

les opérations de ce genre, le résultat définitif est bien rarement une survie prolongée; le patient, trop souvent, ne bénéficie que de quelques semaines de répit, quelques mois tout au plus. Mieux vaut donc lui rendre la liberté le plus vite possible, en cherchant, par la réunion *per primam*, une autoplastie immédiate guérie en quelques jours. La guérison opératoire lui aura au moins donné l'illusion de la cure radicale; et d'ailleurs il n'est pas prouvé que la récurrence soit plus fréquente par cette méthode si l'ablation a été large.

De ce qui précède, il résulte qu'il serait déraisonnable de vouloir établir un pronostic d'ensemble pour ces diverses opérations. La statistique de Wörner nous donne une mortalité brute de 5,77 pour 100, due surtout à des pneumonies. Mais la mort est à peu près exclusivement réservée aux opérations graves, étendues, auxquelles je viens de faire allusion, surtout lorsque l'os est intéressé. Pour les excisions curvilignes ou en V on peut dire que la mortalité est nulle, et pour les extirpations larges, sans délabrement osseux, l'antiseptie la rend presque nulle.

VI

DIFFORMITÉS DES LÈVRES

Les difformités des lèvres sont congénitales ou acquises. Mais les premières, — à part quelques particularités, thérapeutiques surtout, dont je m'occuperai chemin faisant, — ont été étudiées dans le chapitre général sur les vices de développement de la face. C'est donc à peu près exclusivement des difformités acquises qu'il va être question ici. Ces difformités sont : 1° les adhérences et l'atrésie de l'orifice buccal; 2° l'ectropion; 3° les pertes de substance.

A. — ATRÉSIE DE L'ORIFICE BUCCAL

Variétés. — Depuis la description remarquable donnée dans le *Compendium*, il est classique de diviser l'atrésie acquise en trois variétés.

A. *L'atrésie sans perte de substance et sans adhérence aux mâchoires* peut s'appeler *ankylocheilie* : aux paupières, en effet, une disposition tout à fait analogue caractérise l'ankyloblépharon. Cette variété, moins fréquente que les deux autres, résulte d'ulcérations partant de la commissure et soudant peu à peu les deux lèvres, par le mécanisme des plaies angulaires. Les causes ordinaires sont le lupus, la syphilis; à titre d'exception, on mentionne les ulcérations varioleuses, chez des malades de Demarque, de Krüger Hanson. L'orifice rétréci, suivant les cas reste médian, ou est plus ou moins attiré vers la joue. Ses dimensions sont très variables. Il peut devenir extrêmement étroit, et l'on cite même une observation de Horstius où il se serait complètement oblitéré.

B. *Atrésie précédée de perte de substance.* — Cette variété est la plus fréquente. Elle résulte de la rétraction cicatricielle consécutive aux pertes de substance de quelque étendue. Ces pertes de substance sont le résultat des lésions traumatiques diverses, des exérèses chirurgicales, de la pustule maligne, du noma, des ulcérations destructives de la syphilis, etc.

C. *Atrésie avec perte de substance et adhérence aux mâchoires.* — Cette *syncheilie* répond à ce qu'est aux paupières le *sympblepharon*. Non seulement l'orifice buccal est rétréci, mais de plus les lèvres et les joues, en partie disparues, adhèrent aux rebords alvéolaires. Cette difformité est la règle à la suite du noma; autrefois, elle était assez souvent la conséquence de la stomatite mercurielle grave. Dans un fait de Bouisson, l'ingestion de liquides trop chauds avait suffi à la produire. Ces adhérences sont quelquefois de simples brides, libres et lâches. Mais d'ordinaire, elles sont larges et courtes, et la soudure est à peu près complète : en ce cas, la lésion dominante est presque toujours, à vrai dire, la constriction cicatricielle des mâchoires (1).

Symptômes. — Dans toutes les variétés, la difformité saute aux yeux, l'introduction des aliments dans la bouche est difficile, la mastication et la parole sont gênées, la respiration même peut être pénible. La gravité de ces accidents est en raison directe de l'étroitesse de l'orifice, et l'on conçoit que le malade d'Horstius soit mort de faim, la bouche étant complètement obstruée. Le vomissement, enfin, serait grave chez ces sujets, car les matières expulsées, ne trouvant pas une voie suffisamment large, seraient en partie refoulées dans l'arbre aérien.

