne peut guère servir qu'à des ablations partielles de la langue. La cautérisation galvanique, qui est un moyen d'une application

assez délicate, a contre elle la complication de l'appareil instrumental qu'elle nécessite.

L'écrasement linéaire et la ligature extemporanée me paraissent, en résumé, les méthodes d'élection, sauf, en face d'une lésion extrêmement étendue, à recourir à l'instrument tranchant et aux procédés de Sédillot, de Billroth, de Bœckel. Mais, dans des cas pareils, peut-être serait-il plus prudent de s'abstenir de toute opération.

#### ARTICLE IV

##### PLANCHER DE LA BOUCHE.

§ 1. **Grenouillette.** — Je n'ai pas à décrire de manuel opératoire particulier pour l'ablation des tumeurs du plancher de la bouche; on trouvera dans l'exposition que j'ai faite des procédés d'amputation de la langue, des modes opératoires parfaitement de mise dans ces cas, surtout ceux de ces modes qui s'accompagnent de la section ou de la résection temporaire du maxillaire; mais je dois donner une description spéciale des procédés mis en usage contre la grenouillette sublinguale.

Sur la foi de Lafaye et de Louis on a longtemps considéré la grenouillette comme formée par la dilatation des conduits des glandes sublinguale ou sous-maxillaire, mais Malgaigne a prouvé qu'au moins dans la très-grande majorité des cas elle était étrangère à ces canaux.

Les méthodes de traitement se sont naturellement ressenties de l'idée qu'on se faisait du siège de la tumeur, certains chirurgiens s'efforçant de créer un orifice fistuleux propre à remplacer l'orifice normal du conduit, d'autres, au contraire, cherchant simplement à détruire la cavité kystique ou à l'effacer en déterminant l'adhérence des parois.

La ponction, l'excision ne sont que des palliatifs après lesquels la tumeur se reproduit rapidement.

La cautérisation au fer rouge était employée par Ambroise Paré, qui enfonçait dans la tumeur une sorte de trocart chauffé à blanc et produisait ainsi une fistule. Ce moyen, trop effrayant, est depuis longtemps inusité.

L'excision de la paroi supérieure du kyste est, en somme, un procédé efficace et très-facile à exécuter.

Il suffit de fendre cette paroi avec un bistouri ou des ciseaux et d'en exciser une portion plus ou moins étendue. Après avoir retranché la paroi supérieure, Malgaigne, pour plus de sûreté, excisait ou mieux arrachait avec des pinces la paroi profonde de la poche.

Le séton employé par Physick et Laugier est un moyen un peu infidèle.

Le procédé de Dupuytren qui, après avoir incisé et vidé la tumeur, plaçait à demeure dans l'ouverture une petite canule élargie à ses deux extrémités, une sorte de bouton de chemise, afin de créer une fistule, est complètement laissé de côté. J'en dirai tout autant de la *batrachosioplastie* de Jobert, qui incisait la muqueuse sur la tumeur, sans ouvrir cette dernière; il disséquait ensuite la muqueuse et en excisait un demi-centimètre de chaque côté. Ouvrant alors le kyste, il cousait les bords de cette ouverture à ceux de la muqueuse. Forget a fendu crucialement le kyste et fixé les quatre angles par autant de points de suture, après avoir excisé la muqueuse comme Jobert.

Les injections de teinture d'iode au tiers, avec la précaution préalable de laver soigneusement avec de l'eau tiède la cavité kystique, constituent un bon moyen. A la teinture d'iode qui occasionne quelque désagrément quand il s'en écoule un peu dans la bouche, Denonvilliers a substitué le vin chaud qui n'a pas cet inconvénient et est tout aussi efficace.

Gosselin, après avoir excisé largement la paroi supérieure de la tumeur qu'il soulève avec un *ténaculum*, cautérise avec le nitrate d'argent la face interne de la portion restante du kyste, et le lendemain il écarte avec une sonde cannelée les bords de la plaie et cautérise au nitrate; il en fait autant le surlendemain, puis tous les deux jours. Quand il trouve un point où la réunion a eu lieu superficiellement, il incise cette portion et cautérise.

L'excision suffirait si, chose extrêmement rare, la grenouillette siégeait dans les conduits salivaires. Dans les cas ordinaires, l'injection vineuse, l'excision suivie ou non de la cautérisation constituent d'excellents moyens.

Pour la grenouillette sus-hyoïdienne, on recourrait également aux injections irritantes, après avoir lavé le kyste.

## ARTICLE V

## PALAIS.

§ 1. **Voile du palais.** — *Perforation.* — *Division congéniale ou diastématostaphylie.* — *Staphyloraphie* (fig. 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279). — Avant d'étudier le traitement des solutions de continuité du voile du palais, je rappellerai sa structure en quelques mots. Un feuillet cellulo-fibreux occupe la moitié ou le tiers supérieur de sa hauteur; cinq muscles de chaque côté entrent dans sa composition. Ce sont : le palato-staphylin ou muscle de la luette, le pharyngo-staphylin situé dans l'épaisseur du pilier postérieur et resserrant l'orifice de communication du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales, le péristaphylin interne qui élève le voile du palais, le péristaphylin externe qui le tend transversalement, et enfin le glosso-staphylin placé dans l'épaisseur du pilier antérieur et constricteur de l'isthme du gosier.

Le péristaphylin interne naît de la portion osseuse de la trompe d'Eustache à sa jonction avec la portion cartilagineuse et un peu de cette dernière. En bas il s'insère sur l'aponévrose du voile du palais, dont il occupe la partie postérieure. Il n'est, en effet, séparé de la muqueuse de la face postérieure que par le palato-staphylin et un faisceau du pharyngo-staphylin.

Le péristaphylin externe, placé au-dessous du précédent, naît de la fossette située à la partie interne de la base de l'apophyse ptérygoïde et de la partie fibreuse de la trompe d'Eustache, puis se porte en bas et donne naissance à un large tendon, qui se plisse pour se réfléchir sur le crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et vient s'étaler dans l'épaisseur du voile du palais.

Ce voile, revêtu sur ses deux faces par une membrane muqueuse, renferme des vaisseaux et des nerfs, ainsi qu'une notable quantité de glandules.

Les perforations du voile du palais, assez rares du reste, sont en général produites par la syphilis et ne réclament, lorsqu'elles