

gina de redresser brusquement le tubercule osseux, en fracturant son pédicule; pour cela, il saisit ce tubercule avec de fortes pinces, et le ramena violemment dans une direction verticale. Mais, le grand inconvénient de ce procédé est précisément la fracture qu'on n'est pas toujours maître de limiter au pédicule; elle peut s'étendre à la cloison des fosses nasales, à l'éthmoïde, et dès lors la vie de l'opéré se trouve sérieusement menacée: aussi les chirurgiens n'ont-ils pas eu souvent recours à ce mode de traitement, et Gensoul lui-même ne l'a appliqué qu'une fois.

Procédé de Blandin. — Blandin a cherché à remplacer cette fracture violente et dangereuse du pédicule par une opération réglée, consistant en une résection partielle de la cloison nasale en arrière des os incisifs. Cette résection se fait avec des ciseaux et comprend deux sections, dont l'une, antérieure verticale, et l'autre, postérieure et oblique de bas en haut et d'arrière en avant, lui permettent de détacher un fragment triangulaire de la cloison, et de loger à cette place le tubercule osseux devenu mobile. Une hémorrhagie abondante, fournie par l'artère de la cloison, le retrait parfois exagéré du tubercule osseux, et enfin sa mobilité, sont les principaux inconvénients de ce procédé. Debrou a tenté de supprimer cette mobilité gênante en soudant les os incisifs aux maxillaires: il commence par aviver les deux faces latérales du tubercule médian et les bords correspondants des maxillaires, puis il les maintient en contact. Par ce moyen, il a pu obtenir des adhérences fibreuses, mais non une consolidation complète, et le tubercule a conservé en grande partie sa mobilité.

Mirault (d'Angers) (1) a obtenu un résultat plus heureux, par la résection sous-périostée du vomer et la suture à cet os du tubercule médian: il incise longitudinalement la muqueuse sur les trois quarts antérieurs du vomer, et la détache latéralement sur une hauteur de 3 millimètres; puis il fait sur cet os deux sections verticales, une antérieure et une postérieure qu'il réunit par une troisième section horizontale; et, dans l'espace carré ainsi obtenu, il loge et maintient par un appareil contentif spécial le tubercule osseux préalablement avivé.

Broca, de son côté, a obtenu une réunion osseuse par l'avivement du tubercule médian et des maxillaires, et l'emploi de la suture métallique.

Indépendamment de la saillie des os intermaxillaires, une autre complication peut encore se présenter: c'est l'insuffisance ou l'absence plus ou moins complète de la lèvre supérieure. Ces cas ne peuvent plus être traités par les procédés que nous venons d'indiquer, qui tous seraient insuffisants, et réclament des opérations spéciales dont la description se rapporte à celle des opérations *chéiloplastiques*.

(1) Mémoire adressé à MM. les membres de la Société de chirurgie de Paris, 1871.

ARTICLE IV.

CHEILOPLASTIE.

On connaît sous le nom de *chéiloplastie* l'ensemble des opérations pratiquées dans le but de restaurer l'une ou l'autre lèvre.

En raison de leur structure vasculaire, de leur mobilité et de leur extensibilité, les lèvres présentent les conditions les plus favorables pour le succès des opérations autoplastiques. La *méthode française* ou *par glissement* trouve surtout ici son application, de préférence aux *méthodes italienne* et *indienne*.

1° Restauration de la lèvre inférieure.

Après une destruction étendue de la lèvre, après l'ablation d'une tumeur volumineuse, il reste parfois une perte de substance telle que les bords de la plaie ne peuvent plus être mis en contact et réunis; dès lors la réparation ne sera possible qu'avec l'aide des parties molles voisines, disséquées et mobilisées. De là divers procédés consistant à prendre sur le cou ou sur la face les lambeaux nécessaires à la restauration de la lèvre. Nous décrirons brièvement quelques-uns de ces procédés.