Lorsqu'il y a perte de substance, deux phénomènes nouveaux interviennent : l'écoulement continu de la salive et la chute des aliments pendant la mastication. Dans la troisième variété s'ajoutent les symptômes de la constriction des mâchoires.

Traitement. — Par des moyens variés, on peut pallier les accidents. Avec les doigts, on enfonce les aliments; si l'orifice est plus étroit, on nourrira le patient de liquides avec une cuillère étroite, au biberon, avec une sonde munie d'un entonnoir; un degré de plus, et la sonde molle sera introduite par une des narines si ces orifices ne sont pas, eux aussi, atrésifiés. Mais la prolongation de ces artifices devient bien vite insupportable.

On a songé à dilater l'orifice avec de l'éponge préparée, avec une tige de laminaire : la récurrence est constante. Il en est de même après l'*incision simple*, même avec les petites manœuvres d'Amussat, qui chaque jour, jusqu'à cicatrisation, désunissait la commissure, de Boyer qui interposait une lame d'argent entre les surfaces cruentées.

Pour obtenir la guérison, il est indispensable de reconstituer une commissure.

L'idée du *procédé du Botoc* est la suivante. Au point où l'on veut que se trouve ultérieurement la commissure, on perfore la joue et on fait cicatriser cet orifice autour d'un corps étranger, tige d'ivoire ou fil de plomb. Cette cicatrisation achevée, on fend le pont entre la bouche et l'orifice artificiel : on a supprimé de la sorte la cicatrisation angulaire et il n'est pas étonnant que ce procédé ait donné des succès, par exemple à Krüger Hanson, à Gosselin.

Mais, aujourd'hui surtout que la réussite de la réunion immédiate est vulgaire, ce procédé, encore assez aléatoire, doit céder le pas à l'incision en un seul temps, suivie de suture exacte de la muqueuse à la peau, comme l'a pratiqué Serre (de Montpellier), il y a longtemps déjà. Il y a même mieux à faire : c'est ce que Jobert (de Lamballe) a appelé l'autoplastie par ourlet, ou par inflexion. Dans l'espèce, cette méthode est représentée par le procédé de Werneck et de Dieffen-

(1) Voy. t. IV, p. 874.

bach. On excise à la peau un fragment triangulaire, dont le sommet répond à la future commissure; puis la muqueuse est fendue horizontalement et les deux petits lambeaux ainsi constitués sont ourlés à la peau. Ces deux dernières opérations sont donc identiques à la canthoplastie.

Quand il y a des adhérences entre la lèvre et l'os, on devra les diviser et, par les divers artifices dont il a été question à propos de la constriction des mâchoires, tâcher d'éviter leur reproduction. Je n'insisterai pas davantage sur les faits de ce genre, où il y a presque toujours à la fois constriction des mâchoires et perte de substance. A l'opération de l'atrésie, il faudra en effet joindre la cheiloplastie et le traitement de la constriction; faire des autoplasties à lambeaux muqueux, comme Dieffenbach, à lambeaux cutanés comme V. Mott et Bouisson, ou même transplanter un lambeau brachial par la méthode italienne.

B. — ECTROPION DES LÈVRES

Avec Bouisson, O. Weber, A. Verneuil, il faut appeler ectropion le renversement des lèvres au dehors. La lésion est, en effet, tout à fait comparable à l'ectropion palpébral. Pour établir une classification parallèle à celle de l'ectropion des paupières, on peut décrire aux lèvres l'ectropion paralytique, muqueux et cicatriciel, et mentionner le renversement parfois produit par une tumeur. L'ectropion paralytique, observé chez les idiots, chez certains paralytiques, n'a aucune importance chirurgicale, sauf par l'état subinflammatoire déjà signalé qui lui succède. Je m'en tiendrai donc à l'ectropion muqueux et à l'ectropion cicatriciel.

