

de produire des pertes de substance par l'ablation de parties malades du nez, des lèvres, de portions des joues dans lesquelles l'altération morbide s'étend jusqu'à la muqueuse, etc. Il s'établit ainsi des communications anormales avec les cavités voisines tapissées d'une muqueuse, par exemple lorsque des parties de la joue sont détruites jusqu'à la muqueuse du nez ou du sinus maxillaire, ou que la muqueuse et la paroi osseuse du palais ont subi une perforation faisant communiquer entre elles les cavités buccale et nasale. Dans ces cas, lorsqu'à la suite de la rétraction cicatricielle, la peau et la muqueuse viennent à se réunir l'une à l'autre, on se trouvera en présence d'un orifice permanent bordé par la muqueuse, ou d'une fistule dont les lèvres sont tapissées d'une couche épithéliale (**fistule labiée**, lippenförmige Fistel).

Le domaine des opérations plastiques à la face se trouve encore considérablement agrandi par une série de **malformations congénitales**, qui constituent de véritables pertes de substance. Celles dont le chirurgien a surtout à s'occuper, intéressent essentiellement la bouche et la portion correspondante du maxillaire supérieur; telles sont le bec-de-lièvre, les fissures congénitales du palais (gueule-de-loup), et les fissures congénitales des joues ou fissures géniennes. Une partie de ces vices de conformation peut rentrer dans la catégorie des colobomes ou fentes intéressant le bord libre des replis cutanés qui limitent les orifices naturels de la face; mais la plupart d'entre elles ne constituent pas de simples fentes; ce sont de véritables pertes de substance résultant du développement incomplet des tissus au niveau de la fissure.

§ 30. — Le **traitement** des diverses déformations de la face que nous venons de passer en revue, ne se base pas sur les seules indications qui règlent la conduite du chirurgien en présence d'altérations analogues siégeant sur les parties du corps recouvertes par les vêtements. Lorsqu'il s'agit des extrémités, par exemple, le chirurgien n'aura guère de motifs pour intervenir que dans les cas où la déformation entraîne certains troubles fonctionnels. A la face cette même indication se pose à un plus haut degré encore, mais ici ce sont avant tout des raisons d'esthétique qui engagent les malades à courir les risques d'une opération, pour se débarrasser, par exemple, d'une cicatrice difforme, ou se faire restaurer un nez que le loup a détruit.

Lorsque nous avons étudié les lésions traumatiques de la face, nous avons dit que, dans la plupart des cas, il est possible, par un affrontement exact et une suture soignée des bords de la plaie, d'éviter la production de cicatrices difformes. Mais si l'on n'a pas réussi à en prévenir la formation, on pourra quelquefois se contenter de faire disparaître, au moyen du bistouri ou des ciseaux, les saillies ou bourrelets cicatriciels d'un aspect désagréable; par contre, une large cicatrice difforme doit, en général, être extirpée complètement, et le meilleur procédé consiste à comprendre toute la masse cicatricielle dans une incision dont la forme se

prête le mieux à une réunion rapide de la plaie ainsi produite; telle est par exemple la forme ovulaire allongée se terminant en pointe aux deux extrémités de son grand diamètre. L'excision doit être pratiquée à une profondeur suffisante pour permettre de réunir commodément les bords de la plaie. Si la cicatrice est soudée à l'os, on la détache des tissus profonds, et l'on cherche à prévenir la reproduction des adhérences par des mouvements imprimés à la nouvelle cicatrice, une fois la guérison obtenue. Lorsqu'à la suite d'une plaie, il s'est formé un colobome, ou que les lambeaux provenant de la division traumatique d'une paupière, d'une lèvre, d'une aile du nez, se sont réunis en prenant une direction vicieuse, il faut inciser la cicatrice, et réunir exactement les bords avivés. Un certain nombre de fistules peuvent être guéries par l'avivement simple et la suture profonde, tandis que d'autres demandent à être traitées par des opérations plastiques.

Dans les différents cas dont nous venons d'exposer le traitement, il n'a pas été question d'une perte de substance de quelque importance, ou s'il y a eu une certaine destruction de tissus, celle-ci peut être parfaitement compensée par l'extensibilité des parties destinées à être réunies par des sutures. Mais il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de pertes de substance intéressant des régions entières de la face, par exemple le nez ou l'une des lèvres. Il ne suffit plus ici de pratiquer simplement l'avivement des parties que l'on veut réunir. Il faut alors, pour combler la perte de substance, emprunter un lambeau cutané à une région plus ou moins éloignée. Deux cas peuvent se présenter: ou bien on taille un lambeau directement dans le but de reconstituer un nez ou une paupière qui a été détruite; ou bien on fait d'abord l'excision d'une cicatrice de la joue ayant déterminé un ectropion de la paupière ou de la lèvre supérieure, et c'est alors seulement que l'on s'aperçoit de l'étendue réelle de la perte de substance, et que l'on se voit dans la nécessité de recouvrir cette dernière d'un lambeau cutané pris dans le voisinage, afin de prévenir une nouvelle déformation par le fait de la rétraction cicatricielle.

La **chirurgie plastique** ou **dermatoplastie** nous enseigne les procédés à suivre pour combattre les déformations de la face ou d'autres parties du corps résultant de pertes de substances. Nous nous proposons d'exposer ici brièvement les règles générales à suivre dans ces cas. Quant aux méthodes opératoires particulières se rapportant aux diverses parties de la face (cheiloplastie, rhinoplastie, etc.), nous devons renvoyer leur description aux chapitres consacrés à l'étude de chacune de ces régions. Nous réservant de présenter plus tard quelques notions historiques sur la rhinoplastie, nous nous contenterons de faire observer ici que CELSE a déjà décrit un procédé d'autoplastie par glissement, destiné à combler une perte de substance des téguments. Malgré cette découverte et les tentatives de rhinoplastie faites au moyen âge, la chirurgie plastique est un art qui appartient essentiellement à notre siècle, et nous

pouvons dire à bon droit qu'elle a dû son développement surtout à des chirurgiens allemands.