a. *Procédé de Chopart* (fig. 140). — Deux incisions sont conduites verticalement, de chaque côté et en dehors de la tumeur; elles commencent en haut sur le bord libre de la lèvre, et se terminent en bas, plus ou moins loin sur la région sus-hyoïdienne: le lambeau quadrilatéral limité par ces incisions est alors saisi par son bord supérieur et disséqué de haut en bas, dans toute sa hauteur. Cela fait, on détache par une incision transversale toute la portion altérée du lambeau; puis inclinant la tête de l'opéré de façon à rapprocher le menton du sternum, on relève la portion saine du lambeau jusqu'à ce que son bord supérieur arrive au niveau du bord libre de la lèvre. Il ne reste plus qu'à le fixer dans cette nouvelle position, à l'aide de quelques points de suture de chaque côté.

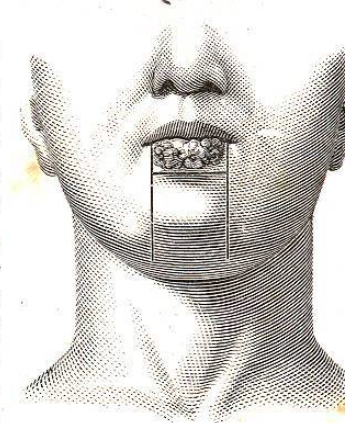


FIG. 140. — Procédé de Chopart.

b. *Procédé de Roux*. — Les tissus malades sont cernés par une incision semi-circulaire, à concavité supérieure, et détachés. Si le mal s'étend jusqu'aux commissures, on agrandit la cavité buccale par deux incisions transversales, de l'extrémité desquelles partira l'incision semi-lunaire;

puis, saisissant le bord de la plaie, le chirurgien sépare les parties molles du maxillaire par une dissection qui se prolonge, s'il y a lieu, sur la région hyoïdienne, de telle sorte qu'elles puissent être relevées jusqu'au niveau des commissures. Un bandage ou des bandelettes agglutinatives serviront à les maintenir et à les fixer dans cette position. Si les incisions transversales ont été nécessaires, on réunira leurs bords, après la dissection, par quelques points de suture.

c. *Procédé de Lisfranc.* — Une première incision semi-lunaire sert, comme dans le procédé précédent, à circonscrire et à enlever les parties malades de la lèvre; du milieu de la plaie descend une autre incision verticale qui passe sur la symphyse du menton et se prolonge sur la région hyoïdienne aussi loin qu'il est nécessaire. Cette dernière incision permet de disséquer deux lambeaux latéraux qui peuvent ensuite être relevés jusqu'au niveau des commissures, et réunis l'un à l'autre par une suture entortillée; une nouvelle lèvre se trouve ainsi reconstituée.

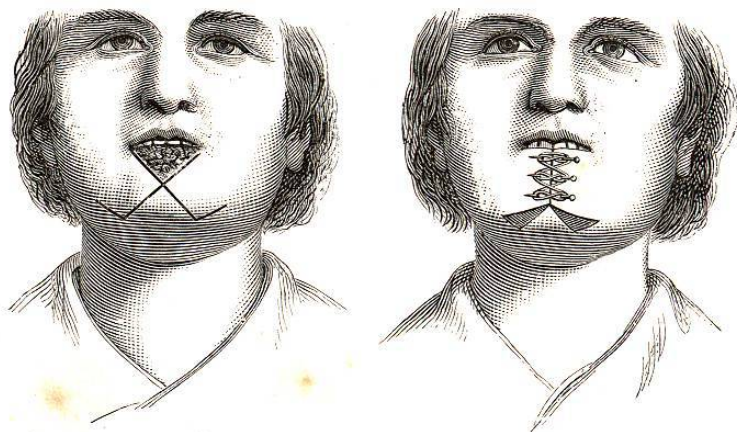


FIG. 141. — Cheiloplastie. Procédé de Syme.

d. *Procédé de Syme* (fig. 141). — On pratique une incision en V dont les deux branches, partant des deux commissures de la bouche, viennent se réunir au-dessous du sillon mento-labial. Les parties dégénérées se trouvent ainsi circonscrites et enlevées. On prolonge ensuite les deux premières incisions vers le bord inférieur de la mâchoire, de manière qu'elles représentent un X; puis sur chacune des extrémités inférieures de l'X, on fait tomber une incision horizontale, longue de 3 centimètres environ. On a ainsi deux lambeaux quadrilatères que l'on relève de bas en haut après les avoir disséqués et détachés du périoste sous-jacent, et que l'on réunit sur la ligne médiane, comme le représente la figure 141. Ce procédé a donné souvent le plus heureux résultat.