1° ECTROPION MUQUEUX

Ce vice de conformation, assez disgracieux, a reçu des noms divers : c'est la lèvre double (Doppellippe) des auteurs allemands, la *tumeur muqueuse des lèvres* de Jacobi, l'*exstrophie des lèvres* de Bouisson. Cet état est le plus souvent congénital, mais quelquefois développé après la naissance et l'on dit alors qu'il s'observe surtout chez les joueurs d'instruments à vent. Il atteint plutôt la lèvre supérieure, dont le bord libre est légèrement renversé en dehors et laisse voir derrière lui un bourrelet transversal formé par la muqueuse. Dans les cas légers, ce bourrelet n'est appréciable que pendant le rire; à un degré plus avancé, il forme une sorte de gros boudin, toujours exposé à l'air, gercé, croûteux, fongueux et pouvant en imposer pour un cancer (Dupuytren). Cet état peut être rendu assez sérieux par des morsures fréquentes, par des érysipèles à répétition. Pour O. Weber, E. Albert, cette difformité est due à un manque de longueur de la peau. Mais la plupart des auteurs admettent avec Dupuytren, Jacobi (1), Bryant, qu'il s'agit d'une hypertrophie soit du tissu sous-muqueux, soit des glandules labiales.

En tout cas, le *traitement* consiste dans l'excision du bourrelet saillant sur toute sa longueur. Les deux lèvres de la plaie seront réunies par la suture.

(1) DUPUYTREN, *Leçons orales de clin. chir.*, Paris, 1859, t. III, p. 466. — JACOBI, *Jahrb. für Kinderkr.*, 1860, t. XXXIV, p. 14.

2° ECTROPION CICATRICIEL

Étiologie. — Un mot suffira pour caractériser l'étiologie de cet ectropion : il est produit par la rétraction des cicatrices voisines, surtout quand une adhérence osseuse leur fournit un point d'appui. Vouloir énumérer toutes ses causes serait nommer toutes les ulcérations, plaies et gangrènes de la face et du cou. Cependant une mention toute spéciale est due aux brûlures,

Symptômes. — La lèvre renversée montre sa face muqueuse en général pâle, fendillée, épaissie, indurée. Quelquefois la lèvre entière est hypertrophiée et Verneuil (1) a pu y voir à l'œil nu les orifices dilatés des conduits glandulaires élargis. Les dents exposées à l'air se déchaussent. Dans certains cas la langue, elle aussi, est attirée en avant. La lèvre supérieure peut venir jusqu'au contact du nez; la lèvre inférieure à celui du menton: Quand la lèvre inférieure est atteinte, la cicatrice est capable de dévier le maxillaire, en sorte que chez les malades de Verneuil et Rosne, de Teale, les incisives et canines se rapprochaient de l'horizontale. En même temps, la tête est parfois fléchie par la cicatrice pectoro-cervicale.

Il faut rechercher avec soin si la cicatrice a des adhérences osseuses soit au maxillaire, soit au sternum. Les troubles fonctionnels spéciaux à l'ectropion de la lèvre inférieure, sont l'écoulement de salive, la chute des aliments pendant la mastication (Carden), la gêne de la déglutition lorsque la tête est fléchie. De là des accidents de dyspepsie, de gastralgie, qui ont causé sous les yeux de Rynd, après quelques années, une dénutrition grave.

Traitement. — Dans les diverses plaies et ulcérations de la face et du cou, le *traitement préventif*, c'est-à-dire la surveillance soignée de la cicatrisation, rendra quelques services. Mais on ne doit pas trop y compter. Une fois la déformation produite, la *gymnastique suédoise* sera parfois utile, mais la plupart du temps le *traitement chirurgical* sera indispensable.

Ici comme partout, l'*incision simple* de la cicatrice est inefficace. Une bride étroite sera *extirpée* et les bords de la plaie suturés selon la méthode de Delpech. Mais ces cas sont rares et des opérations plus complexes sont le plus souvent nécessaires (2).

Rynd a circonscrit la cicatrice par une incision en V ou semi-lunaire, l'a disséquée tout entière de bas en haut et l'a fixée sous le menton en abandonnant la plaie cervicale à elle-même. En principe, ce procédé est défectueux et ne vaut certainement pas celui de Wharton Jones : dans ce dernier, on relève la lèvre en suturant en Y l'incision en V précédente. Blasius l'a suturée en T. S'il faut gagner plus de terrain encore, on peut, comme Verneuil, superposer les incisions libératrices et suturer chacune d'elles en Y.