Parmi les chirurgiens qui se sont le plus distingués dans cette direction nous citerons, entre autres, GRAEFE, DIEFFENBACH, LANGENBECK, SIMON, etc.

Pour combler la perte de substance subie par les téguments d'une partie quelconque du corps, on peut avoir recours soit à la peau du voisinage, soit à celle d'une autre région plus ou moins éloignée du siège de la lésion. Nous laisserons de côté pour le moment la seconde méthode pour ne nous occuper que de la première. La *peau du voisinage de la perte de substance* peut être utilisée par trois procédés différents.

1) La peau est simplement tendue et attirée par glissement sur la perte de substance qu'il s'agit de combler. Ce déplacement n'est presque jamais possible dans une étendue considérable si l'on n'a pas eu soin de décoller préalablement des parties profondes les portions de téguments qu'il s'agit de mobiliser.

2) On pratique des *incisions latérales partant de la plaie*; dans l'espace circonscrit par ces incisions on détache la peau des couches sous-jacentes, et l'on forme ainsi des **lambeaux** dont la forme correspond à celle de la perte de substance, et qui peuvent être amenés sur cette dernière par traction et glissement. Le plus ancien exemple d'autoplastie pratiquée d'après ces principes, est celui de CELSE. Pour couvrir une perte de substance de forme rectangulaire on fait des incisions latérales dans le prolongement de deux côtés opposés du rectangle; on limite ainsi deux lambeaux également rectangulaires, que l'on dissèque pour les mobiliser, et que l'on rapproche l'un de l'autre par traction (Voir plus loin les fig. 28 et 29).

3) Le procédé que nous venons de décrire ne peut être employé que dans les cas où l'on peut utiliser la peau du voisinage immédiat de la perte de substance. Si cette condition n'est pas remplie, on prend la peau à une certaine distance de la perte de substance, et l'on taille un lambeau ayant la forme de cette dernière. Pour assurer la nutrition du lambeau on cherche à conserver, au moyen d'un *pédicule*, la continuité entre la peau qui est transplantée et celle qui forme les bords de la plaie à recouvrir. Il est clair que dans ces conditions le lambeau doit subir une certaine torsion autour de son pédicule pour venir occuper la place qui lui est destinée.

§ 31. — Les cas les plus simples de dermatoplastie sont ceux dans lesquels la brèche et le lambeau destiné à la réparer, se trouvent situés exactement ou à peu près sur le même plan. Me conformant ici à la méthode de SZYMANOWSKY, je vais essayer de faciliter l'étude des procédés autoplastiques au moyen d'une série de *figures schématiques*. Ces dernières ne sauraient évidemment épuiser toutes les possibilités, mais elles

suffisent pour nous donner une idée des diverses manières de tailler les lambeaux destinés à la réparation des pertes de substance.

Dans les figures schématiques suivantes, la partie couverte de hachures représente la perte de substance, la ligne ponctuée donne la direction des incisions, tandis que les flèches montrent la direction dans laquelle doit être déplacé le lambeau. Les figures dont le numéro d'ordre est suivi de la lettre *a*, indiquent l'état des parties après la réunion du lambeau.

a. Si la perte de substance revêt la **forme triangulaire**, on peut souvent la diminuer ou même la faire disparaître entièrement par la suture des angles avec ou sans dissection des bords cutanés. — En transformant le triangle en losange par l'excision d'un second triangle de même forme et à base se confondant avec l'un des côtés du premier (V. AMMON), on peut souvent obtenir une réunion dans le sens du grand diamètre du rhombe.

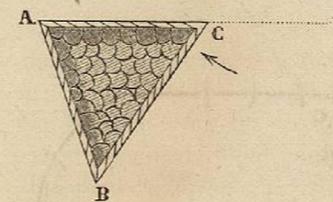


Fig. 17.

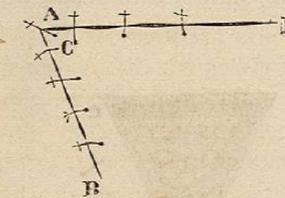


Fig. 17 a.

Si la perte de substance est trop considérable ou la peau trop peu mobile pour que l'on puisse utiliser l'un ou l'autre de ces procédés, on aura recours à des incisions qui, partant soit d'un angle, soit de deux angles de la plaie triangulaire, devront avoir une longueur égale à celle du côté dont elles constituent le prolongement. Elles pourront être rectilignes ou affecter la forme d'un arc de cercle (figures 17 à 20). Les lambeaux ainsi délimités seront disséqués sur une étendue plus ou moins grande, puis on les déplacera de façon à combler la perte de substance, comme on peut s'en rendre compte par l'examen des figures.

Lorsque la tension du lambeau est trop grande, on peut ici, comme, du reste, dans tout autre procédé, la diminuer au moyen d'incisions pratiquées en arrière de la base du lambeau (incisions libératrices ou de détente). (Voir fig. 18 en A).

S'agit-il d'une perte de substance triangulaire à base plus large que dans les cas précédents, on pourra se servir du procédé suivant: on prolonge deux côtés du triangle au delà du sommet C (fig. 21). Les deux lambeaux ABE et DCF ayant été disséqués, sont amenés vers la base AD du triangle et fixés à celle-ci au moyen de sutures. Il reste alors en bas une petite perte de substance en forme d'accent circonflexe (21 a).