2° Restauration de la lèvre supérieure.

a. *Procédé de Bérard.* — Lorsque la lèvre supérieure a subi une large perte de substance, et que les bords de la solution de continuité sont trop écartés pour être affrontés et réunis, on peut tenter de pratiquer des débridements et de détacher la muqueuse du maxillaire, de façon à rendre possible le glissement ou la réunion des lambeaux. Mais ce moyen n'est pas toujours suffisant, et Bérard a imaginé un procédé qui convient lorsque l'autre n'est plus applicable: de la partie supérieure de la plaie labiale, il mène de chaque côté une incision transversalement vers le masséter; une seconde incision part de la commissure correspondante et se dirige sur la joue parallèlement à la précédente; il obtient ainsi deux lambeaux mobiles qui peuvent être rapprochés et suturés l'un à l'autre.

b. *Procédé de Jeale.* — Cette opération a été pratiquée pour restaurer la lèvre supérieure en grande partie détruite par une brûlure, et réduite à une étroite bande transversale. Le chirurgien incisa la lèvre verticalement, de la sous-cloison nasale au bord libre; de cette première incision il en fit partir deux autres, légèrement obliques, se dirigeant vers les joues; puis, les deux lambeaux triangulaires tracés par ces incisions furent disséqués et réunis sur la ligne médiane par leur bord supérieur sanglant; de cette façon le bord libre fut abaissé et la hauteur de la lèvre augmentée.

c. *Procédé de Dieffenbach.* — Ce procédé est surtout applicable lorsque la lèvre supérieure, presque entièrement détruite, présente des adhérences cicatricielles au maxillaire supérieur. Une incision en S, pratiquée

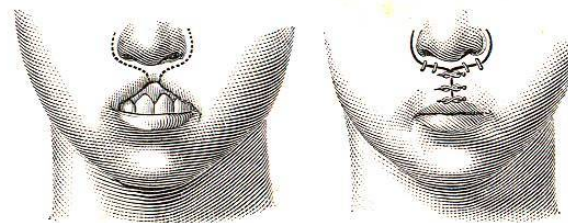


FIG. 142. — Procédé de Dieffenbach.

de chaque côté des ailes du nez (fig. 142), permet de détacher de chaque côté un lambeau que l'on réunit sur la ligne médiane avec celui du côté opposé.

d. *Procédé de Sédillot* (fig. 143). — Enfin, dans le cas de destruction complète de la lèvre supérieure, Sédillot a mis en pratique la méthode indienne de la manière suivante: Il taille verticalement, en dehors des commissures, deux lambeaux quadrilatères C, C, assez longs et assez

larges pour reconstituer la lèvre supérieure. Ces deux lambeaux doivent être doublés de muqueuse. Lorsqu'ils sont complètement détachés, on les renverse de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à affronter sur la ligne médiane leurs bords inférieurs; les bords internes deve-

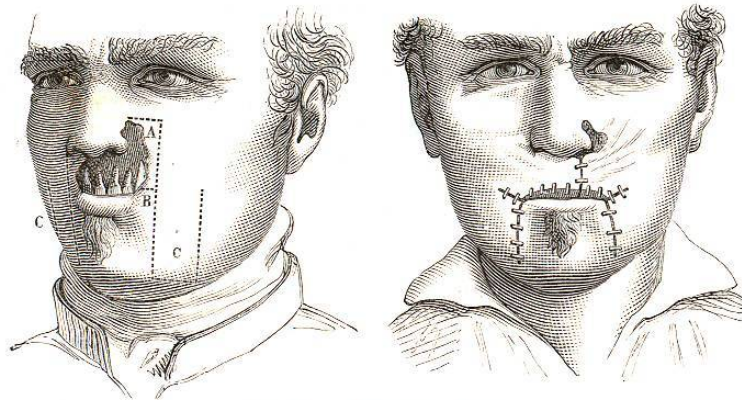


FIG. 149. — Procédé de Sedillot.

nus supérieurs sont fixés au-dessous du nez aux bords de la perte de substance. Quant aux bords externes devenus inférieurs, ils forment le bord libre de la lèvre qui se trouve bordée d'une muqueuse. Enfin les plaies des joues sont réunies. Ce procédé, que j'ai mis deux fois en usage, m'a donné un excellent résultat.