Pour les difformités très graves, Carden, Multer, ont commencé, comme Rynd, par la dissection de la cicatrice et ont comblé la plaie cervicale avec un lambeau thoracique; Jobert (de Lamballe), avec un lambeau cervical latéral.

Le procédé de Teale (3) est le suivant : par deux incisions verticales, on divise

(1) ROSNE, Thèse de doct. de Paris, 1881, n° 153.

(2) Pour les descriptions et les figures faisant comprendre les procédés, je renvoie à l'article *Ectropion des paupières*, t. IV, p. 407, car l'analogie est très grande.

(3) TEALE, *Med. Times and Gaz.* London, 1859, n. s., t. XIV, p. 561, 588, 615.

la lèvre en trois segments dont les deux latéraux, comprenant chacun un quart de la largeur totale de la lèvre, sont bien mobilisés et suturés sur la ligne médiane tandis que le lambeau moyen, constitué par les deux quarts moyens, rend à la lèvre la hauteur nécessaire.

Dans les cas graves, le mieux est de transplanter, après excision de la cicatrice, un lambeau emprunté au bras, par la méthode italienne⁽¹⁾.

C. — PERTES DE SUBSTANCE ET CHEILOPLASTIE

Les lèvres sont souvent le siège de pertes de substance, partielles ou totales,

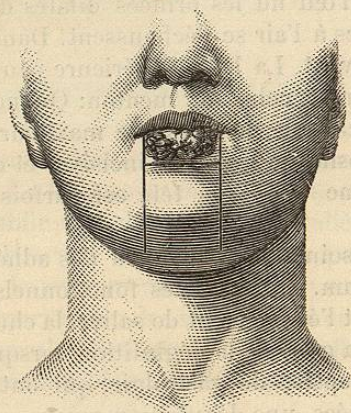


FIG. 58. — Procédé de Chopard pour la lèvre inférieure. — Le lambeau cervico-mentonnier compris entre les deux incisions verticales est disséqué à la face profonde et remonté jusqu'aux commissures labiales.

soit à la suite des diverses lésions traumatiques, ulcéreuses et gangréneuses

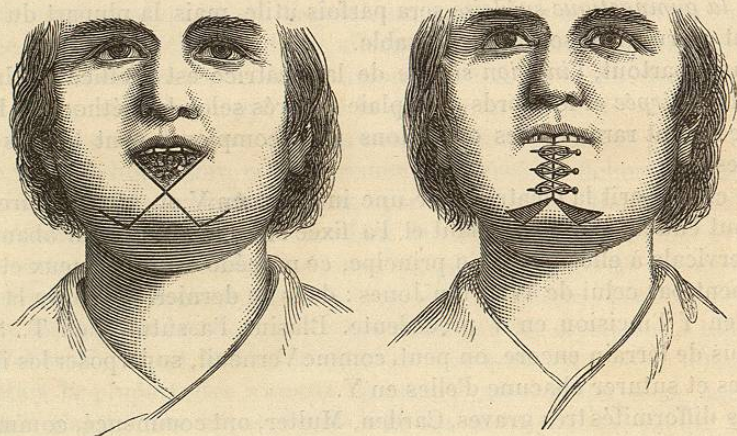


FIG. 59.

FIG. 40.

FIG. 59. — Procédé de Syme. — Tracé des incisions pour circonscrire le néoplasme et pour tracer les lambeaux.

FIG. 40. — Suture pour reconstituer la lèvre.

dont j'ai parlé dans les paragraphes précédents, soit à la suite des opérations

(1) P. BERGER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1891, t. XVII, p. 753.

chirurgicales ayant eu pour but l'extirpation d'un cancer. C'est dans ce dernier cas surtout que le chirurgien est appelé à combler la brèche. A cet effet, des

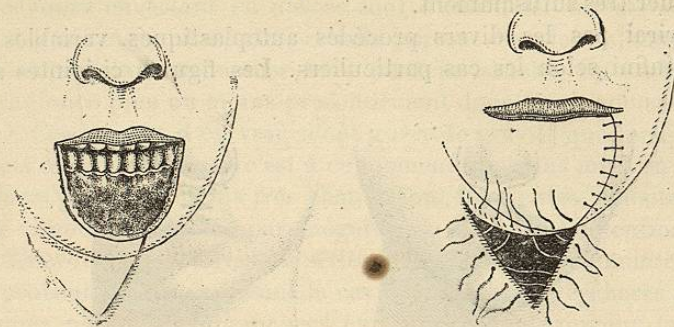


FIG. 41.

FIG. 42.

FIG. 41 et 42. — Méthode indienne. — Reconstitution de la lèvre inférieure à l'aide d'un lambeau cervical. — FIG. 41. Taille du lambeau. — FIG. 42. — Le lambeau a pivoté et est suturé. (*Traité de Forgue et Reclus.*)

opérations autoplastiques sont nécessaires, opérations ici particulièrement heu-

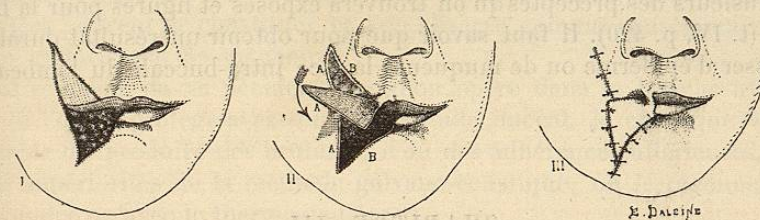


FIG. 43.

FIG. 44.

FIG. 45.

FIG. 43, 44 et 45. — Méthode indienne pour reconstituer une moitié de la lèvre inférieure avec un lambeau pris à la lèvre supérieure et à la joue. (*Traité de Forgue et Reclus.*)

reuses en raison de la grande vascularité et de la mobilité des tissus. L'emploi

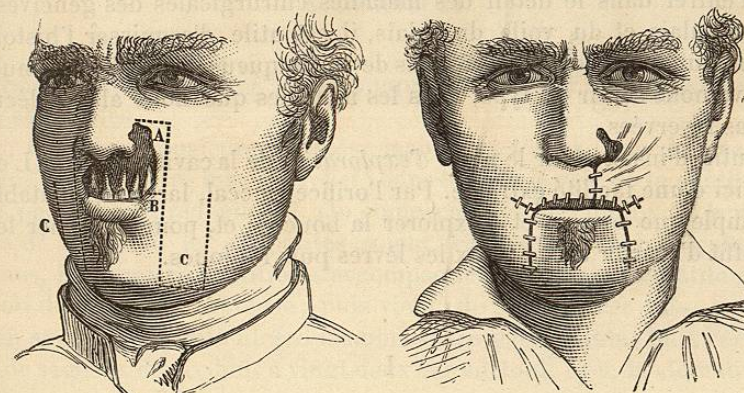


FIG. 46.

FIG. 47.

FIG. 46 et 47. — Reconstitution de la lèvre supérieure par le procédé de Sédillot. (Méthode indienne.) — Les extrémités inférieures des lambeaux C,C sont suturées sur la ligne médiane.

de lambeaux autoplastiques est nécessaire lorsque environ les deux tiers d'une des lèvres sont détruits ; jusque-là, on réussit bien par la simple suture directe

des bords avivés, après mobilisation profonde, en sorte que la lèvre restante est attirée dans la lèvre restaurée et le rétrécissement buccal qui en résulte ne tarde pas à s'atténuer très suffisamment.

Je ne décrirai pas les divers procédés autoplastiques, variables d'ailleurs presque à l'infini selon les cas particuliers. Les figures ci-jointes suffiront à

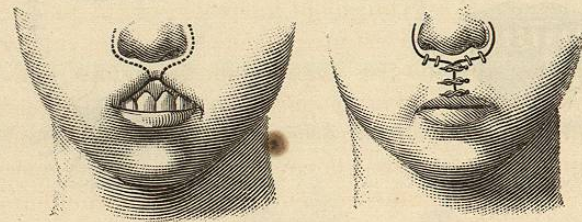


FIG. 48.

FIG. 49.

FIG. 48. — Procédé de Dieffenbach pour reconstituer la lèvre supérieure. — Tracé des incisions
FIG. 49. — Suture des lambeaux libérés à leur face profonde.

faire comprendre les principaux, et d'autre part on peut appliquer à la cheiloplastie plusieurs des préceptes qu'on trouvera exposés et figurés pour la bléphauroplastie (t. IV, p. 420). Il faut savoir que pour obtenir un résultat durable, on doit tapisser d'épiderme ou de muqueuse la face intra-buccale du lambeau.