CHAPITRE VII

MALADIES DES JOUES.

ARTICLE PREMIER.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DES JOUES.

1° Plaies.

Les plaies simples des joues, par instrument piquant ou tranchant, ne donnent lieu à aucune considération particulière. Il suffira de rappeler que la cicatrisation doit être surveillée avec le plus grand soin, afin d'éviter au blessé les inconvénients d'une difformité consécutive; tous les efforts doivent tendre vers la réunion immédiate et la cicatrisation linéaire.

Les plaies ou plutôt les déchirures produites par des armes à feu tirées dans la bouche guérissent encore avec facilité, au moins dans le plus grand nombre des cas; mais elles laissent souvent des cicatrices vi-

cieuses et parfois assez gênantes pour qu'une opération autoplastique devienne nécessaire.

Les plaies des joues empruntent un intérêt particulier à la présence du canal de Sténon, dont la blessure est une complication fort sérieuse. Le siège de la plaie, son étendue, sa profondeur, pourront tout d'abord faire soupçonner la lésion du conduit salivaire, que l'écoulement de la salive par la plaie, au moment des repas, pendant la mastication, rendra plus tard évidente.

La guérison complète, sans accidents consécutifs, est chose rare. On cite quelques cas où le canal incomplètement sectionné s'est cicatrisé, et où les deux bouts restés en contact se sont réunis sans oblitération du conduit; mais ce sont d'heureuses exceptions. Ordinairement l'écoulement de la salive s'oppose à la cicatrisation de la plaie et crée sur la joue une fistule salivaire; dans d'autres cas, la plaie extérieure venant à se fermer, la salive s'infiltré dans le tissu cellulaire ou plutôt s'accumule au niveau du point blessé, dans une sorte de poche salivaire, et forme une tumeur qui se distend pendant la mastication, et se vide dans la bouche quand on la comprime.

Enfin Baillarger et Borel, cités par les auteurs du *Compendium*, ont observé deux cas de blessure du canal de Sténon par coup de feu, avec oblitération consécutive: dans le premier, la salive s'écoulait à travers la peau, pendant la mastication; dans le second, la glande parotide parut s'atrophier.

Prévenir la formation d'une fistule salivaire, telle est l'indication du traitement. Si la plaie est récente et ne comprend pas toute l'épaisseur de la joue, on tentera la réunion immédiate à l'aide d'une suture entortillée. Lorsqu'au contraire la plaie est déjà ancienne, ou lorsque la joue a été transpercée, Boyer conseille la pratique suivante qui consiste à créer une fistule salivaire interne: une mèche est introduite dans la plaie du côté de la muqueuse, et retenue par un fil qui, embrassant sa partie moyenne, traverse le point le plus élevé de la plaie, et est fixé sur la joue par une bandelette agglutinative; la mèche doit rester en place jusqu'à ce que la fistule interne soit bien établie, et dès lors la cicatrisation de l'ouverture externe s'achève rapidement.

ARTICLE II.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES JOUES.

Nous nous bornerons à mentionner l'*érysipèle*, les *furoncles* et les *anthrax*, les *phlegmons* et les *abcès* qui n'offrent rien de particulier à noter. Relativement aux *furoncles* et aux *anthrax*, nous rappellerons que ces affections, généralement bénignes, peuvent, lorsqu'elles siègent aux joues, revêtir le même degré de gravité que lorsqu'elles se développent dans l'épaisseur des lèvres. Quant aux *phlegmons* et aux *abcès*, on doit autant