CHAPITRE III

MALADIES DE LA CAVITÉ BUCCALE

Avant d'entrer dans le détail des maladies chirurgicales des gencives, de la langue, du palais et du voile du palais, il est utile d'esquisser l'histoire des lésions communes aux diverses régions de la muqueuse buccale. La muqueuse des joues va nous servir de type, mais les maladies que nous allons décrire ne lui sont pas réservées.

Il est inutile d'insister sur la *mode d'exploration* de la cavité buccale. L'examen direct est ici d'une facilité extrême. Par l'orifice buccal, large et dilatable, rien de plus simple que de voir et d'explorer la bouche; et, pour examiner le vestibule, il suffit d'écarter avec l'index les lèvres puis les joues.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

La cavité buccale peut être ouverte par une *plaie faite de dehors en dedans*, l'instrument vulnérant ayant attaqué d'abord la face cutanée, au niveau des joues le plus souvent. Dans les plaies contuses de cette nature, il est à peu près

constant qu'il y ait en un ou plusieurs points des fractures des dents et du rebord alvéolaire.

Les *plaies faites de dedans en dehors* sont d'abord les morsures, fréquentes aux joues et à la langue. En outre, et cela surtout chez les enfants, il n'est pas rare qu'un corps pointu ou mousse tenu dans la bouche, un porte-plume, par exemple, s'enfonce plus ou moins profondément dans la muqueuse à l'occasion d'une chute. Ces lésions, il est vrai, n'ont guère de gravité que lorsqu'elles offensent le palais ou le pharynx, et c'est à ce moment que nous nous en occuperons.

Les *brûlures* par les aliments très chauds sont fréquentes, mais bénignes. Les caustiques chimiques, avalés par mégarde ou dans une intention de suicide, créent des désordres bien autrement sérieux. Les acides du commerce, la potasse caustique provoquent en traversant la cavité buccale des eschares grisâtres, de vastes plaques pseudo-membraneuses entourées d'une rougeur générale avec gonflement, et n'étaient les commémoratifs, les accidents gastriques ou œsophagiens concomitants, la ressemblance serait assez grande avec un érysipèle dont les phlyctènes viennent de se rompre. Dans ces brûlures, d'ailleurs, les lésions de l'œsophage, de l'estomac, sont la source principale des accidents, et même on est assez souvent étonné de l'intégrité relative de la cavité buccale. Néanmoins, à la suite des eschares, puis des ulcérations, des cicatrices, des adhérences peuvent se constituer et l'on observe comme conséquence la constriction cicatricielle des mâchoires.

Il faut se méfier de cet accident lorsqu'on opère dans la bouche avec le fer rouge. Si l'on ne protège avec soin le vestibule buccal, le calorique rayonnant est capable d'y produire des brûlures, d'où des adhérences ultérieures. C'est là une des supériorités de la méthode galvano-caustique, où le rayonnement est bien moindre qu'avec le thermo-cautère.

II

STOMATITES

Les lésions inflammatoires de la muqueuse buccale sont connues sous le nom de stomatites.

On en distingue plusieurs variétés, mais dans toutes, une donnée générale d'étiologie mérite d'être mise en relief : dans toutes, le rôle de la dentition, à ses diverses phases, est prédominant. On comprend dès lors qu'il y ait surtout trois périodes de la vie où les stomatites soient fréquentes : chez les enfants de un à deux ans, la première dentition s'accompagne souvent de stomatite catarrhale simple ou de stomatite aphteuse; puis vient, de six à quinze ans, la deuxième dentition avec la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants; puis l'éruption de la dent de sagesse, de dix-huit à vingt-deux ans surtout, avec la stomatite ulcéro-membraneuse des adultes.

Ce n'est pas tout, et les dents, une fois entièrement poussées, sont sujettes à des lésions dont le retentissement buccal est souvent très marqué. Les abcès sous-muqueux de la carie dentaire, les diverses ulcérations provoquées par les chicots pointus ou les dents déviées, les stomatites engendrées par les accumulations de tartre en sont la preuve.